



Prevalência da síndrome de sobreposição de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (ACOS) em idosos

Prevalence of asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome (ACOS) in elderly patients

Antônio Carlos Maneira Godinho Netto, MD, MSc¹; Túlio Gonçalves dos Reis²;
Cássia Franco Matheus²; Tamara Aarestrup de Freitas²; Fernando Monteiro Aarestrup, MD^{1,3}

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência da síndrome de sobreposição de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (*asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome*, ACOS) em idosos. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional transversal, com amostra composta por 202 idosos, sendo 147 mulheres e 55 homens, que responderam a questionário baseado no módulo de asma do *International Study of Asthma and Allergies in Children* (ISAAC) modificado para o idoso, e foram avaliados de acordo com critérios estabelecidos pelo *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) para diagnóstico de DPOC. **Resultados:** Dos 202 pacientes, 11,3% apresentaram asma definitiva; 5,4% asma provável; 9,9% DPOC; e 6,4% síndrome da sobreposição de asma e DPOC. Dentre os pacientes idosos, a frequência de ACOS foi maior em pacientes na faixa etária de 60 a 69 anos (10,6%), e em mulheres quando comparadas aos homens (6,8 e 5,4%, respectivamente). **Conclusão:** No grupo estudado, houve uma prevalência de ACOS semelhante à relatada em estudos em outros países do mundo, reforçando a necessidade de realizar diagnóstico correto, para propiciar melhor qualidade de vida aos idosos.

Descritores: Idoso, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, questionários.

¹ Faculdade de Medicina Suprema, Juiz de Fora, MG.

² Estudantes da Faculdade de Medicina Suprema, Juiz de Fora, MG.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF, Juiz de Fora, MG.

Correspondência para:
Antonio Godinho Netto
E-mail: acmgn@hotmail.com

ABSTRACT

Objectives: To assess the prevalence of asthma-chronic obstructive pulmonary disease (COPD) overlap syndrome (ACOS) in elderly patients. **Methods:** An observational cross-sectional study was performed with 202 elderly patients (147 females and 55 males) who answered a questionnaire based on the asthma module of the *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) test, modified for elderly patients, and were evaluated according to criteria set forth by the *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) for the diagnosis of COPD. **Results:** Of the 202 patients, 11.3% had definite asthma, 5.4% had probable asthma, 9.9% had COPD, and 6.4% had ACOS. Among the elderly patients assessed, the frequency of ACOS was higher in patients aged 60 to 69 years (10.6%) and in females when compared to males (6.8 vs. 5.4%, respectively). **Conclusion:** The present study showed a prevalence of ACOS similar to that reported in studies conducted in other countries, reinforcing the need for an accurate diagnosis, so as to improve the quality of life of the elderly.

Keywords: Elderly, asthma, COPD, questionnaires.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Submetido em: 13/08/2015,
aceito em: 19/07/2016.

INTRODUÇÃO

A coexistência de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é conhecida como síndrome de sobreposição de asma e DPOC (*Asthma COPD Overlap Syndrome* ACOS), sendo sua maior ocorrência entre os idosos. Pacientes com ACOS podem ter progressão mais rápida da doença e exacerbações mais frequentes, se comparados a indivíduos que têm apenas uma das duas doenças. Tal coexistência agrava a asma independente do nível de obstrução, levando a um maior número de exacerbações e, por consequência, pior qualidade de vida para o paciente idoso¹.

Em um estudo realizado com pacientes previamente diagnosticados com asma, com idades entre 41 e 79 anos, constatou-se que a frequência de ACOS foi de 37,9%, sendo a faixa etária de maior prevalência a de 70 anos². Em outro estudo, em que um questionário foi aplicado por telefone a uma quantidade de indivíduos maior que 8.000 sem diagnóstico prévio de doença obstrutiva (seleção aleatória), a prevalência de ACOS foi de 1,6% na faixa de 20 a 44 anos; 2,1% na de 45 a 64 anos; e 4,5% na de 65 a 84 anos, o que indica que tal associação é mais comum entre os idosos³.

A síndrome de sobreposição de asma e DPOC tem sido negligenciada na maior parte dos estudos, uma vez que, quando o foco do estudo é a asma, a população alvo das análises tem sido, predominantemente, a infantil, o que praticamente exclui a DPOC. Outro problema em relação à prevalência da ACOS são as dificuldades relacionadas ao diagnóstico de asma no idoso. Isso se deve ao aspecto atípico dos sintomas no paciente geriátrico e à sua percepção alterada, uma vez que esses sintomas são, na maior parte das vezes, atribuídos à idade avançada⁴⁻⁷.

Além disso, tais dificuldades devem-se, também, ao grande número de comorbidades com sintomas semelhantes à doença, como DPOC, insuficiência cardíaca congestiva, doença do refluxo gastroesofágico e alterações espirométricas do envelhecimento. O questionamento sobre a presença de diagnóstico médico de asma é a informação mais específica, pois em geral está associado à ocorrência de visitas médicas frequentes, que são mais comuns nessa faixa etária⁸⁻¹².

Diante dessas particularidades, a maioria dos estudos que avaliam prevalência de asma em idosos utiliza questionários de autoavaliação, que consideram asma definitiva apenas quando o paciente responde positivamente à pergunta sobre diagnóstico prévio da doença feito por um médico, e asma provável quando há respostas positivas a questões sobre ocorrência de sibilos e outros sintomas respiratórios nos últimos 12 meses¹²⁻¹⁶.

No presente estudo, utilizamos o questionário do *International Study of Allergies and Asthma in Children*

ISAAC¹⁷ modificado para idosos, e parâmetros estabelecidos pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* GOLD¹⁸ para o diagnóstico de DPOC, a fim de avaliarmos a prevalência de ACOS em idosos com mais de 60 anos.

MÉTODOS

Desenho epidemiológico e população estudada

Trata-se de um estudo observacional transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional da Faculdade Suprema, sob o parecer nº 791.992, de 26/08/2014, com amostra composta por 202 idosos, sendo 147 mulheres e 55 homens, selecionados dentre aqueles atendidos no ambulatório de especialidades do Hospital e Maternidade Teresinha de Jesus da Faculdade de Medicina Suprema em Juiz de Fora, Minas Gerais.

Atendendo a critérios de exclusão, não participaram do estudo idosos com insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV, demência, doença de Parkinson ou sequela de AVC, aqueles que fazem uso crônico de corticosteroides sistêmicos ou com doenças que acarretam imunodeficiência, além daqueles que não concordaram em ser investigados.

Todos os voluntários, ao aceitarem ser avaliados para este estudo, leram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional da Faculdade Suprema, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Pesquisa.

Procedimento de coleta e análise de dados

Para o diagnóstico de asma, foi utilizado como base o questionário original do módulo asma do ISAAC, que considera como asma a resposta positiva a qualquer uma das três perguntas abaixo:

- 1) Alguma vez na vida você teve sibilos (chiado no peito)?
- 2) Nos últimos 12 meses, você teve sibilos (chiado no peito)?
- 3) Alguma vez na vida você já teve asma ou bronquite?

Neste estudo utilizamos esse questionário com algumas modificações, considerando, então, diagnóstico definitivo de asma quando houve resposta positiva às perguntas: (1) *Alguma vez na vida você já teve asma ou bronquite? A doença foi confirmada por um médico?* Foi considerada asma provável a resposta positiva a qualquer uma das duas perguntas: (2) *Alguma vez na vida você teve sibilos (chiado no peito)?* ou (3) *Nos últimos 12 meses, você teve sibilos (chiado no peito)?*

Para o diagnóstico de DPOC, foram analisados pacientes com sintomas respiratórios crônicos (tosse por dois meses/ano por dois anos consecutivos e/ou dispneia persistente) em pacientes com hábito tabágico (> 20 anos/maço), sendo tais dados baseados em estudo GOLD¹⁴ de DPOC. Já para o diagnóstico de ACOS, foram selecionados os pacientes com diagnóstico de asma definitiva ou asma provável associada a DPOC, baseado nos critérios dos dois questionários anteriormente citados.

RESULTADOS

Foram aplicados 202 questionários ISAAC modificados para os idosos, tendo sido identificados 23 indivíduos com critérios para asma definitiva (AD), o que representa 11,3% da amostra. Onze idosos tiveram diagnóstico de asma provável (AP), representando 5,4% dos indivíduos (Figura 1). Quando somados os dois grupos (AD + AP), a prevalência de asma foi de 16,7%. Em relação ao gênero, 100% dos idosos com diagnóstico de asma provável foram do sexo feminino. Quanto à asma definitiva, encontrou-se maior prevalência em homens quando comparados às mulheres (12,7% versus 10,8%, respectivamente).

Após avaliação dos idosos pelo roteiro diagnóstico para DPOC, baseado nos critérios do estudo GOLD, 20 pacientes foram diagnosticados com DPOC, o que representa 9,9% dos indivíduos do estudo (Figura 1), com predomínio da doença em pacientes do sexo masculino em relação ao feminino (14,5% versus 8,1%, respectivamente).

A prevalência da síndrome de sobreposição de asma e DPOC foi de 6,4%. Se considerarmos o diagnóstico de sobreposição de asma e DPOC apenas em indivíduos que tiveram asma definitiva, a prevalência foi reduzida para 2,5% (Figura 1). Em relação ao gênero, foi observado predomínio da doença nas mulheres em relação aos homens (6,8% versus 5,4%, respectivamente). A faixa etária com maior prevalência de sobreposição de asma e DPOC foi a de idosos com idade entre 60 e 69 anos (10,6%), se comparada às faixas etárias de 70 a 79 anos (3,45%) e de 80 anos ou mais (5,7%).

Em relação aos idosos com ausência de critérios para doença pulmonar obstrutiva, houve uma prevalência de 66,8% em todas as idades. Se compararmos por faixa etária, observamos o predomínio de idosos com 80 anos ou mais (74,2%), seguido daqueles entre 70 e 79 anos (70,9%) e 60 e 69 anos (56%).

DISCUSSÃO

Em estudo realizado por Enright et al. com mais de 5.000 idosos, foram definidos três grupos de pacientes, por meio da aplicação de questionário específico: asma definitiva, provável e possível. A asma definitiva foi caracterizada por meio da resposta positiva para três perguntas: *Você teve asma? Você ainda tem asma? Esse diagnóstico foi confirmado por um médico?* A asma provável foi relacionada a sibilos e à sua relação com aperto no peito e possíveis alterações de sono provocadas por sintomas respiratórios. Nesse estudo, 25% dos pacientes com diagnóstico de asma provável ou possível tiveram espirometria alterada (compatível com

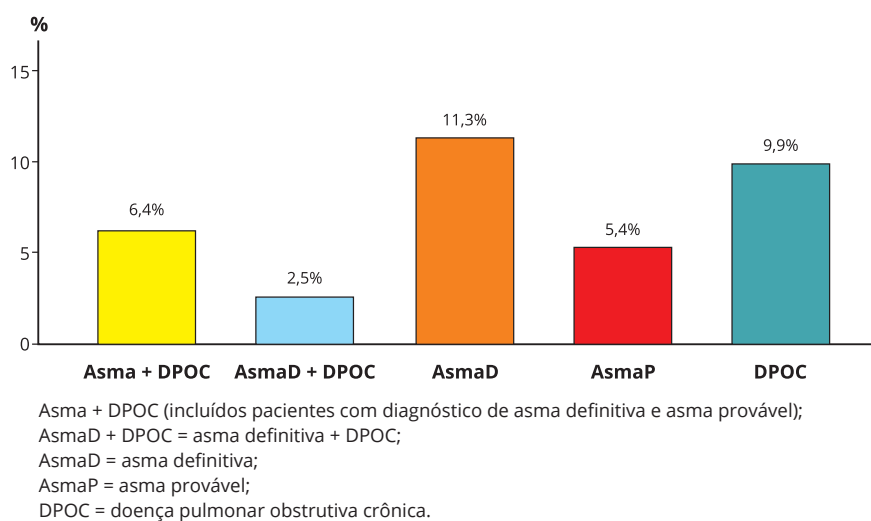


Figura 1 - Prevalência de asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e síndrome de sobreposição de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica em 202 pacientes idosos

asma), e 59% dos que responderam positivamente ao diagnóstico de asma (asma definitiva) tiveram espirometria sem alteração⁸.

Em outro estudo de prevalência de asma em idosos conduzido por Arif e cols. também foi utilizado um questionário de autorrelato, que considerou duas variáveis, diagnóstico médico de asma e presença de sibilos nos últimos 12 meses. Para o paciente com asma, definido pela resposta positiva à pergunta acerca do diagnóstico médico de asma, e para o paciente com sibilos, definido pela presença do sintoma nos últimos 12 meses, a frequência foi 4,5% e 16,5%, respectivamente¹¹.

Os dois trabalhos anteriormente mencionados utilizaram critérios clínicos para a definição de asma, valorizando a história médica pregressa da doença relatada pelo idoso e os sintomas respiratórios, principalmente sibilos. Outros métodos, como a espirometria, têm baixa sensibilidade, permitindo um número considerável de falsos negativos. Já a estimulação com metacolina ou broncoprovocação são mais caras e de aplicabilidade complexa¹⁹⁻²⁶.

Com base nestes estudos, optamos por utilizar nesta investigação, como fundamento para o diagnóstico de asma, o questionário ISAAC, modificado para o idoso, considerando como asma definitiva a resposta positiva à pergunta 6: “Alguma vez na vida você já teve asma ou bronquite?”, acrescida da pergunta “A doença foi confirmada por um médico?”, e asma provável a resposta positiva às perguntas 1 ou 2 – “Alguma vez na vida você teve sibilos (chiado no peito)?” e “Nos últimos 12 meses você teve sibilos (chiado no peito)?”.

Já o diagnóstico de DPOC foi baseado nos critérios GOLD já consolidados, tendo sido priorizada a carga tabágica alta em pacientes com sintomas respiratórios persistentes. Portanto, o paciente com síndrome da sobreposição no presente estudo foi aquele com asma definitiva ou provável, associada à carga tabágica alta e a sintomas respiratórios persistentes.

Os resultados demonstraram que a prevalência da sobreposição foi de 6,4% quando considerados os pacientes com asma definitiva e provável associada à DPOC. Se considerarmos o diagnóstico de ACOS apenas em indivíduos que tiveram asma definitiva, a prevalência reduz para 2,5%. No estudo de De Marco et al., a prevalência encontrada foi de 4,5% de indivíduos com diagnóstico de asma definitiva, excluindo os pacientes que apresentaram apenas sintomas respiratórios. Os autores não diferenciaram os idosos por faixa etária, limitando a amostra aos indivíduos com até 85 anos³.

Já em nosso estudo, dividimos os idosos em três faixas etárias (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, e 80 anos ou mais), sem uma idade máxima, sendo observada

maior prevalência de ACOS nos idosos mais jovens (60 a 70 anos). Outra diferença metodológica foi a aplicação dos questionários com a presença do paciente, e não por telefone ou e-mail, o que possivelmente diminuiu limitações de comunicação que poderiam influenciar os resultados do estudo.

Outro dado que se destaca é que nos indivíduos com 80 anos ou mais encontramos 74,2% de pacientes sem doença respiratória obstrutiva, o que se mostra superior ao percentual percebido nas décadas anteriores, quando a prevalência encontrada nos idosos com faixa etária entre 60 e 69 anos e 70 e 79 anos foi de 56% e 70,9%, respectivamente. Isso se deve, provavelmente, ao fato de as doenças respiratórias representarem importante causa de mortalidade a partir dos 60 anos, limitando a expectativa de vida desses pacientes²⁷⁻²⁸.

A maior taxa de mortalidade por asma ocorre nos indivíduos com mais de 60 anos²⁷. Um dos motivos da maior repercussão da asma no idoso, além do subdiagnóstico, é a maior prevalência da sobreposição de asma e DPOC, que, como indicado, é mais prevalente nessa faixa etária e traz maior gravidade, independente da obstrução¹.

Cabe notar que esta investigação é o primeiro relato na literatura que avalia a prevalência de síndrome de sobreposição de asma e DPOC, ACOS, em idosos no Brasil. Os resultados mostraram uma prevalência dessa síndrome semelhante à relatada em estudos realizados em outros países. Destacamos, assim, a importância do diagnóstico de ACOS em idosos para que medidas terapêuticas adequadas sejam realizadas nos pacientes com essa associação de comorbidades.

REFERÊNCIAS

1. Nakawah MO, Hawkins C, Barbandi F. Asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and the overlap syndrome. *J Am Board Fam Med.* 2013;26(4):470-7.
2. Lee HY, Kang JY, Yoon HK, Lee SY, Kwon SS, Kim YK, et al. Clinical characteristics of asthma combined with COPD feature. *Yonsei Med J.* 2014;55(4):980-6.
3. de Marco R, Pesce G, Marcon A, Accordini S, Antonicelli L, Bugiani M, et al. The coexistence of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): prevalence and risk factors in young, middle-aged and elderly people from the general population. *PLoS One.* 2013;10(8):e62985.
4. Kitaguchi Y, Komatsu Y, Fujimoto K, Hanaoka M, Kubo K. Sputum eosinophilia can predict responsiveness to inhaled corticosteroid treatment in patients with overlap syndrome of COPD and asthma. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2012;7:283-9.
5. Barua P, O'Mahony MS. Overcoming gaps in the management of asthma in older patients *Drugs Aging.* 2005;22(12):1029-59.
6. Jones SC, Iverson D, Burns P, Evers U, Caputi P, Morgan S. Asthma and ageing: an end user's perspective-the perception and problems with the management of asthma in the elderly. *Clin Exp Allergy.* 2011;41(4):471-81.

7. Kim YK, Kim SH, Tak YJ, Jee YK, Lee BJ, Park HW, et al. High prevalence of current asthma and active smoking effect among the elderly. *Clin Exp Allergy*. 2002;32(12):1706-12.
8. Enright PL, McClelland RL, Newman AB, Gottlieb DJ, Lebowitz MD. Underdiagnosis and undertreatment of asthma in the elderly: cardiovascular Health Study Research Group. *Chest*. 1999;116(3):603-13.
9. Dickinson JA, Meaker M, Searle M, Ratcliffe G. Screening older patients for obstructive airways disease in a semi-rural practice. *Thorax*. 1999;54(6):501-5.
10. Kotaniemi JT, Lundback B, Nieminen MM, Sovijarvi AR, Laitinen LA. Increase of asthma in adults in northern Finland? A report from the FinEsS study. *Allergy*. 2001;56(2):169-74.
11. Arif AA, Rohrer JE, Delclos GL. A population-based study of asthma, quality of life, and occupation among elderly Hispanic and non-Hispanic whites: a cross-sectional investigation. *BMC Public Health*. 2005;5:97.
12. Bauer BA, Reed CE, Yunginger JW, Wollan PC, Silverstein MD. Incidence and outcomes of asthma in the elderly: a population-based study in Rochester, Minnesota. *Chest*. 1997;111(2):303-10.
13. Hanania NA, King MJ, Braman SS, Saltoun C, Wise RA, Enright P, et al. Asthma in the elderly: current understanding and future research needs - a report of a National Institute on Aging (NIA) workshop. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;128(3):S4-24.
14. Yáñez A, Cho SH, Soriano JB, Rosenwasser LJ, Rodrigo GJ, Rabe KF, et al. Asthma in the elderly: what we know and what we have yet to know. *World Allergy Organ J*. 2014;7(1):1-16.
15. Marinicu I, Frent S, Tomescu MC, Mihaicuta S. Rates and predictors of uncontrolled bronchial asthma in elderly patients from western Romania. *Clin Interv Aging*. 2015;16(10):963-7.
16. Stupka E, DeShazo R. Asthma in seniors: part 1: evidence for under diagnosis, undertreatment and increasing morbidity and mortality. *Am J Med*. 2009;122(1):6-11.
17. Solé D, Naspitz C. Epidemiologia da asma: estudo ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). *Rev Bras Alerg Immunopatol*. 2009;21(2):38-45.
18. Han MK, Muellerova H, Curran-Everett D, Dransfield MT, Washko GR, Regan EA, et al. GOLD 2011 disease severity classification in COPD Gene: a prospective cohort study. *Lancet Respir Med*. 2013;1(1):43-50.
19. Reed C. Asthma in the elderly: Diagnosis and management. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(4):681-7.
20. Busse PJ, Lushslurchachai L, Sampson HA. Perennial allergen-specific IgE levels among inner city elderly asthmatics. *J Asthma*. 2010;47(7):781-5.
21. Busse PJ. Allergic respiratory disease in the elderly. *Am J Med*. 2007;120(6):498-502.22. Braman SS, Kaemmerlen JT, Davis SM. Asthma in the elderly. A comparison between patients with recently acquired and long-standing disease. *Am Rev Respir Dis*. 1991;143(2):336-40.
23. Burrows B, Barbee RA, Cline MG, Knudson RJ, Lebowitz MD. Characteristics of asthma among elderly adults in a sample of the general population. *Chest*. 1991;100(4):935-42.
24. Weiner P, Magadle R, Waizman J, Weiner M, Rabner M, Zamir D. Characteristics of asthma in the elderly. *Eur Respir J*. 1998;12(3):564-8.
25. Song WJ, Jee YK. Challenges in the management of asthma in the elderly. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2015;7(5):431-9.
26. Song WJ, Jee YK. More effective strategies are needed for elderly asthmatics in real-world practice. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2015;7(5):419-20.
27. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Brasília: MS; 2015. [cited 2014 Dec 12]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios, um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.