

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

LILIAN DIAS DOS SANTOS ALVES

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DAS ALERGIAS E REATIVIDADE
CUTÂNEA EM IDOSOS**

MARILIA

2013

Lilian Dias dos Santos Alves

Características epidemiológicas das alergias e reatividade cutânea em idosos

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. Zamir Calamita

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Alves, Lilian Dias dos Santos.

Características epidemiológicas das alergias e reatividade cutânea em idosos / Lilian Dias dos Santos Alves. - - Marília, 2013.

51 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Epidemiologia. 2. Hipersensibilidade. 3. Idoso. 4. *Prick-test*.

Lilian Dias dos Santos Alves

Características epidemiológicas das alergias e reatividade cutânea em idosos.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e envelhecimento.

Comissão examinadora:

Prof. Dr. Zamir Calamita
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Odilon Marques de Almeida Filho
Faculdade de Medicina de Marília

Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas
Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp

Data da aprovação: ____/____/____

À Deus,

E à minha família, por sempre me apoiarem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que iluminou o meu caminho durante mais esta etapa.

Ao Prof. Dr. Zamir Calamita, meu orientador e exemplo profissional, pelo seu apoio, dedicação e paciência nesta pesquisa e que tornou possível a conclusão desta dissertação.

Aos meus pais, pelo incentivo, por sempre me apoiarem e estarem presentes nos momentos em que eu mais precisei, ensinando-me a importância da construção e coerência de meus valores, e por também fazerem parte de mais esta conquista, eu os tenho como exemplo de luta e persistência na vida.

Aos meus queridos irmãos que Deus colocou em minha vida, Raphael e Eduardo, companheiros a quem admiro e confio sempre.

A amiga e estudante de medicina da Famema, Letícia Audi, por sua colaboração durante a coleta de dados do estudo, que foi de suma importância para o mesmo.

A todos os amigos que me apoiaram e colaboradores que também contribuíram direta e indiretamente para esta pesquisa.

"Eu quase que nada não sei. Mas desconfio de
muita coisa." (Guimarães Rosa)

RESUMO

Introdução: o processo alérgico também está presente no idoso e apesar do impacto em sua qualidade de vida pode ser subdiagnosticado ou desvalorizado pela concomitância de outras doenças. **Objetivos:** analisar as características epidemiológicas dos quadros de hipersensibilidade observados nos idosos com 60 anos ou mais, atendidos pelas especialidades de geriatria e alergia, assim como a resposta do *prick test* ou teste cutâneo de punctura (TCP) de leitura imediata à histamina. **Métodos:** primeiramente numa abordagem transversal, foram entrevistados e realizado o TCP em 106 pacientes do ambulatório de geriatria da FAMEMA; depois realizou-se uma análise retrospectiva de 400 prontuários de uma clínica particular de alergia. **Resultados:** na fase da entrevista observamos que 56 (52,8%) pacientes relataram alergia respiratória, 47 (44,3%) possível manifestação alérgica de pele, e 14 (13,2%) alergia à drogas. Dentre os 400 prontuários analisados, 51 (12,7%) eram de pacientes com 60 anos ou mais, com os seguintes diagnósticos alérgicos: 6 (11,8%) com rinite, 4 (7,8%) com rinite e asma concomitante, 7 (13,7%) alergia medicamentosa, 8 (15,7%) urticária crônica, 16 (31,4%) dermatite de contato, 4 (7,8%) prurido, 2 (3,9%) tosse e 2 (3,9%) tiveram outras manifestações alérgicas. Quanto ao *prick test*, o grupo controle teve uma média de 5,65mm (\pm 1,09mm), e os idosos tiveram a média de 5,9mm (\pm 2,3mm), não havendo diferença com significância estatística entre os grupos analisados. **Conclusão:** observou-se em nosso estudo que os idosos apresentaram uma prevalência significativa de alergias, sendo necessários mais estudos nesta área.

Palavras-chave: Epidemiologia; Hipersensibilidade; Idoso; *Prick-test*.

ABSTRACT

Introduction: the allergic process is also present in the elderly, and despite the impact on their quality of life may be underdiagnosed or undervalued by other concomitant diseases.

Objectives: to analyze the epidemiological characteristics of the hypersensitivity frames observed in the elderly aged 60 or over, assisted by geriatric specialties and allergy, as well as the response of the *prick test* or skin puncture test (SPT) immediate reading to histamine.

Methods: firstly in a transversal approach, 106 patients from the geriatric FAMEMA were interviewed. It was performed SPT on them, and then it was carried out a retrospective analysis of 400 records of a private clinic of allergy.

Results: during the interview we found that 56 (52.8%) patients reported respiratory allergy, 47 (44.3%) reported possible allergic skin manifestations, and 14 (13.2%) allergy to drugs. Among the 400 records analyzed, 51 (12.7%) patients were aged 60 years or more, with the following diagnoses allergy: 6 (11.8%) rhinitis, 4 (7.8%) concomitant asthma and rhinitis, 7 (13.7%), drug allergy, 8 (15.7%) chronic urticaria, 16 (31.4%), contact dermatitis, 4 (7.8%), pruritus, 2 (3.9%) and cough 2 (3.9%) other allergic manifestations. whereas for the prick test, the control group had an average of 5.65 mm (\pm 1.09 mm), and the elderly had a mean of 5.9 mm (\pm 2.3 mm), with no statistically significant difference between groups analyzed.

Conclusion: observed in our study that the elderly showed considerable prevalence of allergies, more research is needed in this area.

Key words: Aged; Elderly; Epidemiology; Hypersensitivity; *Prick-test*.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Representa a porcentagem das comorbidades identificadas nos pacientes entrevistados.....	25
Gráfico 2. Representa a porcentagem do índice de fragilidade dos pacientes entrevistados.....	26
Gráfico 3. Representa a porcentagem dos medicamentos utilizados pelos pacientes entrevistados.....	27
Gráfico 4. Porcentagens das alergias identificadas nos pacientes entrevistados.....	28
Gráfico 5. Porcentagem dos tipos de manifestações alérgicas respiratórias identificadas nos pacientes entrevistados.....	28
Gráfico 6. Porcentagem das possíveis manifestações alérgicas de pele identificadas nos pacientes entrevistados.....	29
Gráfico 7. Representa a porcentagem dos referidos medicamentos causadores de hipersensibilidade medicamentosa.....	29
Gráfico 8. Tipos de alergias identificadas em prontuários de pacientes em porcentagem.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINH	Anti-inflamatórios não hormonais
DA	Dermatite Atópica
DC	Dermatite de Contato
DCA	Dermatite de Contato Alérgica
DCI	Dermatite de Contato por Irritantes
DP	Desvio Padrão
Famema	Faculdade de Medicina de Marília
IgE	Imunoglobulina E
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
M	Média
RAM	Reação Adversa Medicamentosa
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
TCA	Teste Cutâneo Alérgico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Teste Cutâneo de Punctura
OMS	Organização Mundial de Saúde
WAO	World Allergy Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
4 MATERIAL E MÉTODOS	21
4.1 Cálculo amostral.....	23
4.2 Análise estatística	23
5 RESULTADOS	25
5.1 Fase Transversal	25
5.2 Resultados da Análise dos Testes de Punctura Cutâneo.....	30
5.3 Fase Retrospectiva.....	30
6 DISCUSSÃO	32
6.1 Fase transversal	32
6.2 Testes Cutâneos.....	37
6.3 Fase Retrospectiva.....	38
7 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A	44
APÊNDICE B	46
ANEXO I	50
ANEXO II	51

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno se iniciou em países desenvolvidos, mas recentemente este processo também vem ocorrendo nos denominados países emergentes, dentre os quais o Brasil.¹

No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 500% em quarenta anos, e estima-se que alcançará 32 milhões até 2020.²

Desde a década de 60 a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida, momento em que houve uma queda da fecundidade da população e a redução da taxa de mortalidade a partir da década de 40, através de políticas urbanas de saúde públicas, de ações médico-sanitárias, como vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, provocando uma alteração da estrutura etária, e com isso estreitando a base da pirâmide populacional.²

O maior desafio da saúde pública do século XXI será cuidar de uma população de idosos de mais de 32 milhões de habitantes, a grande maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.³

As consequências cronológicas e psicológicas do envelhecimento variam de acordo com o organismo de cada indivíduo, o que dificulta a determinação de uma única definição de envelhecimento. O processo de envelhecimento torna o indivíduo vulnerável a várias doenças, embora muitas não possam ser evitadas; algumas alterações do envelhecimento podem ser modificadas por bons hábitos e mudanças no estilo de vida.⁴

O envelhecimento humano provoca modificações no corpo como consequência de mudanças durante todo o processo evolutivo: alterações cardiovasculares, metabólicas, respiratórias, na pele, no sistema digestivo, ósseo, neurológico, geniturinário, muscular e imunológico. Os primeiros sinais de envelhecimento a serem notados são os físicos, como cabelos brancos, pele enrugada, capacidade física diminuída entre outros. Nesse processo ocorre uma diminuição do número de células, o que provoca um retardamento no funcionamento do organismo, gerando um impacto significativo nos aspectos biopsicossocial, espiritual e na multidimensionalidade da sua saúde, características importantes na vida do idoso.⁵

No que se refere ao sistema imunológico, o indivíduo idoso apresenta uma maior susceptibilidade ao desenvolvimento de doenças como câncer e a infecções. Quanto aos

aspectos da resposta alérgica assim como sua expressão no indivíduo idoso, poucos estudos estão disponíveis.⁶⁻⁸

Os últimos anos têm mostrado um aumento progressivo de doenças alérgicas na população idosa em todo o mundo. Naturalmente, esse fenômeno coincidiu com as tentativas de garantir a melhor qualidade de vida para este grupo etário. Como resultado, as doenças que antes eram ignoradas estão atraindo atenção cada vez maior. Um interessante estudo epidemiológico de manifestações alérgicas em idosos realizado na Itália, em uma Unidade de Alergologia ao longo de um período de três meses no início de 2008 mostrou que 15% pertenciam à população idosa e entre estes, 51,8% estavam sofrendo de uma reação alérgica a drogas. Manifestações cutâneas, incluindo urticária e eczema, foram responsáveis por 71,4% dos casos, rinite estava presente em 16,8% dos pacientes e alergia alimentar em 8,0% .⁸

Assim como os outros sistemas, o imunológico também sofre alterações, sendo o termo imunossenescência utilizado para definir o envelhecimento do sistema imunológico. O declínio da função imunológica, encontrado nos idosos, está associado a alterações que podem ocorrer em cada etapa da resposta imune.⁹

O Sistema Imunológico sofre contínuas alterações no decorrer do envelhecimento, atingindo seu pico na fase da puberdade e declínio da sua função após os 60 anos. Além disso, existe uma forte relação entre o sistema imune e o sistema nervoso, cuja interação pode provocar exacerbação de afecções e depressão de suas funções normais, sendo os idosos mais suscetíveis a essa interação, com maiores chances de desenvolver infecções, doenças autoimunes e neoplasias.⁹

O processo alérgico é desencadeado por substâncias conhecidas como antígenos que são identificadas como estranhas ao nosso organismo pelo sistema imunológico. Um dos mecanismos mais relacionados com o desencadeamento das alergias ocorre pela produção de anticorpos do tipo imunoglobulina E (IgE), que vão reagir com os antígenos em nível de mastócitos provocando uma reação imediata e explosiva, com liberação de diversas substâncias químicas, produzindo intensa inflamação, que dará origem aos sintomas da alergia.¹⁰

Vários fatores em indivíduos idosos contribuem para risco de desenvolvimento de alergias, e que estão relacionadas às suas condições. Estes incluem fragilidade, coexistência de outros problemas médicos e a polifarmácia. No entanto, mais estudos devem ser concebidos de modo a conhecer a prevalência e as particularidades das alergias em idosos, sendo que os dados nesta área são escassos.⁶

Observações clínicas apoiadas por dados epidemiológicos têm demonstrado que a idade está relacionada com a diminuição de IgE total no soro e na sensibilização a alérgenos em idosos. A imunoglobulina IgE sérica total comparada entre indivíduos mais jovens e mais velhos, sem qualquer doença alérgica, apresentou níveis significativamente mais baixos nos indivíduos mais velhos.⁶

Os principais tipos de alergias encontradas em idosos são rinite, asma, dermatite de contato, urticária e hipersensibilidade medicamentosa.⁶

A rinite alérgica é um processo inflamatório da mucosa nasal, provocada pela exposição do indivíduo ao alérgeno, caracterizada clinicamente por sintomas como espirros, rinorréia, obstrução e pruridos nasais, sendo esta uma reação inflamatória imediata.¹¹ Existem outras formas de rinite além da alérgica, agrupadas pela definição não alérgicas; estas podem ser desencadeadas por outros estímulos como: mudanças de temperatura, exercícios físicos, alimentos, irritantes químicos inalados, etc.

Os sintomas típicos da rinite como obstrução, gotejamento pós-nasal ou tosse podem ser agravados por alterações anatômicas e fisiológicas do nariz que ocorrem com a idade. Mudanças estruturais, tais como retração da columela nasal devido ao enfraquecimento da cartilagem do septo e uma perda de apoio nasal na região distal, podem diminuir fluxo de ar levando a exacerbação da obstrução, queixas comumente vistas em pacientes geriátricos com rinite.⁶

A rinite alérgica pode ser classificada de acordo com a sua duração (“intermitente” ou “persistente”) e com a gravidade (“leve” ou “moderada/grave”). Também deve-se ressaltar que é importante para o tratamento, analisar a relação entre o indivíduo e a exposição ao alérgeno.¹¹

O principal fator de risco para esta doença é o caráter genético, sendo mais frequente em pessoas que apresentam casos na família. Também não tem relação com a raça e gênero, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto a forma alérgica apresenta uma prevalência maior em crianças e adolescentes.¹¹

A asma é considerada hoje uma doença heterogênea com muitos fenótipos e expressão clínica variável. Vários processos biológicos relacionados ao envelhecimento parecem estar envolvidos na fisiopatologia da asma em idosos além dos já conhecidos fatores genéticos e ambientais. Processos tais como o envelhecimento das células, perda progressiva da função pulmonar durante a vida, juntamente com alterações na resposta inflamatória estão sendo estudados na asma.⁶

O indivíduo com asma apresenta sintomas como dispnéia, tosse seca e sibilo. O broncoespasmo pode ser traduzido na ausculta pulmonar em manifestações como sibilos e roncos, sendo a principal característica fisiopatológica dessa doença a obstrução das vias aéreas, gerando limitação do fluxo aéreo expiratório.¹²

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a asma é uma condição crônica que resulta da inflamação das vias aéreas nos pulmões, afeta a sensibilidade das terminações nervosas das vias aéreas, que se tornam facilmente irritáveis, condicionando um aumento da reatividade da árvore brônquica a estímulos endógenos ou exógenos, como os alérgenos, com variações episódicas do débito aéreo, cuja gravidade e frequência variam individualmente.¹²

Segundo Ribeiro¹³, a prevalência da asma no idoso é semelhante à dos grupos de adultos e de meia idade, oscilando entre 6 e 10%. Entretanto, a doença é frequentemente subdiagnosticada e subtratada no idoso, que pode ser devido a critérios diagnósticos inadequados ou ao pouco relato dos sintomas pelo doente.

A asma pode ser classificada em dois polos principais: asma alérgica, caracterizada pelo surgimento na idade jovem com sintomas desencadeados por diferentes alérgenos; e a asma não alérgica caracterizada pelo início mais tardio, geralmente após os 60 anos, muitas vezes desencadeada por uma infecção respiratória.¹⁴

Quanto à dermatite de contato (DC), é uma doença frequente que pode surgir em qualquer faixa etária. Suas características podem variar de acordo com o grupo estudado. Nos idosos, por exemplo, muitas vezes associa-se ao uso de medicamentos tópicos. A imunidade celular desses pacientes está diminuída, o que seria um fator redutor da incidência de dermatite de contato nessa faixa etária. Por outro lado, esses indivíduos tiveram, durante a vida, maior tempo de exposição a várias substâncias potencialmente alergênicas, permitindo assim, considerável frequência dessa dermatose nesse grupo.¹⁵

A DC é uma reação inflamatória cutânea caracterizada morfológicamente por lesões do tipo eczema, ou seja, eritema, vesículas, exsudação, pápulas, escamas e liquenificação, que podem ocorrer isoladas ou simultaneamente. Essas dermatites são resultantes da exposição direta a algum agente externo com a participação ou não de luz ultravioleta (fótons) na superfície da pele. Embora seja frequentemente associada à etiologia alérgica, cerca de 80% das dermatites de contato são provocadas por substâncias irritantes, causando à DC não alérgica ou irritativa. O processo inflamatório da dermatite de contato alérgica (DCA) é mediado por mecanismos imunológicos, podendo ser causada por substâncias inorgânicas, orgânicas, vegetais ou sintéticas, enquanto que a dermatite de contato por irritantes (DCI) é

causada por dano tissular direto após contato com o agente agressor que inicia a reação inflamatória.¹⁶

Muitos fatores estão envolvidos na sensibilização da pele do idoso, desde a população e a função das células T, as citocinas, as células de Langerhans, até as alterações encontradas na barreira de proteção da pele (estrato córneo), favorecendo a penetração de substâncias irritantes e sensibilizantes.¹⁵

A dermatite atópica (DA), ou eczema atópico, é uma doença crônica, de caráter recidivante, manifestada clinicamente por prurido e lesões cutâneas distribuídas conforme a faixa etária do paciente.¹²

Clinicamente, a pele envelhecida se caracteriza por atrofia, fragilidade, alterações na pigmentação, maior frequência de tumores benignos e malignos, e uma maior tendência para xerose (ressecamento). Em conjunto, esses fatores contribuem para maior susceptibilidade para doenças dermatológicas; também o prurido está entre as mais comuns queixas relacionadas ao tecido tegumentar nos idosos, frequentemente associado com pele seca.⁶

A Reação Adversa Medicamentosa (RAM) é a resposta não intencional e prejudicial a um medicamento que ocorre em doses normalmente utilizadas no ser humano. Em idosos as RAMs representam um importante problema de saúde pública, cuja relação de risco é bem estabelecida. Estima-se que o risco para RAM e de hospitalização decorrente seja, respectivamente sete e quatro vezes maior em idosos do que em jovens. A polifarmácia, definida segundo Secoli¹⁷ como uso de cinco ou mais medicamentos por dia, está associada ao aumento do risco e da gravidade das RAMs de precipitar interações medicamentosas, de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática relaciona-se diretamente aos custos assistenciais, que incluem medicamentos e as repercussões advindas desse uso.¹⁷

Os pacientes idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna. Mais de 80% usam pelo menos um medicamento por dia, e este também é um dos mais utilizados métodos de intervenção para reabilitação da saúde do idoso. Porém a prescrição de medicamentos para essa população necessita de conhecimentos específicos sobre mudanças estruturais e funcionais dos vários órgãos e sistemas relacionados à idade por parte de quem realiza a prescrição.¹⁷

De acordo com a OMS, a RAM pode ser classificada em dois tipos: as reações previsíveis, que são os efeitos colaterais; e as não previsíveis que são as hipersensibilidades ou alergias à medicamentos. A World Allergy Organization (WAO) define hipersensibilidade medicamentosa como uma reação adversa não previsível iniciada a uma determinada droga

sendo a alergia, a hipersensibilidade provocada por mecanismo imunológico, podendo ser humoral ou celular.¹⁹

A maior parte das reações medicamentosas não podem ser classificadas como alérgicas, pois não apresentam mecanismo imunológico, sendo assim estas reações não previsíveis também podem ser consideradas hipersensibilidades não alérgicas (antes denominadas pseudo alérgicas ou hipersensibilidade não imune).¹⁹

Nos Estados Unidos estima-se que de 25% a 32% de todos os medicamentos são consumidos por idosos que representam 12% da população. Os efeitos adversos das drogas são 2,5 vezes mais frequentes nos idosos do que na população de outra faixa etária. Em torno de 28,2% do gasto total com internações hospitalares, nos Estados Unidos, deve-se à morbidade e mortalidade resultantes do uso inadequado de medicamentos.²⁰

No Brasil, o estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios aponta que 50% dos idosos têm renda pessoal menor que um salário mínimo, e o gasto médio mensal com medicamentos comprometem aproximadamente um quarto da renda.²¹ Acrescenta-se que os idosos constituem 50% das pessoas que utilizam múltiplos medicamentos. Também é comum encontrar, em suas prescrições, doses e indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância, além do uso de medicamentos sem valor terapêutico.²²

As hipersensibilidades alérgicas são categorizadas em quatro tipos, através da classificação de Gell & Coombs (1963). A reação tipo I ou reação imediata, ocorre pela reação envolvendo IgE e os mastócitos, que vão liberar substâncias que agem na musculatura lisa, glândulas e terminações nervosas. São exemplos desses tipos de reações, doenças como urticária/angioedema e anafilaxia. A reação tipo II ou citotóxica, ocorre pela ação dos anticorpos IgG e IgM, que ativam o sistema complemento, o qual causa destruição das células alvo, e perda da função celular e tecidual, como ocorre em anemias, leucopenias e trombocitopenias. A reação tipo III ou por complexos imunes é caracterizada pela ativação do sistema complemento, que provocará migração de polimorfonucleares e mononucleares, causando a lesão tecidual; essas reações ocorrem em patologias como a doença do soro. Já a reação tipo IV ou hipersensibilidade tardia, ocorre pela reação dos linfócitos T e macrófagos como, por exemplo, na dermatite de contato.¹⁹

Outro aspecto interessante a se verificar na população idosa seria o grau de reatividade cutânea. Pelo fato de muitos testes “*in vivo*” dependerem do grau de reatividade da pele, sendo que estes testes fazem parte do arsenal de investigação de muitos quadros alérgicos é crucial o entendimento dos possíveis efeitos do avançar da idade na reatividade da pele.

Parece que nos extremos da vida, em particular no idoso haveria uma diminuição na reatividade cutânea, entretanto raras pesquisas existem a respeito do assunto.²³

Um dos testes cutâneos “*in vivo*” aplicados na prática clínica é o teste de punctura ou “*prick-test*” que possibilita a pesquisa de um possível alérgeno desencadeante da alergia investigada. Eles podem ser utilizados no diagnóstico de quadros alérgicos que envolvam a resposta de hipersensibilidade imediata, IgE mediada (tipo I), como no caso da rinite, da asma, das alergias alimentares e picadas de inseto.

Ao analisar este cenário, observa-se a importância que as condições alérgicas representam na vida do idoso, sendo que os estudos nessa área são poucos, sendo assim tem-se a necessidade de compreender e analisar melhor as características epidemiológicas das hipersensibilidades presentes nesta faixa etária.

2 JUSTIFICATIVA

- Aumento progressivo da população idosa;
- Poucos estudos abordando a doença alérgica no idoso;
- Possível alteração da reatividade cutânea nos extremos da vida.

3 OBJETIVOS

A partir dos questionamentos e delimitação do objeto de pesquisa, este projeto se propôs a investigar:

Objetivo Geral

- Analisar as características epidemiológicas dos quadros de hipersensibilidade observados na população idosa atendida na especialidade de geriatria do Ambulatório de Especialidades “Governador Mário Covas” e na especialidade de Alergia e Imunologia Clínica em uma Clínica Particular de Alergia e Imunologia na cidade de Marília, assim como a resposta cutânea ao teste de leitura imediata à histamina nesta faixa etária.

Objetivos Específicos

- Analisar a prevalência dos principais quadros de hipersensibilidade (não declarados como motivo da consulta), mas presentes nos idosos atendidos no ambulatório de geriatria e analisar as principais características clínicas e sóciodemográficas destes pacientes.
- Analisar a prevalência de pacientes com 60 anos ou mais atendidos pela especialidade de alergia e a dos principais quadros de hipersensibilidade diagnosticados neste cenário.
- Analisar o grau de reatividade cutânea ao teste de leitura imediata a histamina nos pacientes idosos em relação aos adultos não idosos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com duas fases: uma descritiva analítica transversal realizada entre julho 2012 à abril 2013 e outra fase retrospectiva (análise de prontuários) realizada no mês de abril de 2013, envolvendo os seguintes cenários:

Primeiro cenário (transversal): foram abordados 106 (57,6%) de um total de 184 pacientes idosos (com 60 anos ou mais) da especialidade de geriatria do Ambulatório de Especialidades “Governador Mário Covas”, o qual está funcionando desde janeiro de 2000 e é uma das Unidades do Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, compreendendo 05 microrregiões de saúde (Marília, Assis, Ourinhos, Tupã e Adamantina), sendo este um sistema de atendimento do nível secundário, direcionado à pessoas com maior gravidade/complexidade de suas comorbidades, encaminhados pela atenção básica para este setor. São realizados no ano aproximadamente 86.000 atendimentos médicos e 13.500 atendimentos multiprofissionais nos serviços de Fonoaudiologia, Enfermagem, Nutrição e Dietética, Psicologia Hospitalar e Serviço Social.²⁴

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista estruturada com perguntas fechadas, apresentadas pelo pesquisador. Foi realizada a validação interna do questionário por 5 profissionais: um médico alergista, uma pneumologista, uma dermatologista, um otorrinolaringologista e uma enfermeira.

Neste cenário foi aplicado por uma enfermeira, sob a supervisão de um médico, uma entrevista estruturada com perguntas fechadas, envolvendo questões relativas a possíveis diagnósticos de hipersensibilidades aos idosos atendidos neste ambulatório, que aceitaram participar da pesquisa. Tal questionário (vide Apêndice B) abordou também características demográficas como condição de moradia, idade, sexo, uso de medicações, índice de fragilidade (vide Anexo I²⁵) e outras doenças etc. Os critérios de inclusão para esta amostra foram pacientes atendidos pela especialidade de geriatria, com idade igual ou superior a 60 anos, os quais tinham preservada a condição de responder à entrevista ou com acompanhantes capacitados para respondê-la.

A amostra foi obtida por conveniência, os pacientes foram selecionados de acordo com a ordem de chegada, em sequência, independente do sexo e idade.

Poucos pacientes não aceitaram participar da pesquisa, praticamente não houve perdas.

Também foi realizado nestes pacientes, um teste “*in vivo*” de leitura imediata à histamina e ao soro fisiológico utilizando-se da técnica da punctura (*prick test*) de acordo com

as recomendações do Practice Parameters for Allergy Diagnostic Testing elaborado pelas duas maiores Sociedades Americanas envolvidas com pesquisas na área da alergia e imunologia clínica: a American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI) e o American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI). O critério de exclusão para realização deste teste foi o uso de anti-histamínicos (até 7 dias antes) ou anti depressivos tricíclicos (até 30 dias antes). Os testes são realizados com controle positivo e negativo, para analisar reações alérgicas tipo I ou imediata, através da reatividade cutânea do indivíduo. O mesmo é aplicado na região ventral do antebraço, após assepsia com algodão e álcool etílico a 70%. São aplicadas 1 gota de histamina para o controle positivo e 1 gota de soro fisiológico para o controle negativo, com distância de 3 cm entre cada uma delas, posteriormente é realizado um leve toque com uma agulha hipodérmica, perpendicularmente a fim de que as substâncias sejam absorvidas pela pele. A leitura é feita após 15 minutos, sendo então mensurados os diâmetros das pápulas somando-se o maior com o menor diâmetro e dividindo-se por dois.²⁶

A leitura do *prick test* foram realizadas por duas pessoas e considerado a média do diâmetro das duas leituras.

Para análise comparativa deste teste foi realizado o mesmo procedimento num grupo controle de adultos com menos de 60 anos de idade, entre o período de 15 à 25 de abril de 2013, os quais foram alunos e funcionários da Famema que aceitaram participar da pesquisa após as orientações sobre a mesma e a assinatura do TCLE, utilizando-se para estes testes o mesmo critério de exclusão do grupo de idosos.

Segundo cenário: foram analisados prontuários de pacientes idosos atendidos pela especialidade de Alergia e Imunologia Clínica em uma Clínica Particular de Alergia e Imunologia na cidade de Marília, no mês de abril de 2013, a qual possui aproximadamente 4.400 prontuários em funcionamento há cerca de 20 anos. Neste caso, foi realizada uma pesquisa em prontuários médicos objetivando a análise da prevalência de pacientes com 60 anos ou mais, atendidos nesta especialidade assim como as principais características dos quadros alérgicos diagnosticados nestes pacientes.

A amostra desta fase da pesquisa foi obtida aleatoriamente, por meio de seleção de 1 prontuário a cada 11 prontuários em sequência, independente do sexo ou idade.

No estudo das características das doenças alérgicas, além da verificação dos principais quadros de hipersensibilidade também foram verificadas as características demográficas destes pacientes. Foi considerado como critério de inclusão para esta amostra pacientes com queixas alérgicas, previamente atendidos na clínica, tomando-se os prontuários de maneira

aleatória e selecionando-se aqueles de pacientes com 60 anos ou mais para análise mais detalhada. Também foram comparados os resultados obtidos com os descritos na literatura.

4.1 Cálculo amostral

O cálculo da amostra (n) deve fazer parte de qualquer pesquisa, para não estudarmos nem mais nem menos indivíduos do que o necessário, para obtermos uma conclusão confiável em relação ao que desejamos. Neste caso sabendo-se que na região de Marília, com uma população aproximada de 500.000 habitantes, e sabendo-se que a expectativa da prevalência de idosos na população brasileira situa-se em torno de 10%, teríamos uma expectativa de 50.000 idosos na região. Aplicando-se a fórmula a seguir:

$$n = N \cdot Z^2 \cdot p(1-p) / (N-1) \cdot d^2 + Z^2 \cdot p(1-p), \text{ onde:}$$

n = tamanho da amostra

N = o tamanho da população (50.000)

Z = o valor de tabela de distribuição normal (1,96 para uma confiabilidade de 95%)

p = a proporção esperada na população (aproximadamente 0,1 ou 10% de alérgicos idosos – de acordo com estudo prévio⁷)

d = a semi-amplitude do intervalo de confiança

Neste estudo, para a fase transversal utilizamos a amplitude de 6%, o que corresponde a um n de 95 pacientes, entretanto finalizamos o estudo com 106 pacientes.²⁷

No cálculo da amostra na etapa retrospectiva, aplicamos a mesma fórmula, entretanto, por não dispormos de uma expectativa prévia da proporção esperada de atendimentos feitos com pessoas de 60 anos ou mais, assim como das prevalências relativas aos diversos processos alérgicos, estipulamos ao p (proporção esperada) o valor de 0,5. Também o N utilizado foi de 4.400 (equivalente ao nº de prontuários arquivados na clínica), e a amplitude estabelecida foi de 5%, assim, obtivemos o N de 353. Como avaliamos um total de 400 prontuários, acima do N pré-estabelecido, concluímos ter obtido uma segura margem de confiabilidade nos resultados apresentados.

4.2 Análise estatística

Para os dados quantitativos de distribuição normal (Gaussiana) foram utilizadas médias (M) e medianas como medidas de tendência central e desvio padrão (DP) como medida de dispersão. As variáveis qualitativas (categóricas) foram expressas em números

absolutos e percentagem de todos os casos. Os dados quantitativos foram analisados pelo teste t de Student sendo considerados significativos quando $p < 0,05$.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, **protocolo nº 206/12**. Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A- após serem informados sobre a intenção, objetivos da pesquisa e forma como se daria a participação dos sujeitos, respeitando procedimentos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nesse termo houve a garantia da livre adesão à pesquisa, sigilo quanto às informações prestadas e direito de se deixar a pesquisa a qualquer momento.

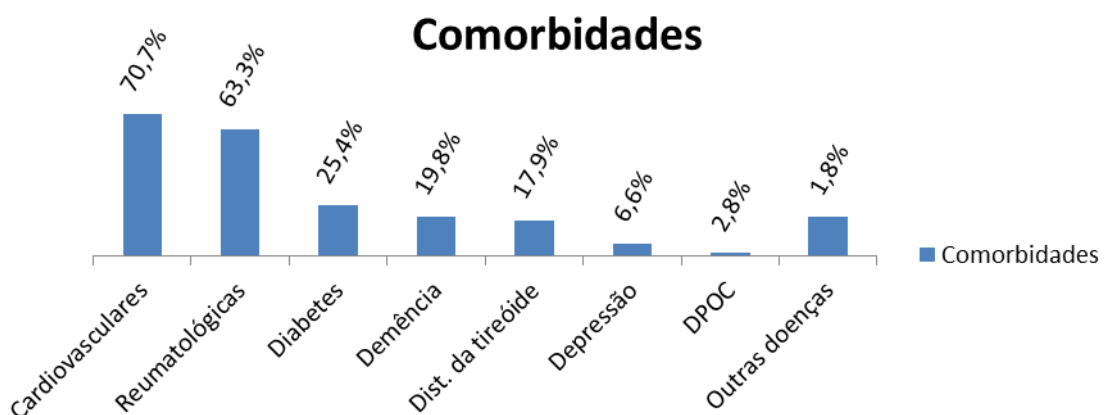
5 RESULTADOS

5.1 Fase Transversal

Foram entrevistados 106 pacientes do Ambulatório de Especialidades Governador Mario Covas, Marília/SP, atendidos pela especialidade de geriatria, entre o período de julho de 2012 à abril 2013. Destes pacientes, 17 (16%) eram do sexo masculino e 89 (84%) eram do sexo feminino; apresentaram idade entre 60 e 92 anos (M: 74,82, $\pm 8,57$ anos), 59 (56%) pacientes pertenciam ao Município de Marília e 47 (44%) pertenciam a outras cidades. Quanto ao estado civil, 49 (46%) eram viúvos, 48 (45%) casados/amasiados e 9 (9%) solteiros. Em relação à escolaridade, 70 (66%) realizaram o ensino básico, 4 (4%) realizaram o ensino médio, 31 (29%) não estudaram, e apenas 1 (1%) realizou curso superior.

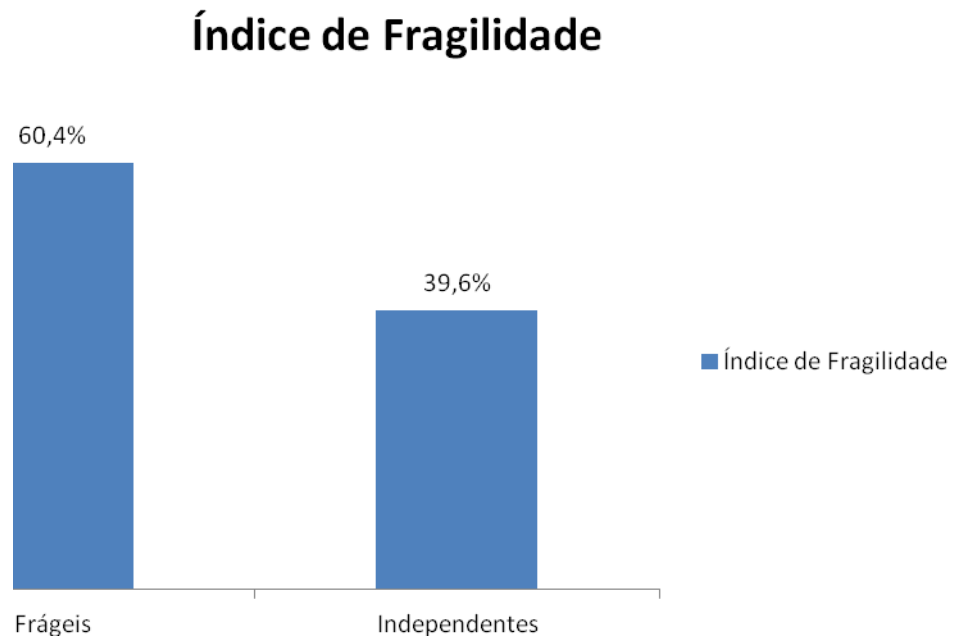
Os pacientes do ambulatório apresentaram vários tipos de comorbidades, as quais foram: doenças cardiovasculares em 75 (70,7%) pacientes, doenças reumatológicas em 67 (63,3%), diabetes em 27 (25,4%), demência em 21 (19,8%), doenças da tireoide em 19 (17,9%), depressão 7 (6,6%), DPOC em 2 (1,8%), e outras doenças estiveram presentes em 21(19,8%) pacientes (gráfico 1).

Gráfico 1 - Representa a porcentagem das comorbidades identificadas nos pacientes entrevistados. Marília. 2013



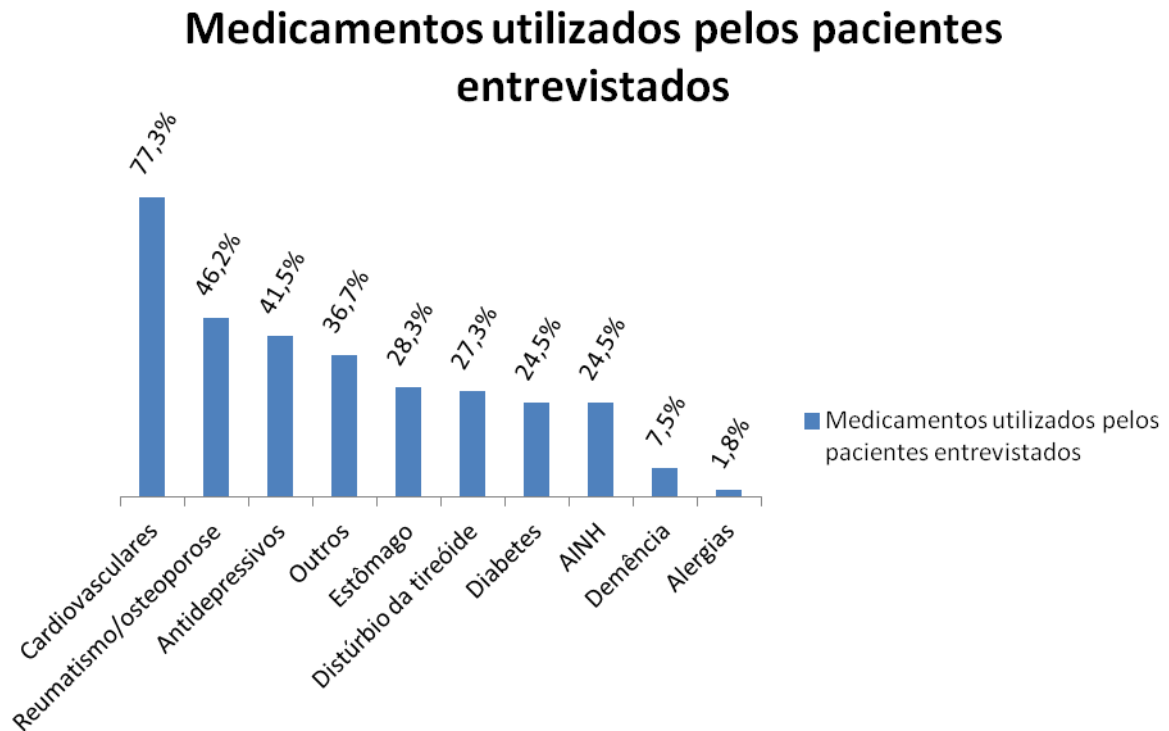
Quanto ao índice de fragilidade avaliado (vide anexo II), 64 (60,4%) dos pacientes foram classificados como frágeis, e 42 (39,6%) independentes, 90 (85%) residiam com familiares e apenas 16 (15%) moravam sozinhos (gráfico 2).

Gráfico 2 - Representa a porcentagem do índice de fragilidade dos pacientes entrevistados. Marília. 2013



Quanto ao uso de medicamentos, apenas 3 pacientes dos 106, relataram não fazer uso de medicamentos, com um número médio de medicações utilizados de 5,4 ($\pm 3,02$), ou seja, observa-se que é bastante frequente a polifarmácia na prescrição de medicamentos destes pacientes idosos. Os medicamentos utilizados por esses pacientes foram: para doenças cardiovasculares em 82 (77,3%), para tratamento de diabetes em 26 (24,5%), para tratamento de distúrbio da tireoide em 29 (27,3%), antidepressivos em 44 (41,5%), ansiolíticos em 2 (1,8%), tratamento para demência em 8 (7,5%), tratamento para reumatismo/osteoporose, excetuando-se os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) em 49 (46,2%), AINH em 26 (24,5%), tratamentos para o estômago em 30 (28,3%), tratamentos para alergias em 2 (1,8%) e 39 (36,7%) pacientes faziam uso de outros medicamentos (gráfico 3).

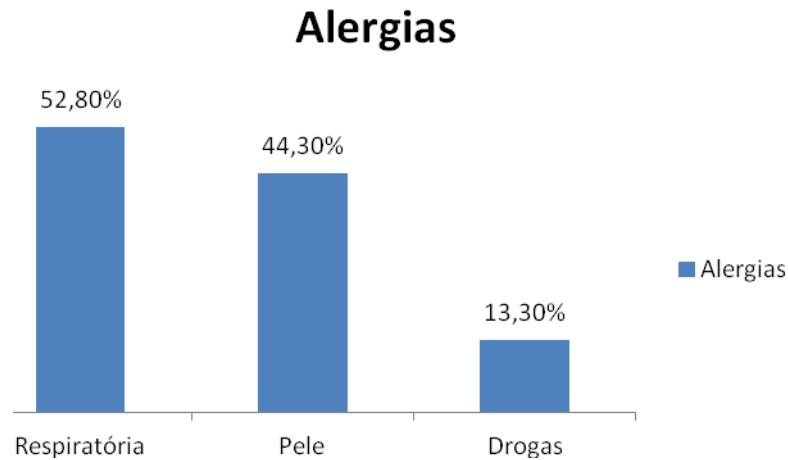
Gráfico 3 - Representa a porcentagem dos medicamentos utilizados pelos pacientes entrevistados. Marília. 2013



Em relação à ocupação atual destes pacientes, 64 (60%) eram aposentados, 29 (28%) exerciam outras atividades, 12 (11%) eram do lar e 1 (1%) atuava em construção civil. Quanto a profissão pregressa, 36 (34%) eram do lar, 4 (4%) eram agricultores, 2 (2%) eram professores, 1 (1%) trabalhava no comércio, 1 (1%) trabalhava em construção civil e 62 (58%) exerciam outras atividades.

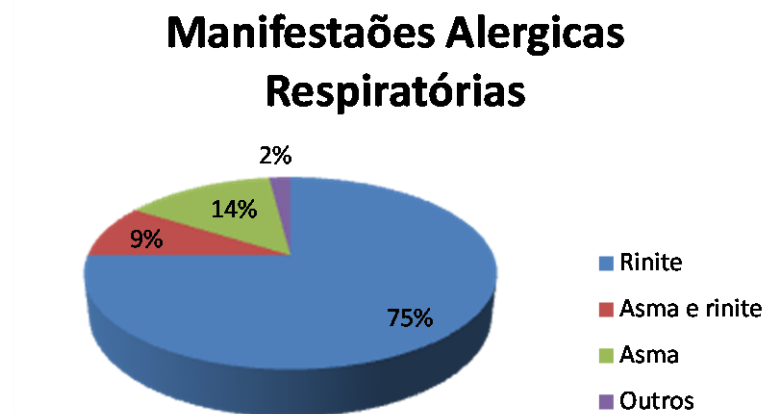
Dos 106 pacientes entrevistados 67 (63,2%) relataram manifestações alérgicas. Destes, 56 (52,8%) apresentavam algum tipo de alergia respiratória (rinite e ou asma), 47 (44,3%) queixa alérgica relativas à pele, e 14 (13,3%) foram respostas relacionadas a possível alergia à drogas (gráfico 4).

Gráfico 4 - Porcentagens das alergias identificadas nos pacientes entrevistados. Marília. 2013.



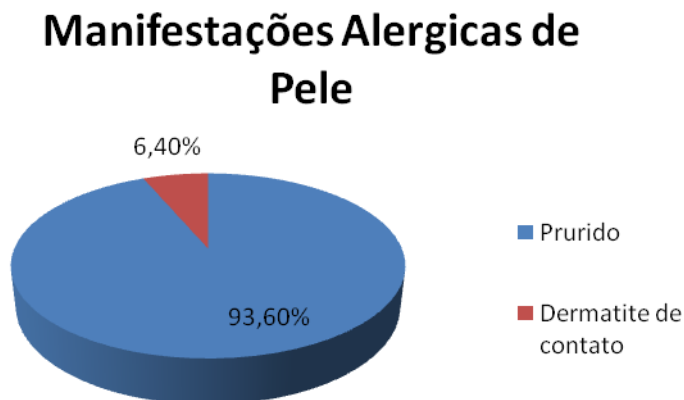
Quanto aos tipos de alergias respiratórias, foram observados os seguintes: 42 (75%) dos pacientes tinham rinite, 5 (9%) tinham rinite e asma concomitantemente, 8 (14%) tinham asma, e 1 (2%) tinha outro tipo de alergia respiratória (gráfico 5).

Gráfico 5 - Porcentagem dos tipos de manifestações alérgicas respiratórias identificadas nos pacientes entrevistados. Marília. 2013.



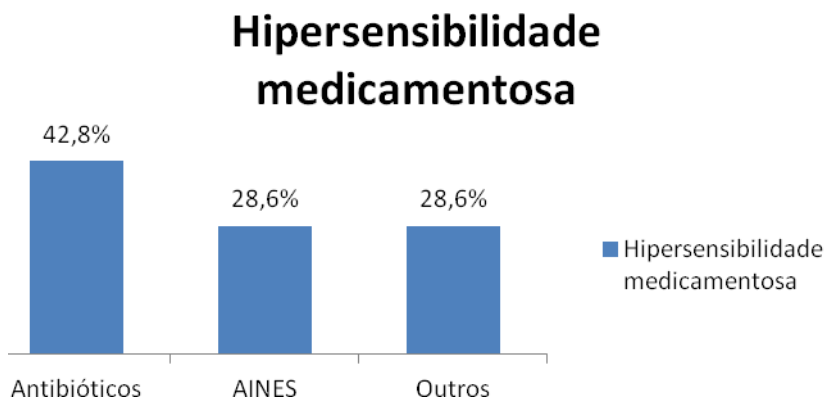
Em relação às relatadas reações alérgicas de pele, 44 (93,6%) dos pacientes relataram prurido, destes 27 (61%) tinham a pele seca (xerose); 3 (6,4%) apresentaram dermatite de contato (gráfico 6).

Gráfico 6 - Porcentagem das possíveis manifestações alérgicas de pele identificadas nos pacientes entrevistados. Marília. 2013.



Em relação aos resultados de hipersensibilidade medicamentosa, 14 (13,2%) pacientes a relataram sendo que destes, 6 (42,8%) pacientes relataram alergia à antibiótico, 4 (28,6%) hipersensibilidade a AINHS, e 4 (28%) referiram alergia à outros tipos de medicamentos (gráfico 7).

Gráfico 7 - Representa a porcentagem dos referidos medicamentos causadores de hipersensibilidade medicamentosa. Marília. 2013.



Dos pacientes analisados com doenças alérgicas, apenas 8 (11%) faziam uso de medicamentos antialérgicos, destes, 2 faziam uso de anti-histaminico, 2 de corticóide nasal, 3 da associação broncodilatador mais corticóide inalatório, e 1 de soro fisiológico nasal.

Com relação às condições de moradia destes pacientes, 46 (43%) tinham tapete ou carpete em casa, e 51 (48%) tinham animais domésticos, dentre os quais: 31 pacientes tinham cachorros, 8 tinham gatos, 11 cachorro e gato, e 1 outro tipo de animal no domicílio.

5.2 Resultados da Análise dos Testes de Punctura Cutâneo

Os testes foram realizados em 100 pacientes idosos (obtidos na mesma amostragem das entrevistas, entretanto foram excluídos os pacientes que faziam uso de anti-histaminicos e antidepressivos tricíclicos), e no grupo controle com 100 pacientes com idade entre 18 e 59 anos. Do grupo controle, os pacientes apresentaram idade entre 19 e 59 anos (M: 34,92 anos; $\pm 11,51$ anos), 78 (78%) pertenciam ao sexo feminino, 22 (22%) pertenciam ao sexo masculino. A média dos resultados dos testes de punctura no grupo de idosos foram de 5,65mm ($\pm 1,09$ mm). Neste grupo dos idosos, 84% dos pacientes eram do sexo feminino, e 17% eram do sexo masculino, com idade entre 60 e 92 anos (M: 74,82 anos; $\pm 8,57$). A média dos resultados dos testes de punctura no grupo controle foram de 5,9 mm ($\pm 2,3$ mm). Não houve diferença com significância estatística entre os resultados dos dois grupos analisados ($p < 0,05$).

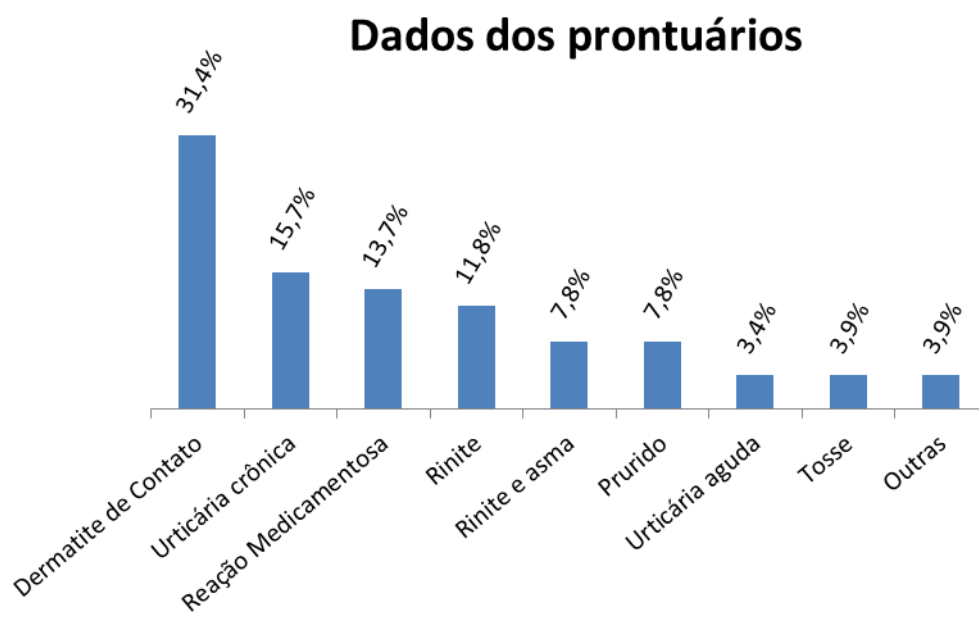
5.3 Fase Retrospectiva

Foram utilizados prontuários de 400 pacientes atendidos pela especialidade de alergias, sendo 133 (33,25%) pacientes do sexo masculino e 267 (66,75%) do sexo feminino.

Destes prontuários, 51 (12,7%) eram de pacientes com 60 anos ou mais (M: 70,15 anos; $\pm 6,59$ anos), 16 (31,4%) eram do sexo masculino, e 35 (68%) do sexo feminino.

Quanto às manifestações alérgicas destes pacientes, 6 (11,8%) foram diagnosticados com rinite, 4 (7,8%) rinite e asma, 7 (13,7%) tiveram reação medicamentosa, 8 (15,7%) urticária crônica, 2 (3,4%) urticária aguda, 16 (31,4%) tiveram diagnóstico de dermatite de contato, 4 (7,8%) apresentaram prurido, 2 (3,9%) apresentaram tosse, 2 (3,9%) tiveram outras manifestações alérgicas. Além das frequências acima relatadas, como as principais alergias destes pacientes, é interessante destacar que 14 (27,4%) pacientes apresentaram mais de uma forma de manifestação alérgica (gráfico 8).

Gráfico 8 - Tipos de alergias identificadas em prontuários de pacientes em porcentagem. Marília. 2013.



6 DISCUSSÃO

6.1 Fase transversal

Observou-se nesta pesquisa que a maior parte dos participantes eram do sexo feminino, com prevalência de 84% do total de entrevistados. Neste contexto, notamos que população feminina possui uma maior autopercepção e atenção de sua saúde comparado com a população masculina, sendo mais frequente a procura às Unidades de Saúde por mulheres. Segundo Couto²⁸, embora os estudos apontem para altas taxas de mortalidade masculina em todas as idades e para a quase totalidade das causas, quando analisadas as taxas de morbidade, a autopercepção de saúde e o uso de serviços, observa-se que as mulheres apresentam indicadores mais altos que os homens, uma vez que elas são apontadas como portadoras de mais problemas de saúde e são mais atentas na busca por atenção à saúde. O estudo também aponta para marcadas diferenças por sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal. As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres).

Observou-se que a maior parte dos entrevistados tinham nível de escolaridade baixo, 70 (66%) pacientes tinham ensino básico, 31 (29%) pacientes eram analfabetos, 4 (4%) tinham ensino médio, e 1 apenas (1%) realizou curso superior.

Quando observada a fragilidade destes pacientes, a maior parte foi classificada como frágil (60,4%) de acordo com a classificação em ANEXO II, e 39% foram classificados como independentes, 85% destes pacientes residiam com seus familiares. É muito frequente no processo de envelhecimento o aparecimento de doenças degenerativas, que podem alterar a funcionabilidade de pessoas idosas. Estudos apontam que a dependência para realização de atividades diárias tendem a aumentar em 5% na faixa etária de 60 anos, com aumento para 50% em os idosos com idade entre 90 anos ou mais, sendo estes valores maiores na presença de doenças degenerativas.²⁹

Nas morbidades observou-se que os pacientes do ambulatório apresentaram maior prevalência de doenças cardiovasculares (67,9%) e doenças reumatológicas (63,3%). Doenças cardiovasculares são umas das mais comuns identificadas durante o processo de envelhecimento, como também ocorreu em nosso estudo, e tem como fatores de risco o sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, etilismo etc. Além dos hábitos de vida,

existem também os fatores genéticos que contribuem para o aparecimento dessas doenças. No estudo de Silva ²⁹, realizado numa cidade do interior, também se observou que uma grande proporção de idosos relataram doenças cardiovasculares, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e explica que a relação entre a HAS e envelhecimento ocorre por modificações estruturais nos grandes vasos e arteríolas, como aumento da espessura da parede sanguínea pelo aumento de colágeno e diminuição do componente elástico do vaso, alterando sua funcionabilidade. Também após a aposentadoria, os idosos tendem a tornarem-se mais sedentários e aumentar a massa corporal, sendo estes dois fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

As doenças reumatológicas também apresentam-se com alta incidência na população idosa, acompanhando o envelhecimento do sistema locomotor, podendo ser osteoporose, osteoartrose, deficiência de vitaminas D etc.²⁹

Observou-se também grande prevalência de doenças neuropsiquiátricas, como demência (19,8%) e depressão (6,6%), entretanto quando questionado a estes pacientes sobre o uso de medicamentos, 44 (41,5%) faziam uso de antidepressivos. Um fato interessante nesta fase do questionário, é que quando questionado aos pacientes sobre suas patologias de base e seus medicamentos, muitas vezes estes dados não se co-relacionavam, isto é, muitos pacientes não citavam determinadas patologias cujos medicamentos lhe eram prescritos, como no caso da depressão, poucos pacientes relatavam ser portadores da mesma, entretanto grande parte dos pacientes faziam uso anti-depressivo.

Os principais medicamentos utilizados por estes pacientes foram para tratamentos de doenças cardiovasculares (77,3%), doenças reumatológicas (46,2%) e para depressão (44,5%). Poucos pacientes faziam uso de medicamentos para alergias, com um total de (1,8%), comparado com a incidência de doenças alérgicas que apresentaram (63,2%). O uso de medicamentos de uma população varia de acordo com o sexo, idade, situação econômica e demográfica. A quantidade de idosos que não fazem uso de medicação é muito pequena, variando entre 4% a 10%, o que está acima do resultado obtido em nosso estudo, pois apenas 2,83% dos pacientes referiam não fazer uso de medicação. As mulheres também apresentam maior prevalência em uso de medicamentos em relação aos homens, por relatarem piores estados funcionais, sintomas depressivos e hospitalizações.³⁰

Apesar da polifarmácia muitas vezes não ser inapropriada, pode ser um fator de risco para o idoso desenvolver reações adversas, tendo em consideração de que o envelhecimento também apresenta várias características fisiológicas que podem propiciar essas reações, como a aumento da concentração plasmática, diminuição das funções renais e hepáticas, além de um

maior tempo para metabolização do fármaco no organismo. Em nosso estudo, observou-se que os pacientes idosos faziam uso de uma grande quantidade de medicamentos, pois tiveram uma média de uso de medicamentos equivalente à 5, ou seja, a polifarmácia estava presente nas prescrições médicas destes pacientes, podendo este ser também um fator de risco para o desenvolvimento de reações adversas.

Com relação à prevalência das alergias identificadas nos pacientes entrevistados no ambulatório de geriatria, dos 106 entrevistados, 67 (63,2%) apresentavam alguma manifestação alérgica, o que representa uma quantidade considerável, sendo que estes distúrbios, apesar de não se apresentarem espontaneamente como causas motivadoras destas consultas, podem interferir de forma importante na qualidade de vida destas pessoas. Quando analisamos este cenário notamos que mais da metade dos pacientes que procuraram o ambulatório de geriatria por outros motivos apresentaram manifestações alérgicas, o que demonstra que as doenças alérgicas nos idosos não são raras, e podem afetar a qualidade de vida destas pessoas, sendo por este motivo, necessário investir mais estudos sobre doenças alérgicas nesta faixa etária.

Um estudo realizado na faculdade de Medicina da Universidade de Viena, por meio de uma pesquisa bibliográfica no MEDLINE utilizando os descritores “allergy and epidemiology”, verificou que a maioria dos resultados foram relacionados à alergias com crianças e adultos jovens. Segundo o autor, os poucos os estudos que existem sobre alergias em idosos apontam que sua incidência não é rara.³¹ Em nossa busca também houve dificuldades para encontrar pesquisas relacionadas à alergias em idosos, a maior parte das pesquisas sobre alergias também estavam relacionadas à crianças e adultos jovens. Assim como no estudo em que realizamos, com resultado de 63,2% de manifestações alérgicas em idosos, outros estudos também evidenciaram que alergias em idosos estão se tornando cada vez mais prevalentes, sendo importante o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o assunto devido o aumento progressivo da população idosa.

Também se observou em nosso estudo que as alergias respiratórias apresentaram maior prevalência nestas entrevistas, com um total de 56 (52,8%) pacientes dos 106 entrevistados. Das alergias respiratórias, a que apresentou maior prevalência foi a rinite, presente em 42 (75%) pacientes, a asma esteve presente em 8 (14%) pacientes, posteriormente rinite concomitante com asma em 5 (9%), apenas 1 (2%) paciente apresentou outro tipo de alergia respiratória. Nesta fase das entrevistas, dos pacientes que apresentaram sintomas de rinite, poucos sabiam que tinham este problema. Segundo Miyake³², no idoso, a irritação e secura nasal podem provocar piora ou prolongamento de doenças como rinite alérgica, rinite

irritativa e rinosinusites. A rinite não alérgica no idoso, ocorrida pela disfunção do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) com predomínio parassimpático, é caracterizada por coriza que pode piorar durante as refeições, por alimentos quentes e temperados, por mudanças posturais e de temperatura.

Segundo Nazar et al³³, uma das principais doenças nasosinusais nos idosos é a rinite, tanto a alérgica como não alérgica, pois apesar desta patologia apresentar maior incidência em adolescentes e pessoas mais jovens, também está se tornando comum na população idosa, estando presente a rinite alérgica em 7,8% dos pacientes entre 65-75 anos e 5,4% dos pacientes acima de 75 anos. O seu aparecimento tardio nesta faixa etária também pode ser explicado por alterações anatômicas e do sistema imune, alteração da produção de muco e tosse ineficaz. Entre principais medidas de tratamento para rinite alérgica como não alérgica são evitar o contato com os agentes desencadeantes, e umidificar a cavidade nasal com solução salina.

Pecher¹⁰ relata que asma é uma doença alérgica respiratória que pode acometer o indivíduo em qualquer faixa etária concomitantemente com a rinite ou não, embora seja mais frequente em pessoas menores de 18 anos, e em ambos os casos apresentam as mesmas características clínicas com crises de dispnéia paroxística, entretanto o idoso apresenta uma tendência a cronicidade.

No estudo de Souza et al³⁴ há uma prevalência de asma de 5,4% em idosos, em que há mesma prevalência com estudo Halty et al³⁵ de asma na terceira idade variando entre 3% e 17%. Também no estudo de Souza a prevalência da rinite foi de 4,3 %, o que está abaixo do esperado para a população geral que varia entre 5% e 22%, de acordo com Amaral et al³⁷.

Apesar da asma no idoso apresentar uma prevalência pouco diferente de outras faixas etárias, o diagnóstico muitas vezes não é evidenciado devido a idéia de que essas doenças sejam pouco frequentes nesta população. Várias doenças podem ser confundidas com a asma, e no idoso é comum ser confundida com DPOC, principalmente em pacientes fumantes, pois o tabagismo é um fator de risco para morbidade e mortalidade de asma.³⁴ Rodrigues et al³⁷ explica que o envelhecimento leva a uma diminuição das funções corporais e da resistência fisiológica, e que nos idosos, em relação à asma, a diminuição da função pulmonar e imunidade são fatores condicionantes para o aparecimento de infecções respiratórias ou de exacerbação da doença, o que pode causar maior probabilidade de internações entre os idosos.

Ribeiro et al¹³ refere que são poucos estudos a respeito de características clínicas de idosos asmáticos, e cita um estudo realizado com idosos acima de 65 com asma que conclui que pacientes que apresentavam a doença em um período maior relatavam menos queixas das

mesmas, e o autor cita também outro estudo que relata que pacientes idosos tem a percepção da dispnéia prejudicada. Analisando esta situação, observamos que existem várias características que prejudicam o diagnóstico de asma no indivíduo idoso, sendo assim talvez a prevalência dessa doença nesta faixa etária possa ser maior do que é observado rotineiramente.

As manifestações cutâneas sugestivas de alergias também foram um dos principais aspectos identificados nos pacientes entrevistados, observadas em 47 (44,3%) pacientes. Destes, apenas em 3 (6,4%) pacientes identificou-se dermatite de contato, e 44 (93,6%) apresentaram prurido. Dos pacientes que relataram prurido, 27 (61%) apresentaram pele seca, segundo avaliação do entrevistador. De acordo com estudo realizado por Duarte¹⁵, cerca de 60% dos pacientes que apresentaram dermatite de contato de evolução aguda, com menos de 15 dias de história clínica, mostraram que a dermatite de contato em idosos não estava relacionada apenas à sensibilização crônica e que, provavelmente, fatores ambientais e hábitos recentes favoreceram a sensibilização.

Em relação ao prurido, é uma manifestação muito comum na população idosa, com ou sem *rash*, sendo a pele seca a principal causa deste sintoma, entretanto é necessário observar se as causas do prurido não são de outra origem, como medicamentosa, psicogênico, doenças sistêmicas, etc. A xerose (pele seca) também é bastante comum indivíduos acima de 60 anos, principalmente em regiões como as pernas, devido a diminuição da atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas nesta faixa etária. A dermatite atópica também é um tipo de alergia cutânea, entretanto apresenta uma prevalência menor em indivíduos idosos do que em crianças e adultos, e está relacionada a fatores como idade, sexo e a natureza do alérgeno.³⁸

Foi realizado um estudo no Ambulatório Geral do Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 2006, sobre prevalência de dermatoses em pacientes de 4ª idade; foram examinados 210 pacientes, que tiveram a média de idade de 84 anos. Destes pacientes, 10 apresentaram prurido, 10 apresentaram xerose e 4 pacientes apresentaram dermatite de contato, entre um total de 12 dermatoses identificadas, sendo a mais prevalente a ceratose actínica, presente em 48 pacientes. O autor também relata que a xerose é uma característica da pele do idoso e que pode ter influência genética (história de dermatite atópica e ictiose). É mais comum em regiões do tronco, membros superiores e inferiores, e é uma das principais causas do prurido.³⁹

Em relação às reações medicamentosas, observou-se que a hipersensibilidade medicamentosa esteve presente em 14 (13,2%) dos pacientes entrevistados. Destes, 6%

apresentaram reação à antibióticos, 4% apresentaram reação à AINHS e 4% reação à outros tipos de medicamentos.

Dentre os medicamentos que causam reações alérgicas, destaca-se a penicilina, e isso pode ser parcialmente explicado pela exposição prévia dos indivíduos à tais medicamentos ou a produtos que contenham penicilina, tais como alimentos provenientes de animais tratados e vacinas contendo antimicrobianos.⁴⁰

A prevalência de hipersensibilidades a drogas é de 7% na população em geral, um valor abaixo comparado com o resultado obtido em nosso estudo, que foi de 13,2%. E essas reações representam 15% das reações adversas medicamentosas (RAM), sendo os principais medicamentos causadores dessas reações os antibióticos e os AINHS.⁴¹

De acordo com Bernd¹⁹, reações alérgicas e pseudo-alérgicas representam aproximadamente 25% das reações adversas a medicamentos e são comumente observadas em ambulatórios de alergia e clínica o que está de acordo com nossos achados visto que quando analisada a fase retrospectiva deste trabalho, ou seja, a análise dos prontuários, verificamos que a reação medicamentosa constituiu-se numa causa relativamente frequente entre os motivos dos atendimentos realizados na clínica de alergia pesquisada.

De acordo com Campos-Fernandes et al⁴², entre 2% a 6% do pacientes que realizam algum tipo de tratamento apresentam reações cutâneas adversas a medicamentos, 95% dos casos são erupções não urticariformes e 5% urticária, e os principais medicamentos que provocam esta reação são os antimicrobianos e os anti-inflamatórios não esteróides. Foi realizado um estudo coorte em uma unidade de terapia intensiva durante um período de oito meses e avaliado reações cutâneas adversas medicamentosas. Os autores apontam que os principais fatores de risco para estas reações são: ser do sexo feminino, obesidade, idade superior a 60 anos e alguma disfunção do sistema imune. Foram internados 190 pacientes durante o período do estudo, 22 (11,6%) apresentaram reação cutânea adversa medicamentosa, destes 45% eram pacientes com idade superior a 60 anos.

6.2 Testes Cutâneos

Para os testes cutâneos, observou-se que em ambos os grupos (controle e idosos) tiveram um pareamento para o s exo com predomínio do sexo feminino nos dois grupos.

De acordo com Motta et al²⁵, existiria uma variação dos resultados do prick-test quando relacionado com a idade, devido as alterações de IgE durante o processo do envelhecimento, sendo que em crianças a reatividade cutânea é 60% menor quando comparada com o de um

adulto, com progressivo declínio após o 50 anos, e aos 71 anos de idade apresenta resultado de cerca de 73% de um indivíduo adolescente.

Observou-se que, para o teste de punctura à histamina, os resultados encontrados foram semelhantes, não havendo diferença com significância estatística entre o grupo de pacientes com menos ou mais de 60 anos. Isto demonstra que a reatividade cutânea a histamina no grupo de pacientes estudados está preservada, o que a princípio difere da literatura.

Há de se ressaltar que neste trabalho os testes foram aplicados em uma faixa etária não tão extrema da vida, o que pode ter motivado o não encontro da suposta diminuição da resposta cutânea, de acordo com o observado na literatura.

6.3 Fase Retrospectiva

Na análise retrospectiva dos prontuários, também se observou que na amostra a maior parte dos pacientes pertenciam ao sexo feminino, sendo o total de 267 (66,75%) pacientes, e 133 (33,25%) pertenciam ao sexo masculino.

Dos 400 prontuários analisados, 51 (12,7%) eram de pacientes com 60 anos ou mais (M: 70,15 anos; \pm 6,59 anos). Sendo que nesta faixa etária, pacientes do sexo feminino foram mais prevalentes, com o total de 35 (68,6%) mulheres, e 16 (31,4%) homens.

Observamos que as alergias mais frequentes nos idosos, diagnosticadas nestes prontuários foram dermatite de contato, presente em 16 (31,4%) prontuários, alergias respiratórias ocorreram em 10 (19,6%), seguido de urticária crônica, presente em 8 (15,7%), reação medicamentosa esteve presente em 7 (13,7%), 2 (3,9%) prontuários tinham diagnóstico de prurido, e 2 (3,9%) prontuários apresentaram outras queixas de alergias.

Apesar da dermatite de contato ser um problema pouco verificado no atendimento geral no âmbito da geriatria, quando ela manifesta-se, este problema torna-se um dos principais motivadores que leva o paciente a procurar o especialista no campo da alergia. Em compensação, apesar das alergias respiratórias serem relatadas por 52% dos entrevistados (ambulatório de geriatria), elas constituem apenas 19,6% dos fatores motivadores que levam o idoso a procurar o especialista em alergia. Outro fato a se destacar seria que entre as alergias respiratórias, a rinite tem uma prevalência muito maior do que a asma em ambos os cenários. Este fato pode significar que além da prevalência da rinite ser maior em relação à asma, muitos casos de asma podem estar sendo conduzidos diretamente pela especialidade de pneumologia. Para tirarmos conclusões mais exatas a este respeito seriam necessários mais trabalhos, inclusive enfocando o atendimento por outras especialidades afins como a

peumologia, a dermatologia e a otorrinolaringologia. Outro aspecto importante a ser comentado é que o quadro de rinite observado nesta faixa etária em grande parte foi caracterizado como rinite não alérgica cuja manifestação clínica traduziu-se mais em obstrução e coriza ao invés de prurido nasal e espirros; neste caso a obstrução nasal pode vir acompanhada de roncos noturnos dificultando a respiração e o sono, o que muito frequentemente leva ao comprometimento da qualidade de vida do paciente e até das pessoas que compartilham pelo mesmo ambiente.

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados observou-se que os idosos tiveram uma considerável prevalência de manifestações alérgicas que podem interferir em sua qualidade de vida. Os principais quadros identificados foram: alergias respiratórias com destaque para a rinite, sendo esta muitas vezes com características não alérgicas. Também se sobressaíram a dermatite de contato e a hipersensibilidade medicamentosa com destaque para os AINHs e antibióticos, além do prurido que poderia estar relacionada à alta prevalência da pele seca (xerose) nesta faixa etária.

Em relação aos TPC, observou-se que os idosos e o grupo de controle apresentaram resultados próximos, não havendo diferença com significância estatística entre os mesmos. Atualmente no Brasil, existem poucos estudos sobre reatividade cutânea à histamina em idosos, e em nível internacional também são muito poucos.

Apesar de doenças alérgicas apresentarem maior incidência na população mais jovem, futuramente será um problema maior para os idosos, pois com o aumento da expectativa de vida e diminuição da fecundidade, estes pacientes que apresentam alergias atualmente permanecerão com a doença até a senilidade, pois a alergia é uma doença de baixa mortalidade e alta morbidade.

Pelos poucos estudos sobre alergias em idosos, e devido ao crescimento exponencial desta faixa etária no Brasil são necessários mais estudos direcionados a esta área.

REFERÊNCIAS

1. Costa MFL, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):700-1.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):184-200.
3. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes no centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-8.
4. Marques LAM, Rascado RR, Veiga SO, Santos MG, Camilo LY, Diniz MC, Gehring PAF, Martini TEB, Oliveira WF, Oliveira CF. Assistência à saúde do idoso integrante da UNATI (Universidade Aberta da Terceira Idade) da UNIFAL-MG. UDESC em Ação [Internet]. 2010 [citado 20 jan 2012]; 4(1):[cerca de 10 p.]. Disponível em: http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/viewFile/1840/pdf_30.
5. Andrade MA, Silva MVS, Freitas O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. *Semina Cienc Saúde*. 2004;1(25):55-63.
6. Cardona V, Guilarte M, Luengo O, Labrador-Horrillo M, Anna Sala-Cunill A, Garriga T. Allergic diseases in the elderly. *Clin Transl Allergy*. 2011;1(11):1-10.
7. Ángeles MB, Merino CLV, Garay UA, Moctezuma LEA, Guízar EV. Prevalencia de enfermedades alérgicas en adultos mayores. *Rev Alerg Mex*. 2008;55(3):85-91.
8. Ventura MT, D'Amato A, Giannini M, Carretta A, Tummolo RA, Buquicchio R. Incidence of allergic diseases in an elderly population. *Immunopharmacol Immunotoxicol*. 2010; 32(1):165-70.
9. Ewers I, Rizzo LV, Kalil Filho J. Imunologia e envelhecimento. *Einstein*. 2008;6(Supl 1):13-20.
10. Pecher AS. Asma brônquica no idoso. *Rev Para Med*. 2007;21(3):1-5.
11. T-Ping C, Pizarro GU, Weckx LLM. Conduitas na rinite alérgica. *Rev Bras Clin Terap*. 2005; 31(1):35-44.
12. Batista VAB. Asma do idoso: diagnóstico, classificação e tratamento [dissertação]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2011. 93 p.
13. Ribeiro TEL, Silva ECF, Meneses SLS, Lopes AJ. Correlação dos achados clínicos com os parâmetros funcionais em idosos portadores de asma. *Rev Port Pneumol*. 2009;15(6):1029-41.
14. Sameer K, Mathur MD, Sameer K. Mathur, MD. Allergy and asthma in the elderly. *Semin Respir Crit Care Med*. 2010;31(5):587-95.
15. Duarte I, Kobata C, Lazzarini R. Dermatite de contato em idosos. *An Bras Dermatol*. 2007;82(2):135-40.

16. Motta AA, Aun MV, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Dermatite de contato. *Rev Bras Alerg Imunopatol.* 2011;34(3):73-82.
17. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(1):136-40.
18. Teixeira JJV, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(2):207-13.
19. Bernd LAG. Alergia a medicamentos. *Rev Bras Alerg Imunopatol.* 2005;28(3):125-32.
20. Jonhson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Arch Intern Med.* 1995;155(18):1949-56.
21. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:735-43.
22. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública.* 1999;33(5):437-44
23. Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, Hamilton R, Spector SL, Tan R, Sicherer S, Golden BK, Khan DA, Nicklas RA, Portnoy JM, Blessing-Moore J, Cox L, Lang M, Oppenheimer J, Randolph CC, Schuller DE, Tilles SA, Wallace DV, Levetin E, Weber R. Allergic diagnostic testing: an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008;100:S1-148.
24. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto educacional Famema [Internet]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2013. [citado 10 jul 2013]. Disponível em: http://www.famema.br/assistencial/mario_covas/
25. Winograd CH, Geret MB, Chung M, Goldstein MK, Domingues F Jr, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriat Soc.* 1991;39(8):778-84.
26. Motta AA, Kalil J, Barros MT. Testes cutâneos. *Rev Bras Alerg Imunopatol.* 2005;28(2):73-83.
27. Carvalho SMR, Castro AA. Projeto de pesquisa (parte VIII - método estatístico / cálculo do tamanho da amostra). In: Castro AA. Planejamento da pesquisa [Internet]. São Paulo: 2001. [citado 2012 fev 23]. Disponível em: http://www.evidencias.com/planejamento/pdf/lv4_10_tamanho.pdf
28. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comun Saúde Educ.* 2010;14(33):257-70.
29. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Cienc Saúde Coletiva.* 2013;18(4):1029-40.

30. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):717-24.
31. Wöhrl S, Stingl G. Underestimation of allergies in elderly patients [letter]. *Lancet*. 2004;363(9404): 249.
32. Miyake MAM. Afecções otorrinolaringológicas no idoso: o impacto da “polifarmácia”. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2012;11(3):83-91.
33. Nazar RS, Pardo JJ. Patología nasosinusal benigna en el adulto mayor. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2011;22(1):20-30.
34. Souza LNS, Volquind GG, Lazzari CA. Tratamento de asma no idoso atendido em uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre. *Momento & Perspectiv Saúde*. 2005;18(2):29-34.
35. Halty L, Huntner M, Neto, IO. Epidemiology of asthma, rhinitis and cigarette smoking in grade school students. *Chest*. 1993;103(Suppl 3):270s.
36. Amaral R, Fuchs FD. Antiasmáticos. In: Fuchs FD, Wannamacher L, Ferreira MBC, editores. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006. p. 769-86.
37. Rodrigues PCO, Ignotti E, Rosa AM, Hacon SS. Distribuição espacial das internações por asma em idosos na Amazônia brasileira. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(3):523-32.
38. Dinato SLM, Oliva R, Dinato MM, Macedo-Soares A, Bernardo WM. Prevalência de dermatoses em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(6):543-7.
39. Sittart JAS, Zanardi FHT. Prevalência das dermatoses em pacientes da 4ª idade. *Rev Soc Bra Clin Med*. 2008;6(4):125-9.
40. Nagao-Dias AT, Barros-Nunes P, Coelho HLL, Solé D. Reações alérgicas a medicamentos. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(4):259-66.
41. Ensina LF, Fernandes FR, Di Gesu G, Malaman MF, Chavarria ML, Bernd LAG. Reações de hipersensibilidade a medicamentos. *Rev Bras Alergia Imunopatol*. 2009;32(2):42-7.
42. Campos-Fernández MM, Ponce-de-León-Rosales S, Archer-Dubon C, Orozco-Topete R. Incidence and risk factors for cutaneous adverse drug reactions in an intensive care unit. *Rev Invest Clin*. 2005;57(6):770-4.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DAS ALERGIAS E REATIVIDADE CUTÂNEA EM IDOSOS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROF. DR. ZAMIR CALAMITA

INVESTIGADOR/COLETA: LILIAN DIAS DOS SANTOS ALVES

O nosso sistema imunológico, também conhecido como sistema de defesa do organismo, está preparado para nos defender dos possíveis agressores externos, principalmente as infecções, através da produção de diversas substâncias, entre as quais os anticorpos, que irão se contrapor aos agentes infecciosos agressores, principalmente bactérias, vírus e fungos. As doenças alérgicas seriam aquelas em que nosso sistema imunológico reage de forma inadequada (“exagerada”) a uma substância considerada não agressora, por exemplo, um remédio a ser utilizado em doses terapêuticas (“doses normais”) ou a um componente da poeira de casa (por exemplo, ao ácaro) produzindo quadro de alergias respiratórias como rinite ou bronquite asmática.

Você está declarando, por meio deste termo, que concorda em ser entrevistado(a) participando da pesquisa referente ao projeto/pesquisa intitulado: “Características epidemiológicas de alergias e reatividade cutânea em idosos. Afirma que aceitará participar por suas própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Você será informado(a) que os objetivos do estudo são estritamente acadêmicos. Esclarecemos que o uso das informações por você oferecidas estão submetidos a normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Ética e Pesquisa.

Sua colaboração se fará anônima, por meio de entrevista estruturada, a ser respondida a partir da assinatura desta autorização assim como a permissão para a realização de um teste cutâneo. Este teste cutâneo consiste em aplicação de duas gotas, sendo a primeira de uma substância chamada soro fisiológico e a outra denominada histamina na face anterior do antebraço, com distância de aproximadamente 5 cm ente cada gota, com posterior realização

Rubrica do Sujeito Pesquisa	Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do Presidente CEP
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------

de um leve toque com uma agulha fina na superfície do antebraço (discretamente em cima do local onde foram colocadas cada uma das gotas de histamina e soro fisiológico). A agulha tocará a pele muito rapidamente e superficialmente utilizando-se para tal uma agulha muito pequena e fina (também chamada de agulha de insulina). Vinte minutos após este teste procedimento é habitual a formação de uma pequena pápula eritematosa e pruriginosa, ou seja, uma pequena reação vermelha que costuma coçar um pouco no local da histamina; estas reações serão mensuradas (com uma régua) após este tempo.

É importante dizer que este procedimento não trás qualquer tipo de risco a sua saúde e será realizada por uma enfermeira habilitada com supervisão médica utilizando-se para tal todas as normas técnicas de antissepsia exigidas. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e seu orientador. É também lhe informado (a) de que poderá retirar-se deste estudo/pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o seu acompanhamento e sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Você está sendo atestado o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de ética e Pesquisa.

Eu, _____, RG _____, declaro ter recebido as devidas informações e concordo em participar do referido estudo.

Marília-SP, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante
Ou responsável

Enfª Lilian Dias dos Santos Alves
COREN-SP: 233074
RG: 41.396.677-X
TEL: (14)3402 1744
E-mail: liliandias@famemabr

Prof. Dr. Zamir Calamita
RG: 13.483.556
CRM: 54141
TEL: (14) 3402 1744
E-mail: zcalamita@ig.com.br

APÊNDICE B

Questionário para investigação de alergias em idosos

Suas respostas irão possibilitar a realização da pesquisa intitulada: “Características epidemiológicas das alergias e reatividade cutânea em idosos”. Só terão acesso a estas informações os pesquisadores envolvidos com o projeto.

Data:../.../..... Nome:.....Sexo:....Idade:.....

D. Nasc../.../...Escolaridade:.....Situação profissional atual e pregressa:.....

Est. civil:.....End.....Cidade(Est):.....(..)Fone:.....

Doença(s) ou queixa principal(s):.....

D. secundárias:.....

Medicamentos em uso:.....

Condições de moradia: ()carpete na casa ()animais domésticos:.....

()casa pouco arejada ()mofo nas paredes ()outros dados importantes:.....

1 - Com quem mora: ()só ()esposa ()esposa e filhos (e ou outros familiares) ()outras pessoas como p. ex. cuidadores não da família ()asilo ()outra situação, especificar.....

2 - Fragilidade (vide anexo 2): ()independente ()frágil ()gravemente comprometido

3 - Você tem alguma alergia? ()não ()sim, qual:.....

4 - Alguém na família tem alguma alergia ()não ()sim, qual?.....

Perguntas sobre a RINITE:

5 - Você tem rinite alérgica (crises caracterizadas por algum destes sintomas: espirros, prurido nasal, coriza ou congestão nasal, mesmo sem estar resfriado ou gripado)? ()não ()sim

5 (a) – () Não diagnosticado por médico () Diagnosticado por médico

Caso a resposta seja sim ou haja dúvida (incerteza na resposta) responder as perguntas 6 a 11.

6 - Fatores desencadeantes: ()poeira ()perfumes ou outros irritantes como produtos de limpeza, fumaça, etc. ()pelo de animais ()mudanças de temperatura ()outros:.....

7- Assinalar os dois principais sintomas: ()coceira nasal ()espirros ()congestão nasal
()coriza

8 - () Não frequente: ã interfere ativ. diária/ sono () Frenquente: interfere atividades diárias/sono

9 - São acompanhadas de COCEIRA nos: ()olhos ()garganta ()ouvido ou
()SINUSITE

10 - Tratamento para rinite:

()com acompanhamento médico usando.....

()sem acompanhamento médico usando:.....

Perguntas sobre a ASMA:

12 - Você tem asma (bronquite alérgica), isto é crises de tosse ou “chiado no peito”, às vezes sensação de aperto no peito ou falta de ar (em geral com piora noite) não relacionada com o tabagismo ou com problemas cardíacos? ()não ()sim

Caso a resposta seja sim ou haja incerteza responder as perguntas 12 (a) a 20:

12 (a) – () Não diagnosticado por médico () Diagnosticado por médico

13 - Início das crises: ()infância ou adolescência ()na vida adulta até 65 anos ()após 65 anos

14 - Fatores desencadeantes: ()poeira ()perfumes ou outros irritantes como produtos de limpeza, fumaça, etc. ()pelo de animais ()mudanças de temperatura ()outros:.....

15 - Quanto ao tabagismo: ()nunca fumou ()Parou de fumar há mais de 2 anos ()parou de fumar há menos de 2 anos ()fumante ()fumante passivo por mais de 10 anos

16 - () Não controlada () Controlada

17 - Tratamento:

- () com acompanhamento médico usando:.....
 () sem acompanhamento médico usando.....

18 - Tem refluxo gastroesofágico? () não () não sei () sim, tratamento:.....

19 - Usa anti-hipertensivo (AH)? () Não () Sim, quais:.....

20 - Se a resposta acima for sim, responda se os sintomas apareceram após o AH? () não
 () sim

Perguntas sobre ALERGIAS NA PELE:

21 - Tem alguma alergia ou coceira na pele? () não () sim () sim, porém apenas coceira, sem reação visível

Caso a resposta acima seja apenas sim responda as perguntas 21 (a) a 29:

21 (a) – () Não diagnosticado por médico () Diagnosticado por médico

21 (b) – Tem pele seca? () não () sim

21 (c) – Avaliação do entrevistador quanto a pele seca: () não () sim

22 - A alergia é do tipo urticária e ou angioedema (inchaço na face p. ex. lábios e região peri orbicular) com formação de placas vermelhas e vergões com coceira em geral fugazes (desaparecendo em até 24 horas) com reaparecimento em outros locais. () não () sim

24 - Existe algum fator desencadeante: () não () sim, qual?.....

25 - Ela existe há mais que 6 semanas? () não () sim

26 - A alergia é do tipo dermatite, isto é eritema (mancha vermelha) com coceira, que permanece no local por mais de 2 dias podendo formar vesículas (pequenas bolhas) ou bolhas que evoluem para descamação e as vezes espessamento da pele () não () sim

27 - Locais do corpo atingido pela dermatite:.....

28 - Fatores desencadeantes da a dermatite:.....

29 - Algum outro tipo de alergia de pele, tentar especificar o tipo e os fatores desencadeantes:

.....

29 (a) – () Não faz acompanhamento médico () Faz acompanhamento médico

Pergunta sobre reação MEDICAMENTOSA:

30 - Você tem ou teve alguma alergia medicamentosa: () não () sim, especificar o(s) medicamento(s) e o tipo de reação:.....

.....

30 (a) – () Não diagnosticado por médico () Diagnosticado por médico

Pergunta sobre alergia ALIMENTAR

31 - Você tem ou teve alguma alergia alimentar? () não () sim, especificar o(s) alimento(s) e o tipo de reação:.....

31 (a) – () Não diagnosticado por médico () Diagnosticado médico por

OUTRAS ALERGIAS OU INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

32 - Você tem algum outro tipo de alergia ou alguma outra informação que queira registrar?.....

.....

.....

.....

ANEXO I

**SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 06 de Março de 2012

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Lilian Dias Dos Santos Alves
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 206/12, intitulado: "Características Epidemiológicas das Alergias e Reatividade Cutânea em Idosos", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/03/2012, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

ANEXO II

SCREENING DE FRAGILIDADE IDOSOS

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

Independente

Independente em todas as atividades diárias com curto tempo de doença aguda (ex pneumonia)

Frágil (pelo menos um dos seguintes critérios):

Acidente Vascular Cerebral

Doença Crônica e Incapacitante

Confusão

Dependência das atividades diárias

Depressão

Quedas

Mobilidade Comprometida

Incontinência

Desnutrição

Polifarmacia

Escala de pressão

Acamado

Restrições

Deficiência sensorial

Problemas familiares e socioeconômicos

Gravemente Comprometido

Doença terminal

Dependência importante das atividades diárias.

Adaptado de Winograd et al, 1991²⁵