

Um caso de asma: o meu - 72 anos de convivência com a asma brônquica

José Landucci Brunini

Médico pela Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP, em 1955. Ex-Professor-Assistente da Faculdade de Medicina da USP (Dep. de Microbiologia e Imunologia). Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia (SBAI). Ex-chefe do Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

Nasci na segunda década do século passado, mais precisamente em 1926 no dia 14 de abril às 20 horas no bairro da Barra Funda, zona centro-oeste da cidade de São Paulo (Brasil), descendendo de italianos geneticamente com inegáveis traços de atopia. Essa a minha apresentação genética, possível origem dos problemas clínicos que vivi. Colateralmente, quadro clínico de rinite alérgica moderado e manifestações urticarianas, às vezes generalizadas, por esforços ou não. Entre outras confusões um choque anafilático por soro antitetânico aos cinco anos de idade. Testes alérgicos positivos fortes por poeira caseira e pêlo de cão.

Os motivos, origem destes escritos, são os de levar ao conhecimento dos demais médicos particularmente os novos, a experiência de quem com a asma conviveu, quanto à sua evolução, tratamentos e circunstâncias, além de detalhes que somente um asmático pode sentir e expor, porquanto muitos dos professores que ensinam medicina, apenas conhecem as doenças por meio de livros e publicações outras; ou no desempenho da profissão sem jamais tê-las vivido. Não vai aqui a pretensão de ensinar, nem transmitir a idéia de que todos os casos de asma brônquica sejam idênticos ao meu, mas lembrar ter, muitos deles, apreciável similaridade de comportamento.

Meu pai, com saúde de ferro, fumante desde a adolescência, aos 48 anos de idade teve quadro de “bronquite aguda”. Deixou o cigarro e viveu boa saúde até os 78 anos, quando morreu por complicações de broncopneumonia. Do lado paterno, um tio com crises de “bronquite” e uma tia com “eczema” na face.

Para o lado materno, meu avô com crises permanentes de asma brônquica. Minha mãe teve saúde razoável até os 40 anos, ocasião que passou a apresentar quadro clínico de hipertensão arterial que a levou à insuficiência cardíaca congestiva, e à morte aos 51 anos.

De todos os meus antecessores, meu avô materno é quem merece atenção especial. Tinha perfeita saúde quando chegou ao Brasil, o que lhe permitiu andar a pé pelo interior do Estado de São Paulo, às vezes dormindo ao relento, mascateando não sei o quê, para o sustento da esposa e dos filhos. Suas primeiras crises de asma começaram a se manifestar após os 30 anos de idade, na primeira década do século 20.

Não dispunha de medicamentos mais efetivos na época em que, “Alergia” e “Anafilaxia” eram palavras de significado praticamente desconhecido. Passava grande parte do dia aspirando a fumaça (vapores) da *Datura stramonium*, conhecida popularmente como “Figueira do Inferno”, cujas folhas fazia queimar lentamente em um cinzeiro de ferro, beneficiando-se com o alívio obtido das propriedades broncodilatadoras desse vegetal.

Desesperado pelo sofrimento imposto pela doença, em 1921 foi para a Itália em companhia de sua filha, Seraphina, que mais tarde seria minha mãe. Embarcaram em Santos em um navio cujo nome desconheço. Ai a grande surpresa: a asma sumiu pelas escotilhas do transatlântico. Nutria profundo amor pelo Brasil, mas ingenuamente, acreditava na eficiência dos médicos de sua pátria para obter a sonhada cura.

Permaneceu em Lucca, município próximo a Borgo-a-Mozzano, sua terra natal, durante nove meses enfrentando a polinose européia, as intempéries e o rigor do inverno do hemisfério norte. Acabou não consultando médico nenhum, pois julgava-se curado tal a transformação física experimentada. Voltou para São Paulo, não demorou muito para que os antigos problemas de saúde se fizessem presentes.

Como explicar uma doença hoje admitida como sendo de caráter inflamatório crônico, passível da utilização de antiinflamatórios potentes, cuja ação terapêutica é inegável, mas de alto risco sem que os benefícios valham a pena para grande número de doentes? Necessária é, também, outra indagação a respeito: como explicar essas remisões

espontâneas da asma brônquica no decorrer de uma inflamação crônica? A asma, ainda conti-nua sendo um prato que não chegou à mesa da Medicina, porque sua patologia se reveste de inú-meras dúvidas que, ao que tudo indica, levarão muito tempo para serem dirimidas. Realmente, como na rinite alérgica e na dermatite atópica, tal processo inflamatório existe. Qual porém o seu verdadeiro significado na patologia dessas doen-ças? Dois dias no mar teriam sido suficientes para um processo inflamatório crônico perder sua ex-pressão fisiopatológica e clínica em tão pouco tempo?

Tais perguntas levam-me, após sofrida vivên-cia, aos detalhes não discutidos nos livros espe-cializados, como os da adaptação biológica do organismo humano ao meio ambiente. Com ou-tras palavras, a necessidade do ser humano de viver em condições apropriadas ao seu organis-mo, determinadas por fatores ambientais climáti-cos, como pressão atmosférica, ionização do ar, temperatura média, altitude geográfica, radiações e umidade do ar, entre outros. Até que ponto tais fatores interferiram na patologia de grande núme-ro de doenças, particularmente da asma? essas considerações encontram eco na minha incontes-tável adaptação ao litoral, onde as crises simples-mente desapareciam ao fim de poucos dias. Sei, por antecipação, qual a possível objeção no caso: o afastamento dos alérgenos responsáveis pela etiologia das crises. Sou comprovadamente, alér-gico ao pêlo de cachorro; todavia, lá na Baixada Paulista (ou Santista?), a presença do animal pou-co ou nada representava; ao contrário do que me acontecia no planalto com crises de rinite e/ou de asma.

Meu avô, em sua viagem para a Itália logo após a Primeira Guerra Mundial, experimentou melho-ra sensível a partir do segundo dia de viagem, chegando sem sintomas ao seu país de origem. Naquela época, um navio demorava cerca de 25 a 30 dias para ir de Santos à Gênova.

Borgo-a-Mozzano, onde nasceu e viveu, fica a poucos quilômetros da cidade de Lucca, localiza-da no centro-oeste da Itália, na região da Toscana. A diferença de altitude em relação ao nível do mar é de apenas 30 metros Viareggio, cidade lito-rânea banhada pelo mar Tirreno está localizada a apenas 18 quilômetros daqueles municípios, dis-tância menor de que aquela entre os bairros da Lapa e da Penha, em São Paulo. Ele, ao que tudo indica, tinha seu *habitat biológico* em regiões de baixa altitude. Estas, juntamente com outros de-terminantes atmosféricos, teriam influenciado po-sitivamente sua saúde enquanto lá vivia? São Paulo, bem acima do nível do mar, seria, do pon-to de vista da sua saúde, local ideal para viver, sendo geneticamente predisposto à asma brôn-quica?

No litoral também existem asmáticos. Não se dariam melhor caso vivessem em locais de maior altitude? Os médicos que clinicam no litoral po-deriam fazer levantamento estatístico, desde que a permanência dos doentes, em locais geografia-mente mais elevados, fosse além de 30 dias.

A asma brônquica sempre foi grande sofrimen-to para os indivíduos por ela acometidos. Antes de 1950, porém, não carregava o estigma de do-ença mortal; embora, em uma das inúmeras e apavorantes crises que sofri, tenha visto a morte de perto. A crise decorria há mais de 20 dias e minha temperatura corpórea estava ali pelos 38 graus, e, coincidentemente, um nosso “lulu” dor-mia placidamente sob minha cama. Não sabia ser eu hipersensível às emanações cutâneas do ani-mal. Concluo ter havido somatória de dois fatores para o agravamento da crise: externo (pêlo de cão) e interno (infeccioso). Sei que fiquei próxi-mo da parada respiratória, quando o tórax não mais se movimentava; e, conseqüentemente, a ventilação pulmonar era quase nula para me manter vivo. Estava cianótico e entregue à pró-pria sorte, quando minha mãe aplicou-me uma injeção de adrenalina sem ferver agulha e seringa. Fico imaginando o desespero dessa mulher extra-ordinária, ao me ver morrendo. Saí do aperto, em-bora a crise continuasse por mais dez dias aproxi-madamente.

Relato a ocorrência a fim de saberem como a-conteciam eram tratadas no domicílio as terríveis manifestações do estado de mal asmático, em contraposição à parafernália das UTIs dos dias atuais. Isto ocorreu em 1947, quando a asma não era caracterizada como doença mortal. Por muito pouco, não fui exceção. Tinha eu 21 anos. Então, a epinefrina; a efedrina isolada ou associada ao iodeto de potássio; as injeções intramusculares do conhecido Cardiazol-Efedrina (Knoll); os teofilí-nicos, aos quais, hoje, alguns atribuem proprie-dades antiinflamatórias e que, segundo outros, sua ação broncodilatadora não seria comparável à dos beta-2-agonistas; o que me parece discutível, pois lembro-me de um comprimido minúsculo que vinha da Alemanha, Euphin, o qual, nas cri-ses desencadeadas por fatores externos (pêlos, etc.), eliminava em poucos minutos o broncoes-pasmo.

Minha peregrinação pelos caminhos da asma, evidenciou duas formas clínicas na evolução das crises. Uma delas, a “extrínseca”, da antiga e di-dática classificação clínica da doença, a qual era provocada pela presença de aérgenos externos, no meu caso pêlo de cão. O quadro clínico desapare-cia espontaneamente poucas horas depois do afas-tamento do animal; e, mesmo com a presença deste, qualquer dos antigos broncodilatadores uti-lizados produzia melhoras imediatas.

Outro detalhe. O “lulu” que entrou nesta histó-ria desapareceu de casa. Com a ausência do ani-mal – retrocedendo no tempo e juntando os fatos – recorde-me de ter passado bem, sem crises, du-rante cerca de dois ou três anos. Assim fui viven-do até 1949, quando meu irmão apareceu com um cão perdigueiro que acabou entrando em casa sem minha concordância. Tal rejeição tinha o seu por-quê: já não ignorava mais meus problemas alérgi-cos relacionados com o animal.

Contudo, o cão acabou ficando. É interessante dizer que, de início, surpreendentemente, a presença do animal não me trouxe problemas. Oito meses após, entre-tanto, os primeiros sinais de rinite e de asma co-meçaram a me preocupar. O ressuscitamento da hipersensibilidade alérgica levou todo esse tempo para acontecer. Com tristeza, não demorei muito para presentear um amigo com aquele simpático perdigueiro, meu companheiro de andanças pelo bairro da Lapa. Com o seu afastamento, as mani-festações clínicas desapareceram novamente.

A outra forma clínica das crises que me aco-me-tiam, a “intrínseca”, tinha comportamento total-mente diferente daquela provocada por agentes externos. Geralmente com efetivo era a epinefri-na, cuja atividade terapêutica, embora efêmera, uma ou duas horas, me permitia dormir e descan-sar um pouco.

Na ocasião de intensa crise, ocorrida em setem-bro de 1950, tanto foi meu sofrimento que, deses-peradamente, durante um período de doze horas, apliquei-me cerca de oito ampolas da sempre lembrada adrenalina aquosa Park-Davis. Sobrou-me a séria recriminação do meu médico, o saudo-so Antoninho de Moura Albuquerque, clínico ge-ral.

A utilização dos medicamentos antimicrobia-nos levou ao abrandamento e abreviação do qua-dro clínico. Isso me faz supor serem os vírus os responsáveis pelo início das crises; cabendo às bactérias mantê-las, perpetuando o broncoes-pasmo. Com outras palavras, os vírus acendem a fogueira, e as bactérias a mantém acesa. Aí, tal-vez, uma heresia para muitos: a da efetividade das vacinas bacterianas no tratamento intercrises da asma, embora muitos médicos brasileiros por in-fluência da medicina norte-americana, se enver-gonhem de confessar o seu uso. Muitos dos mé-dicos norte-americanos também as usam sem di-zer isso de público. Nem necessitariam de tanto para mascarar os fatos se lhes ocorressem a idéia de que, efetivamente, a Medicina é uma ciência, mas sua prática clínica ainda continua sendo uma arte, nem sempre habitando o interior do tubo de ensaio ou da aparelhagem dos laboratórios; por-tanto não podendo ser atrelada, radicalmente à demonstração científica.

Nunca utilizei corticosteróides no tratamento das minhas crises e nas intercrises, embora sejam fármacos extremamente potentes em sua ação an-tiinflamatória. A natureza, porém, se defende co-mo pode. Não parece admitir intervenções medi-camentosas drásticas. Tanto assim que, geralmen-te, quanto mais ativo é um medicamento, mais são os efeitos colaterais adversos. Ela se preserva: os fenômenos da resistência aos antibióticos e aos inseticidas estão aí para quem quiser ver.

Desde que recebi meu diploma de médico, em 1955, muitas teorias e opiniões sobre a asma che-garam ao meu conhecimento. Para Tiffeneau: “a asma brônquica é resultante da hiperexcitabilida-de do sistema vagosimpático”. Tal afirmação pa-rece ter o seu lado verdadeiro. Realmente, nas mínimas manifestações de broncoespasmo, a an-siedade sentida é semelhante àquela experimenta-da quando utilizamos dose maior de um medica-mento estimulante do simpático.

Outras teorias surgiram. A última é a de que a asma seria doença inflamatória crônica. Tal idéia levou a um consumo recorde de corticosteróides, medicamentos muito ativos, porém de efeitos co-laterais cujos riscos, em muitos asmáticos, podem subverter o equilíbrio com benefícios, colidindo um dos aforismos hipocráticos, o do *primum non nocere* (antes de tudo, não lesar). A utilização desses antiinflamatórios por muito tempo como preventivos de crises, deve ser evitada. E, aos “corticoidóforos” não se pode atribuir a respon-sabilidade pelo aumento da mortalidade que vem sendo observada nessa doença, opinião endossada pelo saudoso Ernesto Mendes em seu último livro “Doenças alérgicas, asma, rinite alérgica e derma-tite atópica”. Editora Sarvier (1998) (página 120): “quando a asma era considerada doença não mor-tal ou raramente mortal esses medicamentos não existiam”. E mais, analisando o aumento da mor-bidade e da mortalidade por asma, utiliza-se das palavras de Page (1991): “Constitui um paradoxo ser a asma a única doença evitável com morbida-de e mortalidade em ascensão”. Mais adiante: “naquelas décadas (30 e 40) as crises graves de asma eram tratadas no domicílio dos pacientes, ou nas farmácias, com epinefrina subcutânea e/ou aminofilina intravenosa e xarope de iodeto. Em seguida – e resumidamente por mim: “...e hoje, apesar da moderna medicação e de todos os cui-dados em UTIs, muito dos pacientes sucumbem”. Vivi essa realidade e posso testemunhá-la.

Daqui para frente, passo a descrever a evolução clínica que me acompanha desde a primeira in-fância, tragédia que acabou evoluindo para um final de opereta.

Aos três anos de idade comecei a apresentar problemas respiratórios, rotulados por minha mãe – e talvez pelo médico que me atendeu – como “bronquite”. As crises eram moderadas e não o-corriam com muita frequência; duas ou três vezes ao ano, conforme posso lembrar-me. Mas, quando meus pais levavam-me para o litoral, onde perma-necia por trinta dias aproximadamente, passava sem a tal “bronquite” durante o período de mais ou menos doze meses. Na realidade, estava viven-do o prelúdio do que acontecia mais tarde.

Vivi assim até os dez anos de idade, enquanto corria o ano de 1936. neste ano enfrentei minha primeira grande crise de asma (*Status asthmati-cus*), com dispnéia intensa e contínua, sofrimen-to que iria experimentar em inúmeras ocasiões até 1955. A esse respeito, não consigo esquecer-me de quando fui para o Hospital Emílio Ribas, em 1954, para cumprir minhas

obrigações de estu-dante, em razão do exame curricular de Doenças Infecciosas. Fui, porém, amparado por uma adre-nalina injetada pouco antes de sair de casa, levan-do outras ampolas juntamente com seringa e agu-lhas fervidas para emergências. Debaixo de chuva e viajando de ônibus (poucos tinham automóvel naquele tempo), carregava, além da asma, febre acima de 38 graus. Fui aprovado, mas voltei para casa, no Alto da Lapa, fisicamente arrasado.

Voltando a 1936, ano da minha grande crise, em janeiro tive séria infecção intestinal, assim de-nominada pelo clínico geral que me tratou, sem que ficasse clara a etiologia da gastroenterite. Não sei se houve relação entre essa ocorrência e a crise de asma que aconteceu naquele ano, no in-verno. O paroxismo asmático, por volta de julho ou agosto, foi sério. Não podia ficar deitado. Per-manecia sentado na cama com as pernas apoiadas no chão e as mãos sobre os joelhos, em meio à in-tensa dispnéia, lançando o tórax para frente e para trás, sincronicamente com a expiração e a inspira-ção, na ingênua e infrutífera tentativa de respirar melhor. Além da dispnéia, o tormento da tosse es-pasmódica que aumentava ainda mais a dificulda-de respiratória. Febril, transpirando intensamente, nunca entendi como, nas inúmeras crises, não de-sidrarei; porquanto, ingerir um único gole de água era quase impossível, tanto quanto comer algum alimento que me era servido.

O cenário não era um apartamento de um hos-pital, nem o de uma UTI, mas o dormitório dos meus pais, para onde me transferiram, a fim de ficar sob o olhar atento de minha mãe. Certo dia, por volta do trigésimo desde o início da crise, meu médico, assustado, jogou a toalha; pediu pa-ra me levarem para o litoral. Acabei indo parar em Santos, no Gonzaga. Milagre: menos de uma semana depois, praticamente sem medicação, es-tava passeando de bicicleta na praia, apesar de fi-sicamente enfraquecido, depois de açoitado por mais de 30 dias pela crise que se prolongou dia e noite sem interrupção. Hoje, recordando-me dessa primeira crise, lamento a não existência, na épo-ca, das drogas antimicrobianas. Se assim fosse, com certeza muito sofrimento teria sido evitado.

As crises fortes não ocorreram freqüentemente durante a adolescência. Contudo, quando freqüen-tava vesperais carnavalescas em salões, ou quan-do me expunha a intempéries, o problema se fazia presente: no início febrícula e dispnéia moderada (“peito preso”); e, em seguida, o agravamento de ambas. Daí para diante, durante 30 ou 40 dias, o trágico estado de mal asmático. A medicação acontecia com o iodeto de potássio, existente em prescrições médicas associado à efedrina; e prin-cipalmente com a extraordinária adrenalina que me tirava do sufoco, pelo menos durante uma ou duas horas. Nas intercrises até jogava futebol, embora não tivesse a resistência dos meus com-panheiros de jogo. Na praia, incrivelmente, corria o campo todo atrás da bola.

Fiz serviço militar aos 18 anos de idade, sem maiores problemas. Nessa época, as crises não fo-ram intensas, mas não dispensava o uso de medi-camentos broncodilatadores, vez ou outra. A as-sociação de efedrina com a teofilina (Filinasma, Franol, etc.) me ajudou muito.

Em condições clínicas razoáveis fiz meu curso médico, mas, no segundo semestre do primeiro ano, enfrentei forte crise. Fiquei afastado das au-las durante aproximadamente 20 dias, quase sen-do reprovado em Anatomia. Um fator estressante, que pode ter-me predisposto, foi a morte de mi-nha mãe, 30 dias antes, em agosto de 1950. Du-rante o curso, enfrentei problemas de asma mode-rados. Às vezes chegava a jogar futebol, mas do-pado com comprimidos anti-asmáticos. A respira-ção melhorava, mas o rendimento atlético era muito baixo. Felizmente, o *dopping* não era leva-do a sério.

Após 30 anos de idade, vivi considerável me-lhora, mas, vez ou outra, era obrigado a me de-fender com medicamentos, caso da “bombinha” da época, o eficiente Dyspne-inhal, à base de a-drenalina, usado por mim até o aparecimento dos nebulizadores beta-2-agonistas, mais eficientes e mais cômodos no uso; mas vistos anos após com desconfiança, pois parecem-me causar dependên-cia psicológica (ou física?); tanto assim que sem-pre ando com um deles embora evite-os, pois quanto mais se os usa, mais usados compulsiva-mente. Pelo uso freqüente dessas nebulizações com beta-2-agonistas, há também a possibilidade do agravamento do quadro clínico, como decor-rência do aumento da inflamação brônquica pela ação irritante dos gases e das partículas nebuliza-das no epitélio. Sempre que reduzi sua utilização, espontaneamente o quadro clínico melhorou no-tavelmente. A respeito dos broncodilatadores por via inalatória, relato o que me aconteceu recente-mente. Houve agravamento da asma após os 67 anos de idade. Utilizava (com dois *puffs* por vez) o salbutamol ou o fenoterol ou sua associação com o ipratrópio, seis a sete vezes ao dia; portan-to, cerca de doze a 14 *puffs*. Comecei a ficar preo-cupado. Lembrei-me do velho iodeto de potássio. Utilizando a solução saturada do mesmo, conse-gui praticamente a não necessitar desses beta-a-gonistas inalados. Hoje, com um ou dois *puffs* ao dia – não diariamente e, mais, por insegurança – passo cerca de doze a 24 horas muito bem. Quan-do, no decorrer do dia, resisto ao uso deles, o broncoespasmo desaparece pouco tempo após. Quando sou obrigado a me locomover uso-os “preventivamente”. Devo estar diante de um re-flexo condicionado por esses beta-agonistas ina-lados. Nisso reside a dependência psicológica, mais que física, segundo me expressei linhas atrás.

Como conseqüência do resultado benéfico por mim experimentado, voltei a receitar o iodo para meus pacientes doentes, pois segundo diversos autores, esse halógeno parece ser benéfico na as-ma brônquica, embora não se conheça o porquê. Os antigos autores, em seus livros, exaltavam as qualidades positivas do iodeto de potássio; os atuais, antes de mais nada

apregoam suas qualidades negativas, bastando consultar o livro “*Allergic Diseases*”, de Roy Patterson em suas edições de 1972 e 1990, para se certificarem destas afirmações.

Estou usando pessoalmente esse elemento químico desde julho do ano passado – estamos em abril dando os retoques finais desta monografia – com excelentes resultados clínicos e sem maiores problemas, a não ser o eterno paladar amargo, o que pouco representa diante da importuna asma.

De uma ou outra forma, atravesse relativamente bem o período que vai dos 30 aos 67 anos de idade, sem paroxismos dispnéicos, usando apenas medicação esporádica com broncodilatadores e antibióticos. Não fosse eu médico, possivelmente teria enfrentado a dura realidade nas mãos daqueles que assim não pensam.

Não tenho dúvida em utilizar antimicrobianos nas minhas crises mais intensas ou persistentes ou quando existem indícios de infecção. Minha preferência é pelos macrolídeos e a associação sulfametoazol-trimetropina, os quais sempre me foram muito úteis. As sulfas – execradas por médicos que nunca as usaram porque ouviram de outros, os quais por sua vez também ouviram... – são medicamentos de baixo custo e eficientes res-salvadas as variações individuais. Durante 40 anos utilizando esses antimicrobianos, pessoalmente ou para meus doentes, nunca me vi diante de qualquer reação preocupante por eles induzida. Também não chego ao exagero afirmando serem isentos de ocasionar problemas colaterais adversos; mas, muita coisa ouvida em relação aos medicamentos, vem dos bastidores da produção farmacêutica, cujos interesses comerciais alienaram a verdade dos acontecimentos.

A asma foi para mim empecilho em duas atividades de que sempre gostei: jogar futebol e cantar ópera, os quais dependem muito da respiração, o que me sugere ter, inconscientemente, problemas psicológicos de auto-afirmação.

O futebol depende, principalmente, do preparo físico, o que inclui fôlego. O canto lírico é função da integridade respiratória, dependendo da expiração sob pressão. Por esse motivo, os enfisematosos e os asmáticos em crise, não têm condições de emitir sons com a intensidade que o *bel canto* exige.

Inicialmente, pretendi emprestar a este trabalho conotação artística, com senso de humor, além de, principalmente, contribuir com um pouco para a história da asma brônquica. Diante, porém, do alongamento do mesmo, e do receio de assim não ser entendido em revista de caráter científico, reduzi as duas primeiras versões para esta, direta, mas com mutilações que levaram à perda de detalhes e de aspectos pitorescos da minha odisséia. Restou-me somente o epílogo, um final de opereta, como poderá ser verificado em seguida. No entanto, a primeira versão está à disposição de quem a solicitar.

Assim sendo, como me encontro hoje após esse trauma enfrentado ao longo da vida?

Atualmente, aos 75 anos de idade ainda consigo cantar seguidamente árias inteiras de ópera com relativa facilidade.

Tenho boa disposição e, como distração nos meus fins de semana, executo trabalhos manuais de manutenção de minha propriedade, no litoral norte de São Paulo. Resolvo quase todos os problemas de alvenaria, eletricidade ou hidráulicos, tudo como *hobby* na oficina que montei numa das suas dependências. Procuo sempre me manter em atividade; no consultório, com os meus doentes; na minha casa de praia, com ferramentas nas mãos.

Mantenho hábitos antigos no meu dia-a-dia. Entre outros o de, pela manhã e diariamente, fazer sauna e tomar banho frio, sem interrompê-los, mesmo durante os dias gélidos do inverno.

Sou um velho-moço e feliz. Brabo, vez ou outra, quando me “pisam no calo”; rabugento quando as coisas não andam bem; mas tenho costumadamente muito bom humor. Meu avô materno, agora conhecido de todos, também tinha o mesmo temperamento. Ambos asmáticos, tivemos muito em comum, inclusive o gozo de excelente saúde quando ao nível do mar. Coincidência?!

Trabalho em meu consultório quatro dias por semana. Na quinta-feira à tarde, invariavelmente, vou para o meu encontro com Deus perto do oceano, local ainda com muito mato e ar perfumado, no extremo sul de São Sebastião (Praia da Boracéia). Somente os asmáticos são capazes de valorizar o ar que respiram; porquanto, os demais simplesmente respiram.

Evidentemente não sou mais aquele da juventude, porém me considero ainda em boas condições com ou apesar da asma, hoje controlada; e sem ter ingerido, inalado, ou injetado qualquer medicação antiinflamatória.

Esta é a história de um alergologista-asmático que acreditou, mas desconfiou de muita coisa que lhe disseram.

Nota: estes escritos estavam em fase inicial de revisão, quando o jornal “O Estado de São Paulo”, edição do dia 13 de

fevereiro, publicou repor-tagem sobre Genomas e Proteomas. Embora cedo para avaliações, vão alguns depoimentos nela impressos:

Craig Venter, presidente da Celera Genomics: “Sabemos agora que a idéia de que um gene leva a uma proteína e a uma doença é falsa. Agora sa-bemos que o meio ambiente, agindo em etapas biológicas, pode ser tão importante quanto o código genético.”

Carlos Alberto Moreira, Coordenador de En-sino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein: “o indivíduo é resultado da interação dos genes com o ambiente.”

Endereço para correspondência

Rua Marquês de Itu, 266 cj. 22 – Centro
01223-000 - São Paulo - SP
E-mail: clin_paul_alcrg@uol.com.br

[\[Home Page SBAI\]](#) [\[Índice Geral\]](#) [\[Índice do Fascículo\]](#)

A Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia é publicação oficial da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia.
Copyright 2001- SBAI -Av. Prof. Ascendino Reis, 455 - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 04027-000