

PUCRS

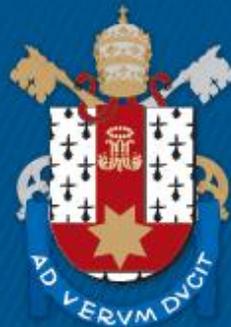
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

LUIS CARLOS ELEJALDE DE CAMPOS

DOENÇAS DERMATOLÓGICAS DIAGNOSTICADAS EM IDOSOS ATENDIDOS
EM UM SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NO SUL DO BRASIL

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

LUIS CARLOS ELEJALDE DE CAMPOS

**DOENÇAS DERMATOLÓGICAS DIAGNOSTICADAS EM IDOSOS ATENDIDOS
EM UM SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Newton Luiz Terra

Porto Alegre
2018

Ficha Catalográfica

C198d Campos, Luis Carlos Elejalde de

Doenças dermatológicas diagnosticadas em idosos atendidos em um serviço de dermatologia de um hospital universitário no sul do Brasil / Luis Carlos Elejalde de Campos . – 2018.

056 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Newton Luiz Terra.

1. Dermatologia geriátrica. 2. Fototipo. 3. Fotodano. 4. Fotoproteção. I. Terra, Newton Luiz. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

LUIS CARLOS ELEJALDE DE CAMPOS

**DOENÇAS DERMATOLÓGICAS DIAGNOSTICADAS EM IDOSOS ATENDIDOS
EM UM SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Newton Luiz Terra

Finalizada em 29 de janeiro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Thais Corsetti Grazziotin

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre
2018

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) pelo acolhimento e aprendizado no mestrado.

Ao Serviço de Dermatologia da PUCRS, local onde foi realizada a pesquisa.

Aos meus familiares pela compreensão e apoio.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A investigação diagnóstica, tratamento e prevenção das doenças dermatológicas geriátricas são de suma importância para que o idoso também tenha uma boa qualidade de vida.

OBJETIVO: Avaliar os diagnósticos dermatológicos, sexo e raça e os itens fototipo, fotodano e fotoproteção nos idosos incluídos no estudo.

MÉTODOS: Estudo transversal, descritivo e analítico que incluíram os idosos em primeira consulta no Ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, no período de março a novembro de 2017. Dados referentes ao diagnóstico dermatológico, sexo, raça, profissão, fototipo, fotodano e fotoproteção foram incluídos no instrumento de pesquisa. A análise descritiva das variáveis quantitativas foi realizada através de medidas de tendências central e dispersão. As variáveis categóricas foram demonstradas por meio de frequências absoluta e relativa. A comparação entre as variáveis quantitativas foi realizada com o teste t de Student. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou extrato de Fischer. A pesquisa iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa e os idosos ingressaram no estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS: Incluídos no estudo 116 idosos, atendidos em primeira consulta no Ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS. A média de idade foi $71 \pm 7,5$ anos (intervalo de 60 a 99 anos). A maioria do sexo feminino (52,6%) e grande prevalência da raça branca (95,5%). Mais frequentemente, os idosos foram classificados como fototipo dois (50%), e três (37,9%) e a grande maioria não apresentou fotodano (81,9%). As principais dermatoses encontradas foram o carcinoma basocelular (28,4%), sendo o carcinoma de pele mais comum, tendo como principal causa a exposição ao sol e em maior frequência nos fototipos mais baixos (1 e 2) (35%). A seguir a ceratose actínica (21,3%), também nos fototipos (1 e 2) e relacionada à fotoexposição. A ceratose seborreica (25,9%), nevo benigno mais diagnosticados nos idosos, nos fototipos intermediários (3 e 4) (32,7%).

CONCLUSÃO: As patologias cutâneas com maior número de diagnósticos nos idosos da pesquisa são degenerativas, algumas malignas e outras próprias da idade e não

infecciosas ou alérgicas. Frente aos dados encontrados concluímos que a prevenção nos cuidados com a pele pode dar ao idoso uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVES: Dermatologia geriátrica; gerontologia nos cuidados com a pele; manifestações cutâneas; fototipo; fotodano; fotoproteção.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Diagnostic investigation, treatment and prevention of geriatric dermatological diseases are extremely important so that the elderly also have a good quality of life.

OBJECTIVE: To evaluate the dermatological, sex and race diagnoses and the phototype, photodermatosis and photoprotection items in the elderly included in the study.

METHODS: A cross-sectional, descriptive and analytical study that included the elderly patients at first consultation at the Dermatology Outpatient Clinic of the São Lucas Hospital of PUCRS, from March to November 2017. Data on dermatological diagnosis, sex, race, profession, phototype, and photoprotection were included in the research instrument. The descriptive analysis of the quantitative variables was performed through measures of central trends and dispersion. Categorical variables were demonstrated using absolute and relative frequencies. The comparison between the quantitative variables was performed with Student's t-test. For categorical variables, the Pearson Chi-square test or Fischer's exact test was used. The research began after approval by the Ethics and Research Committee and the elderly entered the study after signing the Term of Free and Informed Consent.

RESULTS: Included in the study were 116 elderly patients, seen at the first consultation at the Dermatology Outpatient Clinic of the São Lucas Hospital of PUCRS. The mean age was 71 ± 7.5 years (range 60 to 99 years). The majority of females (52.6%) and high white prevalence (95.5%). More often, the elderly were classified as phototype two (50%), and three (37.9%), and the majority did not present photodermatosis (81.9%). The main dermatoses were basal cell carcinoma (28.4%), being the most common carcinoma of the skin, having as main cause the exposure to the sun and more frequently in the lower phototypes (1 and 2) (35%). Following the actinic keratosis (21.3%), also in the phototypes (1 and 2) and related to photoexposure. Seborrheic keratosis (25.9%), benign nevus more diagnosed in the elderly, in the intermediate phototypes (3 and 4) (32.7%).

CONCLUSION: The skin diseases with the highest number of diagnoses in the elderly of the research are degenerative, some malignant and others of the age, non infectious

or allergic. Based on the data found, we concluded that prevention in skin care can give the elderly a better quality of life.

KEY WORDS: Geriatric dermatology; gerontology in skin care; cutaneous manifestations; phototype; photodane; photoprotection.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação da distribuição da população idosa por idade no Brasil entre os Censos de 2000 e 2010.....	17
Tabela 2 - Comparação da distribuição da população idosa no Rio Grande do Sul entre os censos de 2000 e 2010	18
Tabela 3 - Distribuição da população idosa do Rio Grande do Sul por idade e sexo em 2010	18
Tabela 4 - Características sociodemográficas dos idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS (N=116)	25
Tabela 5 - Principais características do tipo de pele e exposição ao sol em idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS (N=116).....	25
Tabela 6 - Associação entre fototipo dos idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS e fotodano e fotoproteção (N=116).	26
Tabela 7 - Associação entre fototipo e doenças dermatológicas em idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS (N=116).....	26

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SPSS - *Statistic Package for Social Sciences*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	15
2.2 ENVELHECIMENTO CUTÂNEO	18
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 MATERIAL E MÉTODOS	22
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	22
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
4.2.1 Tamanho amostral	22
4.2.2 Critérios de inclusão	22
4.2.3 Critérios de exclusão	22
4.3 LOCAL DA PESQUISA	22
4.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	23
4.5 COLETA DE DADOS	23
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	23
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	23
5 RESULTADOS	25
6 DISCUSSÃO	29
7 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A - CARTA CHEFE DO SERVIÇO	34
ANEXO B- APROVAÇÃO COMISSÃO CIENTÍFICA –SIPESQ	35
ANEXO C - APROVAÇÃO CEP	36
ANEXO D -SUBMISSÃO DE ARTIGO ORIGINAL	39
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA	40
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	41
APÊNDICE C - ARTIGO ORIGINAL	43

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa brasileira, que está ocorrendo em um nível sem precedentes, é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas. A vida mais longa do ser humano é uma das grandes conquistas da civilização. Alimentação adequada, melhoria das condições sanitárias nas cidades, avanços da medicina de diagnóstico e dos medicamentos, vacinas, diminuição da mortalidade infantil e da taxa de fecundidade contribuem para isso. Na década de 40, a expectativa de vida do brasileiro ao nascer era de 37 anos para homens e 39 anos para as mulheres, e os idosos representavam cerca de 4% da população. Atualmente a expectativa de vida das mulheres brasileiras é de 80,3 anos, e a dos homens, de 73 anos. O brasileiro vive em média 76 anos. No Rio Grande do Sul, estado com 17,3% de idosos, a expectativa de vida é de 77,2 anos. Se as projeções estatísticas se confirmarem, o Brasil em 2025 ocupará a sexta colocação em número de idosos no mundo. Neste ano a população de idosos deverá ser superior a 32 milhões de habitantes.¹

Com o envelhecimento populacional brasileiro, verificam-se mudanças nas principais causas de morbidade e mortalidade, de tal modo que as doenças não-transmissíveis e as causas externas passam a predominar sobre as doenças, pois à medida que as pessoas envelhecem, aumenta o risco de que elas adquiram doenças crônicas e desenvolvam incapacidades. Conclui-se que os médicos estarão atendendo pacientes cada vez mais idosos e deverão estar aptos a reconhecer as particularidades de apresentação das doenças e síndromes mais comuns na velhice, as diferenças entre alterações provocadas pelo envelhecimento fisiológico e pelas doenças e a maneira como esses dois processos interagem entre si. Atualmente é impossível estabelecer o momento exato em que um indivíduo se torna idoso. Na verdade, o processo de envelhecimento faz parte de um contínuo que se inicia com a concepção e só termina com a morte. Fica-se mais velho a cada dia, continuamente, até o final da vida. Contudo é necessário estabelecer limites cronológicos para estudos e planejamentos administrativos. No Brasil, do ponto de vista legal, idoso é toda a pessoa com mais de 60 anos de idade (Lei 8.842, de janeiro de 1994).

O envelhecimento humano é um processo dinâmico, progressivo e irreversível, em que encontramos modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, enzimáticas, consequências da ação do tempo. Em decorrência, há uma perda

progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Esses fatores levam o organismo a uma maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por conduzi-lo à morte. Conceituar envelhecimento não é tarefa simples. É necessário incluir não apenas os aspectos biológicos, mas também os sociais, psicológicos e culturais.² O processo de envelhecimento é muito heterogêneo, variável e guarda pouca relação com a idade cronológica. O fenótipo por ele determinado é resultado de fenômenos intrínsecos ao organismo, associados a fatores ambientais e ao estilo de vida, de tal forma que ninguém envelhece igual a outro indivíduo da mesma espécie, mesmo que seus genótipos sejam praticamente idênticos, como os gêmeos monozigóticos.

Apesar do grande número de pesquisas realizadas nos últimos anos, os mecanismos que controlam a velocidade e a maneira pela qual um organismo envelhece continuam sendo um grande mistério. Existem muitas teorias que se propõem a explicar os fenômenos biológicos responsáveis pelo envelhecimento, mas nenhuma delas é completa o suficiente para ser universalmente aceita. Entre elas podemos citar a Teoria dos radicais livres, a Teoria do acúmulo de mutações, a Teoria da glicosilação e a Teoria da senescência celular.

Uma das principais preocupações que devemos ter é distinguir quais seriam as modificações estruturais e funcionais produzidas exclusivamente pelo processo de envelhecimento (senescência) daquelas causadas pelas doenças que podem acometer o idoso (senilidade).³ Em relação à pele pode-se afirmar que é praticamente impossível determinar quais modificações seriam provocadas exclusivamente pelo envelhecimento, sem a influência de fatores externos ao organismo, pois a pele é o órgão de contato do corpo com o ambiente. Uma maior exposição aos raios solares antecipa e intensifica o processo de envelhecimento da pele, com diminuição da espessura e da elasticidade da epiderme, da derme, em decorrência de alterações do colágeno e diminuição das fibras elásticas, de tal modo que, muitas vezes, a rede vascular torna-se mais visível. Somadas à redução da espessura do tecido subcutâneo, principalmente da face e dos membros, essas alterações ocasionam as rugas. A pele torna-se flácida, formando grandes pregas nos braços, coxas e abdome. Essa atrofia deve ser levada em conta quando se utilizam medicamentos tópicos, pois sua absorção é maior. Em contrapartida, em algumas áreas pode ocorrer aumento da espessura da pele com acentuação do seu quadriculado normal, uma alteração comum na nuca, denominada cútis romboidal. Devido à redução do número e

atividade das glândulas sudoríparas e sebáceas, a pele torna-se rugosa e seca. Os melanócitos diminuem em número e sofrem alterações funcionais, acarretando o aparecimento de manchas hiperocrômicas, planas e lisas, principalmente na face e no dorso das mãos. São conhecidas como melanose senil.

A redução da espessura da pele e do tecido subcutâneo faz com que ao menor trauma surjam manchas vermelhas e salientes, denominadas púrpura senil. À exceção dos pelos do nariz, sobrancelhas e orelhas, os pelos do corpo diminuem. Nas mulheres, em decorrência da deficiência de estrogênios, há aumento do número e da espessura dos pelos do lábio superior e do mento. Com o passar dos anos, ocorre a redução progressiva da função dos melanócitos do folículo piloso, levando ao clareamento dos pelos (canície).⁴ Dependendo dos hormônios sexuais e da hereditariedade, a quantidade de bulbos capilares diminui e surge a calvície. As unhas passam a crescer mais lentamente do que nos jovens e tornam-se espessas e curvas. Em alguns casos, as unhas dos pés atingem tamanhos excepcionais e forma irregular, prejudicando a deambulação e predispondo o idoso a quedas.

É oportuno ressaltar que, em função das enormes variações individuais no processo de envelhecimento, costuma-se dividir os idosos em três grupos:

Idoso jovem: de 60 a 74 anos

Idoso velho: de 75 aos 90 anos

Idoso muito velho: 91 ou mais anos.

Em função do exposto justifica-se a presente linha de pesquisa. Necessitamos ter conhecimento de quais patologias cutâneas ocorrem no envelhecimento e como diagnosticá-las.

Uma vez que os médicos estarão atendendo pacientes cada vez mais idosos, obrigatoriamente deverão estar aptos a fazer o diagnóstico correto, bem como reconhecer as particularidades da apresentação das doenças dermatológicas após os 60 anos. Com os resultados o autor pretende chamar a atenção da comunidade científica sobre as particularidades das doenças da pele à medida que os indivíduos envelhecem, bem como dos governantes, sobre a necessidade de um melhor atendimento aos idosos neste País.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o processo de envelhecimento inicia em torno dos 28 e 30 anos, e a velhice, aos 60 anos, idades instituídas para efeito de pesquisa, de proteção e garantia de direitos – e depende da interação de fatores biológicos, fisiológicos, funcionais, psicológicos e sociais. Esses processos podem acelerar ou retardar o processo visualizado pelo aparecimento de sinais e sintomas, fatores de risco e doenças características da etapa da velhice. A Organização Mundial da Saúde (OMS), com base na idade cronológica, classifica a velhice em três grupos: idoso jovem (60-74 anos); idoso (75-90 anos) e muito idoso (mais de 91 anos).

O envelhecimento é causado por alterações biológicas moleculares e celulares que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos do organismo, com início em torno dos 28 a 30 anos, embora se tornem perceptíveis somente no final da fase reprodutiva, atingindo assim o organismo como um todo. As mudanças funcionais que ocorrem com o avanço da idade são atribuídas a vários fatores, como defeitos genéticos, fatores ambientais, surgimento de doenças e expressão de genes do envelhecimento, ou gerontogenes.

Ao longo do último século surgiram várias teorias para explicar o processo do envelhecimento. Na atualidade a que apresenta fundamentação científica e maior consenso é a teoria do envelhecimento pelos radicais livres. Segundo a teoria de Harman, o envelhecimento e as doenças degenerativas a ele associadas, resultam de alterações moleculares e lesões celulares desencadeadas por radicais livres.³ Esta teoria foi proposta em 1954 pelo médico Denham Harman, pesquisador da Universidade de Nebraska nos EUA, mas só adquiriu aceitação na comunidade científica depois dos anos 70, quando se descobriu a toxicidade do oxigênio. Ela é ancorada nas inúmeras evidências científicas de que estes radicais livres estão envolvidos praticamente em todas as doenças típicas da idade, como a aterosclerose, as doenças coronárias, a catarata, o câncer, a hipertensão, as doenças neurodegenerativas, doenças cutâneas entre outras. Embora o envelhecimento seja um processo natural, inevitável e intransferível, o mesmo pode ser vivido em melhores ou piores condições, dependendo das condições do próprio idoso, da família, da

sociedade, bem como do acesso a oportunidades e serviços oferecidos pelo poder público.³

A Gerontologia é capaz de prescrever procedimentos preventivos no que se refere à saúde física e mental do velho, e a Geriatria pode realizar diagnósticos, tratamentos e intervenções terapêuticas e preventivas adequadas e eficazes em relação às comorbidades e fragilidades a que são acometidos os indivíduos idosos.

No século XX produziu-se no cenário internacional uma revolução da longevidade, onde se observa um rápido crescimento da população idosa em diferentes países no mundo e que continua se intensificando no século XXI. Neste período o número de pessoas com 60 anos ou mais, que em 2003 era de 600 milhões, passará em 2050 para quase dois bilhões.⁵

Além disso, projeta-se um crescimento mundial da proporção deste grupo de população, de 10% em 1968 para 15% entre 1998 a 2025, onde será mais rápido e mais notável nos países em desenvolvimento, nos quais se prevê que a população idosa quadruplicar-se-á nos próximos 50 anos.⁶

A expectativa de vida ao nascer aumentou 20 anos desde 1950, e chegou em 2003 aos 66 anos. A previsão é de que até 2050 aumente mais 10 anos. A expectativa de vida do mundo, em 2009, para ambos os sexos, era de 66,57 anos, sendo 64,52 anos para os homens e 68,76 anos para as mulheres. No período de 1950-2010, houve um aumento de mais de 20 anos na expectativa de vida da população mundial, salientando-se que este ocorreu de forma desigual entre os países desenvolvidos, em desenvolvimento.

Apesar do avanço dos últimos tempos, a expectativa de vida ao nascer no Brasil, de acordo com o IBGE, é de 76 anos, sendo para a mulher 80,3 anos e para o homem 73,4 anos.

Uma transformação demográfica desse tipo traz profundas consequências para cada um dos aspectos de vida individual, comunitária, nacional e internacional. Haverá mudanças significativas e novas demandas em todas as facetas da humanidade –

O Brasil, de um país jovem, passa de repente para uma mudança rápida na demografia de sua população, por idade e sexo, devido ao comportamento da queda da taxa de fecundidade, de mortes e de migrações nos últimos 100 anos.

Nas diferentes regiões do Brasil observa-se que essas mudanças na população ocorrem de forma desigual, passando de um regime demográfico de altas taxas de natalidade e mortalidade para outro, primeiramente, com baixa natalidade e

mortalidade e, a seguir, baixa fecundidade, levando a um envelhecimento da população.

Assim a proporção de jovens (menores de 15 anos) no Brasil, que era, no ano de 1940, de 42,6%, passou em 2010 para 24%, e a proporção de idosos (de 60 anos ou mais) passou de 4,1% para 10,8% no mesmo período (IBGE, 2010).¹ Este fenômeno vem ocorrendo no Brasil desde as décadas de 1950/1960. O crescimento do segmento idoso é maior (0,038), devendo atingir em 2015/2025, cinco vezes mais(0,043), superando o da população total (0,030 para 0,08) respectivamente.

A tabela 1 a seguir demonstra os percentuais de crescimento da proporção de idosos no Brasil entre os anos 2000-2010.^{1,7}

Tabela 1- Comparação da distribuição da população idosa por idade no Brasil entre os Censos de 2000 e 2010

IDADE	TOTAL 2000	TOTAL 2010	DIFERENÇAS
60 anos e mais	14.372.836	20.590.599	43,3%
60 -64 anos	4.600.929	6.509.119	41,5%
65 -69 anos	3.581.106	4.840.810	35,2%
70 -74 anos	2.742.302	3.741,637	36,4%
75 -79 anos	1.779.587	2.563.448	44,0%
80 -84 anos	872.841	1.666.972	91,0%
85 -89 anos	534.871	819.483	53,2%
90 -94 anos	180.426	326.559	81,0%
95 -99 anos	56.198	98.335	75,0%
100 anos e mais	24.576	24.236	- 1,4%

Fonte: IBGE, Censos 2000 e 2010. www.ibge.gov.br^{1,7}

Os dados da tabela 1 demonstram que em breve teremos uma proporção maior de população mais envelhecida (80 anos e mais).

O Rio Grande do Sul, segundo o IBGE, é o segundo estado brasileiro em número proporcional de idosos (17,3%) de acordo com o último censo, e o segundo em expectativa de vida (77,2 anos ao nascer para ambos os sexos), sendo que os homens vivem menos (73 anos) e as mulheres vivem mais (80,3 anos).

A tabela 2 a seguir evidencia os percentuais de aumento da proporção de idosos no estado no período de 2000-2010 segundo o IBGE.^{1,7}

Tabela 2- Comparação da distribuição da população idosa no Rio Grande do Sul entre os censos de 2000 e 2010

IDADE	TOTAL 2000	TOTAL 2010	DIFERENÇAS
60 anos e mais	1.065.484	1.459.597	37,0 %
60 – 64 anos	332.397	464.984	39,9%
65 – 69 anos	269.936	343.579	27,4%
70 – 74 anos	204.755	262.045	28,0%
75 – 79 anos	130.656	187.088	43,2%
80 – 84 anos	75.241	119.073	58,3%
85 – 89 anos	36.737	55.982	52,4%
90 – 94 anos	11.426	20.619	80,5%
95 – 99 anos	3.223	5.188	61,0%
100 anos e mais	1.313	1.039	-20,9%

Fonte: IBGE, Censos 2000 e 2010. www.ibge.gov.br^{1,7}

Os dados sobre a distribuição da população idosa do Rio Grande do Sul por faixa etária e sexo apresentados na tabela 3, indicam que a sobrevivência da mulher é superior à do homem, que essa diferença aumenta à medida que a idade avança e que o número de idosos com idade acima de 75 anos e mais ganha evidência na distribuição da população idosa, destacando-se a faixa etária dos longevos (90 anos e mais).¹

Tabela 3- Distribuição da população idosa do Rio Grande do Sul por idade e sexo em 2010

Faixa Etária	N	(%)	Homens	Mulheres
60 a 64 anos	464.984	31,9%	217.076	247.908
65 a 69 anos	343.579	23,5%	155.838	187.741
70 a 74 anos	262.045	18,0%	112.895	149.150
75 anos ou mais	388.989	26,7%	141.661	247.328

Fonte: CENSO-IBGE, 2010. www.ibge.gov.br¹

2.2 ENVELHECIMENTO CUTÂNEO

Os problemas na pele são comuns nos idosos e podem interferir significativamente na qualidade de vida. Nos últimos anos, a pesquisa clínica começou a esclarecer a prevalência e a epidemiologia dos transtornos e queixas cutâneas entre os idosos. Ao mesmo tempo, a pesquisa básica começou a definir as alterações histológicas e moleculares da pele envelhecida.

O envelhecimento da pele tem dois componentes, o envelhecimento intrínseco e o fotoenvelhecimento.⁸ O reconhecimento da diferença entre esses dois processos permite a análise das suas contribuições relativas para a aparência da pele envelhecida e sua predisposição à doença dermatológica. O envelhecimento intrínseco é mais bem refletido pelas alterações clínicas vistas ao longo do tempo na pele protegida do sol, assim como o fotoenvelhecimento denota além disso alterações da pele atribuíveis à exposição crônica ao sol. A pele intrinsecamente envelhecida é fina, pálida, flácida.⁹ A pele envelhecida tem a sua função máxima e a capacidade de reservas diminuídas, manifestadas como fragilidade aumentada e responsividade imunológica diminuída, termorregulação, sudoreses, cicatrização de feridas e renovação epitelial diminuídas.

Estruturalmente, a pele intrinsecamente envelhecida tem uma epiderme adelgada, vascularização diminuída e adelgaçamento significativo da derme.¹⁰ A alteração mais marcante é o aplainamento da junção dermoepidérmica com a perda de padrão em rede, uma alteração que causa perda da coesão na interface dermoepidérmica e que pode ser responsável pela propensão da pele dos idosos a formar bolhas e transtornos bolhosos. Pelo contrário, a dermatoheliose, ou fotoenvelhecimento, é responsável pela maioria das alterações clínicas vistas na pele habitualmente exposta ao sol. Pele áspera, alterações pigmentares, telegiectasias e enrugamento profundo são todos atribuídos aos efeitos cumulativos da radiação ultravioleta. Uma das principais morbidades do fotoenvelhecimento é o desenvolvimento de malignidade na pele. O espectro ultravioleta responsável por irradiação é o UVA (320 a 400nm) e o UVB (290 a 320 nm), pois o UVC (200 a 290 nm) é eficazmente bloqueado pela camada de ozônio. Embora a radiação UVB, o comprimento de onda primariamente responsável pelas queimaduras solares, tenha sido inicialmente admitida com a responsável pela lesão por irradiação, agora se compreende que o UVA também tem um papel importante, especialmente nas lesões por fotoenvelhecimento. Além disso, o comprimento de onda do UVA é responsável por praticamente todas as reações de fotossensibilidade das drogas, tais como aquelas observadas em idosos que tomam diuréticos tiazídicos, antidepressivos tricíclicos, certos agentes hipoglicemiantes e antibióticos. As alterações histológicas específicas vistas na pele devido ao fotoenvelhecimento são heterogeneidade ceratinocítica, distribuição irregular de melanócitos, com aumento da melanização, população de células de Langerhans diminuída, acumulação de material elastótico

anormal na derme papilar, vasos sanguíneos dilatados e tortuosos e infiltrado inflamatório dérmico de pouca gravidade.^{11,12}

A pele é classificada em seis fototipos, de acordo com a sensibilidade ao sol.^{13,14}

1. Pele muito clara, cabelos e olhos claros, sempre queima, nunca bronzeia.
2. Pele muito clara, cabelos e olhos claros, sempre queima, às vezes bronzeia.
3. Pele clara, cabelos e olhos variados, às vezes queima, sempre bronzeia.
4. Pele castanho-clara, cabelos e olhos escuros, raro queimar, bronzeia mais rápido.
5. Pele moderadamente escura, nunca queima, bronzeia profundamente.
6. Pele escura ou muito escura.

OBS: Na pesquisa para melhor avaliação, os fototipos 1 e 2, foram classificados como sensíveis ao sol, os fototipos 3 e 4, como sensibilidade intermediária ao sol, e os fototipos 5 e 6 como pouco sensíveis ao sol.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as patologias dermatológicas diagnosticadas em idosos atendidos em um ambulatório de dermatologia de um Hospital Universitário.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em idosos atendidos em um ambulatório de dermatologia de um Hospital Universitário:

1. Descrever os diagnósticos das manifestações dermatológicas;
2. relacionar a associação entre diagnósticos das manifestações dermatológicas e sexo;
3. relacionar a associação entre diagnósticos das manifestações dermatológicas e raça/etnia;
4. relacionar a associação entre diagnósticos das manifestações dermatológicas e fototipo;
5. relacionar a associação entre diagnósticos das manifestações dermatológicas e fotodano.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo transversal, descritivo e analítico.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Idosos de ambos os sexos com idade igual ou acima de 60 anos, atendidos no serviço de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, no período de 01 de agosto de 2016 a 31 de novembro de 2017.

4.2.1 Tamanho amostral

Por se tratar de um estudo descritivo e com uma amostra de conveniência, não será necessário fazer cálculo de tamanho amostral (serão incluídos todos os pacientes idosos que foram atendidos no período do estudo estabelecido).

4.2.2 Critérios de inclusão

Idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos que consultaram no ambulatório de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS.

4.2.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os idosos que se negaram a participar da pesquisa, os que reconsultaram pela mesma patologia e os que consultaram por alterações/queixas estéticas.

4.3 LOCAL DA PESQUISA

Ambulatório de dermatologia localizado no terceiro andar do Hospital São Lucas da PUCRS, situado à Av. Ipiranga 6690 em Porto Alegre, RS.

4.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Foram analisadas as seguintes variáveis: patologias dermatológicas, sexo, idade, faixa etária, raça/etnia.

4.5 COLETA DE DADOS

Os diagnósticos das patologias dermatológicas foram realizados durante a consulta usual no ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, baseado no exame físico dermatológico e dermatoscópico. Lesões que mereceram biópsias de pele também foram realizadas pelo pesquisador, durante o atendimento. Fotografias das lesões cutâneas foram realizadas durante o atendimento.

Os dados referentes à idade, sexo, raça, fototipo e fotodano foram também coletados pelo pesquisador durante a anamnese dos pacientes.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram armazenados em um banco de dados Microsoft Excel 2007. Com auxílio do software SPSS (*Statistic Package for Social Sciences*) versão 21.0 foi realizada a análise dos dados.

A normalidade da distribuição dos dados foi verificada por meio do Teste de Kolmogorov-Smirnov.

A análise descritiva das variáveis quantitativas foi realizada através de medidas de tendência central e dispersão. As variáveis categóricas foram demonstradas por meio de frequências absoluta e relativa. A comparação entre variáveis quantitativas foi realizada com o teste t de Student. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fischer.

Foi adotado um nível de significância de $P < 0,05$.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS (7513) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

PUCRS (1.887.540), conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o sigilo da identidade e a utilização dos resultados somente para fins científicos. Os pesquisadores se comprometeram a seguir as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 116 idosos, atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, com média de idade de 71,1±7,5 anos (intervalo de 60 a 99 anos), a maioria do gênero feminino (52,6%) e da raça branca (95,5%).

As características da amostra estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS (N=116)

Características	N (%)
Idade em anos (média±DP)	71,1±7,5
Gênero	
Masculino	55 (47,4)
Feminino	61 (52,6)
Raça/etnia	
Branca	105 (95,5)
Negra	3 (2,7)
Pardo	2 (1,8)

Nota: Os dados faltantes foram seis para raça/etnia.

Fonte: Própria

Mais frequentemente, os idosos foram classificados como fototipo dois (50,0%), a maioria não fazia uso de fotoproteção (65,5%) e não apresentou fotodano (81,9%).

Tabela 5 - Principais características do tipo de pele e exposição ao sol em idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS (N=116).

Características	N (%)
Fototipo	
Um	2 (1,7)
Dois	58 (50,0)
Três	44 (37,9)
Quatro	8 (6,9)
Cinco	3 (2,6)
Seis	1 (0,9)
Fotoproteção	
Não	76 (65,5)
Sim	30 (25,9)
Eventual	10 (8,6)
Fotodano	
Não	95 (81,9)
Sim	21 (18,1)

Não houve associação entre fototipo e fotodano e fotoproteção.

Fonte: Própria

Tabela 6 - Associação entre fototipo dos idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS e fotodano e fotoproteção (N=116).

	Fototipo			P
	Sensível N (%)	Intermediário N (%)	Pouco sensível N (%)	
Fotoproteção				
Não	35 (58,3)	37 (71,2)	4 (100,0)	0,161
Sim	21 (35,0)	9 (17,3)	0 (0,0)	
Eventual	4 (6,7)	6 (11,5)	0 (0,0)	
Fotodano				
Não	52 (86,7)	41 (78,8)	2 (50,0)	0,103
Sim	8 (13,3)	11 (21,2)	2 (50,0)	

Fonte: Própria

Paciente com fototipo pouco sensível apresentou fibroma mole, enquanto que pacientes com fototipo muito sensível ou intermediário, não (P=0,034). Demais associações não foram estatisticamente significativas.

Tabela 7- Associação entre fototipo e doenças dermatológicas em idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS (N=116).

Doenças Dermatológicas	Amostra total	Fototipo			P*
		Sensível N (%)	Intermediário N (%)	Pouco sensível N (%)	
Carcinoma basocelular					
Não	83 (71,6)	39 (65,0)	40 (76,9)	4 (100,0)	0,216
Sim	33 (28,4)	21 (35,0)	12 (23,1)	0 (0,0)	
Carcinoma espinocelular					
Não	109 (94,0)	55 (91,7)	50 (96,2)	4 (100,0)	0,570
Sim	7 (6,0)	5 (8,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Melanoma					
Não	111 (95,7)	57 (95,0)	50 (96,2)	4 (100,0)	1,000
Sim	5 (4,3)	3 (5,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Neoplasia de pele					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Ceratose actínica					
Não	89 (76,7)	41 (68,3)	44 (84,6)	4 (100,0)	0,087
Sim	27 (23,3)	19 (31,7)	8 (15,4)	0 (0,0)	
Ceratoacantoma					
Não	112 (96,6)	57 (95,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,672
Sim	4 (3,4)	3 (5,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Corno cutâneo					
Não	115 (99,1)	59 (98,3)	52 (100,0)	4 (100,0)	1,000
Sim	1 (0,9)	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ceratose seborreica					
Não	86 (74,1)	48 (80,0)	35 (67,3)	3 (75,0)	0,233
Sim	30 (25,9)	12 (20,0)	17 (32,7)	1 (25,0)	
Nevus Rubi+angioma					
Não	106 (91,4)	52 (86,7)	50 (96,2)	4 (100,0)	0,188
Sim	10 (8,6)	8 (13,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Nevus melanocíticos					

Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Nevus azul					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Verruga					
Não	108 (93,1)	57 (95,0)	47 (90,4)	4 (100,0)	0,602
Sim	8 (6,9)	3 (5,0)	5 (9,6)	0 (0,0)	
Herpes					
Não	114 (98,3)	59 (98,3)	51 (98,1)	4 (100,0)	1,000
Sim	2 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Dermatite seborreica					
Não	109 (94,0)	55 (91,7)	50 (96,2)	4 (100,0)	0,570
Sim	7 (6,0)	5 (8,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Rosácea					
Não	111 (95,7)	57 (95,0)	50 (96,2)	4 (100,0)	1,000
Sim	5 (4,3)	3 (5,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Dermatite ocre					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Dermatite de contato					
Não	114 (98,3)	59 (98,3)	51 (98,1)	4 (100,0)	1,000
Sim	2 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Melanose					
Não	109 (94,0)	56 (93,3)	49 (94,2)	4 (100,0)	1,000
Sim	7 (6,0)	4 (6,7)	3 (5,8)	0 (0,0)	
Lentigo solar					
Não	109 (94,0)	57 (95,0)	48 (92,3)	4 (100,0)	0,769
Sim	7 (6,0)	3 (5,0)	4 (7,7)	0 (0,0)	
Lentigo maligno					
Não	115 (99,1)	59 (98,3)	52 (100,0)	4 (100,0)	1,000
Sim	1 (0,9)	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Púrpura medicamentosa					
Não	115 (99,1)	59 (98,3)	52 (100,0)	4 (100,0)	1,000
Sim	1 (0,9)	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Telangiectasia					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Eritema pigmentar fixo					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Xerodermia					
Não	114 (98,3)	59 (98,3)	51 (98,1)	4 (100,0)	1,000
Sim	2 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Onicomiose					
Não	109 (94,0)	56 (93,3)	50 (96,2)	3 (75,0)	0,196
Sim	7 (6,0)	4 (6,7)	2 (3,8)	1 (25,0)	
Tinha					
Não	112 (96,6)	59 (98,3)	50 (96,2)	3 (75,0)	0,119
Sim	4 (3,4)	25,0 (1,7)	2 (3,8)	1 (25,0)	
Intertrigo					
Não	114 (98,3)	59 (98,3)	51 (98,1)	4 (100,0)	1,000
Sim	2 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Alopécia					
Não	113 (97,4)	59 (98,3)	50 (96,2)	4 (100,0)	0,637

Sim	3 (2,6)	1 (1,7)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Cisto epidérmico					
Não	112 (96,6)	58 (96,7)	50 (96,2)	4 (100,0)	1,000
Sim	4 (3,4)	2 (3,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Cisto pilonidal					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Lipoma					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	
Acrocordon					
Não	113 (97,4)	58 (96,7)	52 (100,0)	3 (75,0)	0,052
Sim	3 (2,6)	2 (3,3)	0 (0,0)	1 (25,5)	
Fibroma mole					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	52 (100,0)	3 (75,0)	0,034
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	
Dermatofibroma					
Não	114 (98,3)	59 (98,3)	51 (98,1)	4 (100,0)	1,000
Sim	2 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Calosidade					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Notalgia parestésica					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Psoríase					
Não	113 (97,4)	60 (100,0)	49 (94,2)	4 (100,0)	0,188
Sim	3 (2,6)	0 (0,0)	3 (5,8)	0 (0,0)	
Síndrome de Sjögren					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Úlcera de pele					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Líquen amiloidótico					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Líquen plano pilar					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Líquen escleroatrófico					
Não	115 (99,1)	60 (100,0)	51 (98,1)	4 (100,0)	0,483
Sim	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	

*Teste Exato de Fischer

Fonte: Própria

6 DISCUSSÃO

Na população dos idosos participantes da pesquisa, houve um predomínio do sexo feminino (52,6%) com grande maioria da raça branca (95,5%). Quanto ao fototipo foi a dois (50%), não fazendo uso de fotoproteção (65,5%) e sem fotodano (81,9%).

A população do Rio Grande do Sul (RS), na autodeclaração quanto à cor, da raça branca (82,3%), pardas (11,4%), pretas (15,9%) e amarelas ou indígenas (0,4%).¹⁵

Na corrente migratória ao Rio Grande do Sul (RS), vieram muitos de pele clara, por esta razão, o fototipo sensível (1 e 2) foi o mais encontrado.

A maioria sem fotoproteção e fotodano, sabendo-se que os idosos atuais, em sua juventude, não recebiam informações sobre o tema. A maior parte dessas pessoas tinham a pele muito clara e trabalhavam ao ar livre, mas o vestuário as protegia, diminuindo, desse modo, as áreas expostas ao sol.

Os diversos diagnósticos encontrados nos idosos da pesquisa mostram a importância da avaliação integral ao idoso. A dermatologia é a especialidade médica que apresenta o maior número de doenças, que podem ser isoladas ou associadas a outras patologias internas.

O carcinoma basocelular é a neoplasia mais comum de pele e, associada à exposição solar, foi a patologia mais encontrada nos participantes.¹⁶ Ressaltando o fato de que o Serviço de Dermatologia do HSL da PUCRS é uma das referências estaduais no diagnóstico e tratamento desta afecção.

A ceratose seborreica, também com número expressivo de casos, é uma alteração da camada mais superficial da pele, com hipertrofia e aspecto verrugoso e número variado de lesões. Trata-se de patologia benigna, sendo a mais frequente nos idosos.¹⁷ A outra ceratose chamada actínica, que aparece em áreas mais expostas ao sol, pertence ao grupo das dermatoses pré-malignas, requer tratamento imediato, pois sua evolução é para carcinoma epidermóide.¹⁸

Entre as outras patologias também incidentes, o Nevo Rubi é sempre de origem vascular, acometendo geralmente, mais de 15% da população acima de 70 anos de idade. Existem inúmeros casos possíveis para o surgimento de verrugas. São causadas pelo vírus Papiloma Vírus Humano (HPV) e infecta a camada superior da pele. A dermatite seborreica é uma inflamação com descamação e vermelhidão da

face, com coloração branca, de origem genética ou desencadeada por agentes externos, estresse, comum nos idosos.

O melanoma é uma neoplasia com grande potencial de metastização. Tem como causa importante a exposição cumulativa ao sol e sua incidência está aumentando. Nos idosos o tipo mais frequente é o lentigo maligno, melanoma derivado de manchas escuras já existentes. Rosácea é uma doença vascular inflamatória crônica. Mais comum em adultos e em mulheres.¹⁹

7 CONCLUSÃO

Os idosos são frequentemente acometidos por diversas dermatoses, e isso revela a importância da dermatologia geriátrica, área da medicina em que já atuam vários profissionais especialistas.²⁰As doenças de pele mais encontradas nos idosos, as quais foram reveladas pela pesquisa, são frequentemente de natureza distrófica, degenerativa e neoplásica. Ressaltamos que a prevenção e cuidados com a pele desde a infância auxilia na saúde do idoso.

O tema Dermatologia Geriátrica está muito presente nos encontros científicos da dermatologia e da geriatria. Salientamos que devem ser incentivados mais estudos nesta área, pois muitas patologias cutâneas podem estar associadas a doenças sistêmicas.

Com o aumento da população geriátrica, é importante que todos os profissionais envolvidos no atendimento ao idoso estejam preparados para prevenir e orientar o manejo dos problemas de pele em pessoas dessa faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet]. Censo 2010 [acesso em 20 ago 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf.
2. Hoffmann ME. Bases biológicas do envelhecimento. Campinas: Revista Idade Ativa; 2003.
3. Harman D. Aging: overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;928(1):1-21.
4. Porto CC. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
5. Organización de Iãs Naciones Unidas. [homepage na internet]. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento [acesso em 12 ago 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/hr-ecourse-s/assets/_pdf/module3/Lesson1/M3_L1_9.pdf>.
6. Caberlon, I. Prevenção de quedas e fraturas na atenção à saúde do idoso no Rio Grande do Sul [tese]. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Programa de Gerontologia ; 2012.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet]. Censo 2000 [acesso em 19 ago 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf.
8. Pagani EA, Jesus AMP, Pereira GC, Neves RG, Nascimento LV. Envelhecimento cutâneo: estudo comparativo clínico, histopatológico e histoquímico de áreas expostas e não expostas à luz solar. *Na BrasDermatol*. 1998;73(6): 523-30.
9. Araújo MG, Aguiar CR. Principais alterações dermatológicas no idoso. In: Moraes EM. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 583-93.
10. Makrantonaki E, Zouboulis CC. Skin alterations and disease in advanced age. *Drug Discov Today Dis Mech*, 2008;5(2):153-62.
11. Reichel W, Gallo JJ, Rabins P, Silliman R. *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
12. Eidt, L. *Manifestações dermatológicas em idosos ambulatoriais, internados e institucionalizados de Porto Alegre-RS*. [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Programa de Gerontologia Biomédica; 2012.

13. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller A, Leffell DJ, Wolff K. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8ª ed. New York: McGraw-Hill Education; 2012.
14. Sociedade Brasileira de Dermatologia. [homepage na internet]. Classificação dos fototipos de pele [acesso em 2017]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/cuidados/classificacao-dos-fototipos-de-pele/>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet]. Censo 2000 [acesso em 19 ago 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf.
16. White GM, Cox NH. Doenças da pele: atlas colorido. São Paulo: Manole; 2003.
17. Callen JP, Jorizzo J, Greer KE, Penneys N, Piette WW, Zone JJ. Dermatological signs of internal disease. New York: WB Saunders; 2009.
18. Habif TP. Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento. Elsevier Brasil; 2012.
19. Neves RG, Lupi O, Talhari S. Câncer da pele. Curitiba: Medsi; 2001.
20. Korting GW. Geriatric dermatology. New York: Saunders; 1980.

ANEXO A - CARTA CHEFE DO SERVIÇO

Porto Alegre, 21 de julho de 2016

Ao comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS

Prezados senhores

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado " DOENÇAS DERMATOLÓGICAS DIAGNOSTICADAS EM IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO BRASIL " proposto pelo aluno do programa de pós graduação em Gerontologia Biomédica, sob orientação do Prof. Dr. Newton Terra.

O referido projeto será realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente



Dr. Plínio Vicente Medaglia Filho
Diretor Técnico e Clínico do Hospital São Lucas da PUCRS

ANEXO B- APROVAÇÃO COMISSÃO CIENTÍFICA –SIPESQ**SIPESQ**

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 7513

Porto Alegre, 14 de setembro de 2016.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Doenças dermatológicas diagnosticadas em idosos atendidos em um serviço de dermatologia de um Hospital Universitário no Sul do Brasil". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

ANEXO C - APROVAÇÃO CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Doenças dermatológicas diagnosticadas em idosos atendidos em um serviço de dermatologia de um Hospital Universitário no Sul do Brasil

Pesquisador: Newton Luiz Terra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60230116.8.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.887.540

Apresentação do Projeto:

O crescimento da população idosa brasileira que está ocorrendo em um nível sem precedentes é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas. Com o envelhecimento populacional brasileiro, verificam-se mudanças nas principais causas de morbidade e mortalidade, de tal modo que as doenças não-transmissíveis e as causas externas passam a predominar sobre as doenças, pois à medida que as pessoas envelhecem, aumenta o risco de que elas adquiram doenças crônicas e desenvolvam incapacidades. É oportuno ressaltar que em função das enormes variações individuais no processo de envelhecimento costuma-se dividir os idosos em três grupos: Idoso jovem: de 60 a 74 anos; Idoso velho: de 75 aos 90 anos; Idoso muito velho: 90 ou mais anos. Em função do exposto justifica-se a presente pesquisa, pois, conforme o pesquisador, necessita-se ter conhecimento de quais patologias cutâneas ocorrem no envelhecimento e como diagnosticá-las.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as patologias dermatológicas diagnosticadas em idosos atendidos em um ambulatório de dermatologia de um Hospital Universitário.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.887.540

Em idosos atendidos em um ambulatório de dermatologia de um Hospital Universitário:1. descrever os diagnósticos das manifestações dermatológicas;2. analisar a associação entre diagnósticos das manifestações dermatológicas e faixa etária (10 em 10 anos);3. analisar a associação entre diagnósticos das manifestações dermatológicas e sexo;4. analisar a associação entre diagnósticos das manifestações dermatológicas e raça/etnia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco mínimo.

Benefícios:

Identificar doenças cutâneas precocemente em idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal, descritivo e analítico, com idosos de ambos os sexos com idade igual ou acima de 60 anos atendidos no serviço de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS no período de agosto de 2016 a julho de 2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_794412.pdf	29/12/2016 09:35:32		Aceito
Outros	CartaRespostaCEPcampos.pdf	29/12/2016 09:35:17	Anelise Crippa Silva	Aceito
Cronograma	CronogramaAtualizado.pdf	19/12/2016 10:16:28	Anelise Crippa Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	19/12/2016 10:10:45	Anelise Crippa Silva	Aceito

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.887.540

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2016 10:10:45	Anelise Crippa Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoCampos.pdf	15/09/2016 16:00:07	Anelise Crippa Silva	Aceito
Outros	instrumento.pdf	15/09/2016 12:45:58	Anelise Crippa Silva	Aceito
Orçamento	orcamentoCampos.pdf	15/09/2016 12:43:28	Anelise Crippa Silva	Aceito
Outros	AutorizacaoChefeServico.pdf	15/09/2016 12:43:12	Anelise Crippa Silva	Aceito
Outros	Carta_de_Aprovacao_da_Comissao_Cientifica_1473883276045.pdf	15/09/2016 12:42:57	Anelise Crippa Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Documento_Unificado_do_Projeto_de_Pesquisa_1473883276045.pdf	15/09/2016 12:42:40	Anelise Crippa Silva	Aceito
Outros	lattes.pdf	15/09/2016 12:42:29	Anelise Crippa Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

ANEXO D -SUBMISSÃO DE ARTIGO ORIGINAL

14/01/2018

ScholarOne Manuscripts

 Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

 Home

 Author

 Review

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Manuscript ID

RBGG-2018-0009

Title

Dermatologic diseases diagnosed in the elderly attended at a Dermatology Service of a University Hospital in Southern Brazil.

Authors

Campos, Luis Carlos

Terra, Newton

Date Submitted

14-Jan-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA

Nº _____

Nome: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Sexo: _____

Profissão: _____

Raça: _____

Diagnósticos Dermatológicos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Fototipo

1. ()
2. ()
3. ()
4. ()
5. ()
6. ()

Fotoproteção

- Sim ()
não()

Fotodano

- Sim ()
Não ()

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Doenças dermatológicas diagnosticadas em idosos atendidos em um serviço de dermatologia de um Hospital Universitário no Sul do Brasil.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

A pesquisa tem por objetivo principal realizar o diagnóstico das doenças dermatológicas em idosos de ambos os sexos que consultam no ambulatório de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS na cidade de Porto Alegre.RS.

Uma vez que os médicos estarão atendendo pacientes cada vez mais idosos,obrigatoriamente deverão estar aptos a fazer o diagnóstico correto bem como reconhecer as particularidades da apresentação das doenças dermatológicas após os 60 anos. Com os resultados o autor pretende chamar a atenção da comunidade científica sobre as particularidades das doenças da pele à medida que os indivíduos envelhecem bem como dos governantes sobre a necessidade de um melhor atendimento aos idosos neste País.

RISCOS E DIREITOS

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Mesmo que decida participar você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo ou a qualquer momento do mesmo.

A sua identidade será mantida em segredo/sigilo e não será divulgada em nenhum momento. Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins científicos e poderão ser divulgados em relatórios e revistas científicas.

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS

A coleta de dados será realizada pelo pesquisador responsável através de um questionário, do exame físico e dermatoscópico da pele. A princípio, essa coleta não trará nenhum dano para você. Serão realizadas fotografias das lesões, garantindo-se o sigilo da identidade. Se for necessário algum exame adicional para confirmar o tipo de lesão cutânea será realizada uma biópsia de pele sob anestesia local que também não lhe causará nenhum desconforto.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador resp.

Eu, _____

(nome do idoso ou responsável), RG _____

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa “Doenças dermatológicas diagnosticadas em idosos atendidos em um serviço de dermatologia de um Hospital Universitário no Sul do Brasil” de forma clara e detalhada. Recebi informações a respeito dos procedimentos a serem realizados e esclareci minhas dúvidas. Autorizo a realização de fotografias das lesões de pele para uso posterior pelo pesquisador. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão em participar do estudo. O médico dermatologista e professor da Faculdade de Medicina da PUCRS Luis Carlos Elejalde de Campos, pesquisador responsável, certifica-me que minha identidade será mantida em sigilo e que os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins científicos.

Fui informado(a) que, caso seja necessário tratamento ou acompanhamento dermatológico, poderei fazê-lo no ambulatório de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS e/ou encaminhado a outros serviços do sistema público ou privado que tratam de doenças dermatológicas no Rio Grande do Sul.

Se tiver novas perguntas e dúvidas sobre esta pesquisa, tenho total liberdade para entrar em contato com o pesquisador responsável, o Professor Luis Carlos Elejalde de Campos, pelos fones: 51 33395892 ou 51 99869281.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50, sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@puhrs.br, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30 às 17h.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento.

Nome do idoso(a) _____

Assinatura _____

Local e data _____

Nome e assinatura do pesquisador _____

Responsável pelo projeto: Prof. Luis Carlos Elejalde de Campos. Telefones: 33395892 ou 51 99869281.

Orientador do projeto: Prof. Dr. Newton Luiz Terra. Telefones: 51 33384643, 51 33536050 ou 51 97145284.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

APÊNDICE C - ARTIGO ORIGINAL

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia



Dermatologic diseases diagnosed in the elderly attended at a Dermatology Service of a University Hospital in Southern Brazil.

Journal:	<i>Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Geriatric Dermatology, Phototype, Photodynamic, Photoprotection

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbgg-scielo>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

RESUMO

Introdução: A investigação diagnóstica, tratamento e prevenção das doenças dermatológicas geriátricas, são de suma importância para que o idoso tenha uma boa qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar os diagnósticos dermatológicos, sexo e raça e os itens fototipo, fotodano e fotoproteção nos idosos.

Métodos: Estudo transversal, descritivo e analítico que incluíram os idosos em consulta no Ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, no período de março a novembro de 2017.

Resultados: Incluídos no estudo 116 idosos, atendidos no Ambulatório, com média de idade $71 \pm 7,5$ anos (intervalo de 60 a 99 anos), maioria do sexo feminino (52,6%) e da raça branca (95, 5%).

Mais frequentemente, os idosos foram classificados como fototipo dois(50%), sem uso de fotoprotecao(65,5%).e não apresentaram fotodano(81,9%).

As principais dermatoses encontradas foram carcinoma basocelular (28,4%) e em maior frequência nos fototipos mais baixos (1 e 2) (35%), ceratose actínica (23,3%), também nos fototipos 1 e 2 (31,7%) e ceratose seborreica (25,9%), nos fototipos intermediários (3 e 4) (32,7%)

Conclusão: As patologias mais diagnosticadas nos idosos são degenerativas e não infecciosas ou alérgicas, podendo ser prevenidas, dando qualidade de vida ao idoso.

Palavras Chaves: Dermatologia geriátrica, Fototipo, Fotodano, Fotoproteção

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

ABSTRACT

Introduction: Diagnostic investigation, treatment and prevention of geriatric dermatological diseases are of paramount importance for the elderly to have a good quality of life.

Objective: To evaluate the dermatological diagnoses, sex and race, and the phototype, photodane and photoprotection items in the elderly.

Methods: A cross - sectional, descriptive and analytical study that included the elderly in consultation at the Dermatology Outpatient Clinic of the São Lucas Hospital of PUCRS, from March to November 2017.

Results: Included in the study were 116 elderly, attended in the outpatient clinic, with mean age of 71 ± 7.5 years (range 60 to 99 years), the majority of females (52.6%) and the white race (95.5%).

More frequently, the elderly were classified as phototype two (50%), without photoprotection (65.5%) and did not present photodynamic (81.9%).

The main dermatoses were basal cell carcinoma (28.4%), and in the lowest phototypes (1 and 2) (35%), actinic keratosis (23.3%), also in phototypes 1 and 2 (31.7% %) and seborrheic keratosis (25.9%), in the intermediate phototypes (3 and 4) (32.7%).

Conclusion: The most diagnosed pathologies in the elderly are degenerative and not infectious or allergic, and can be prevented, giving quality of life to the elderly.

Keywords: Geriatric Dermatology, Phototype, Photodynamic, Photoprotection

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa brasileira é um dos grandes desafios das próximas décadas. Esta mudança no quadro demográfico demanda maiores recursos para cuidados com a saúde.

O IBGE (Instituto de Geografia e Estatística do Brasil), projetou um aumento significativo da população idosa brasileira, passando de 19,6 milhões (10% do total) em 2010, para 66,5 milhões (25,5 %) em 2050.¹ Este fenômeno também foi observado na população mundial no século XX e projeta-se um crescimento neste século.^{2,3}

O envelhecimento humano é um processo multifatorial, com modificações de toda ordem, em consequência da ação do tempo. É um processo heterogêneo, variável e sem relação com a idade cronológica.⁴ É resultado de fenômenos intrínsecos associados a fatores ambientais e ao estilo de vida.

As pesquisas já realizadas ainda não esclarecem os mecanismos que controlam a velocidade e a maneira pela qual o organismo envelhece. Existem muitas teorias que se propõem a explicar estes fenômenos, mas nenhuma é universalmente aceita.

Entre elas poderíamos citar a teoria dos radicais livres, da glicolização e da senescência celular. Temos que distinguir quais as modificações estruturais e funcionais induzidas exclusivamente pelo processo de envelhecimento (senescência), das causadas pelas doenças que podem acometer o idoso (senilidade).⁵

Em relação a pele é praticamente impossível determinar quais modificações seriam provocadas exclusivamente pelo envelhecimento, pois é o órgão de contato do corpo com o ambiente. Uma maior exposição dos raios solares antecipa e intensifica o envelhecimento, com diversas mudanças.⁶⁻¹³

A pele é classificada em seis fototipos, de acordo com a sensibilidade ao sol.^{13,14}

1. Pele muito clara, cabelos e olhos claros, sempre queima, nunca bronzeia.
2. Pele muito clara, cabelos e olhos claros, sempre queima, as vezes bronzeia.

3. Pele clara, cabelos e olhos variados, as vezes queima, sempre bronzeia.
4. Pele castanho claro, cabelos e olhos escuros, raro queimar, bronzeia mais rápido.
5. Pele modernamente escura, nunca queima, bronzeia profundamente.
6. Pele escura ou muito escura.

OBS: Na pesquisa para melhor avaliação os fototipos 1 e 2, foram classificadas como sensíveis ao sol, os fototipos 3 e 4, como sensibilidade intermediária ao sol e os fototipos 5 e 6 como pouco sensíveis ao sol.

MÉTODOS

Delineamento

Estudo transversal, descritivo e analítico com Idosos de ambos os sexos com idade igual ou acima de 60 anos atendidos no serviço de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS no período de agosto de 2016 a julho de 2017.

Tratamento estatístico

Os dados foram armazenados em um banco de dados Microsoft Excel 2007. Com auxílio do software SPSS (*Statistic Package for Social Sciences*) versão 21.0 foi realizada a análise dos dados. A normalidade da distribuição dos dados foi verificada por meio do Teste de Kolmogorov-Smirnov. A análise descritiva das variáveis quantitativas foi realizada através de medidas de tendência central e dispersão. As variáveis categóricas foram demonstradas por meio de frequências absoluta e relativa. A comparação entre variáveis quantitativas foi realizada com o teste t de Student. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fischer. Foi adotado um nível de significância de $P < 0,05$.

Ética

1
2
3 O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
4 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, conforme a Resolução nº
5 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
6

7 8 9 **RESULTADOS**

10
11
12 Foram avaliados 116 idosos, atendidos em ambulatório de Dermatologia do
13 Hospital São Lucas da PUCRS, com média de idade de 71,1±7,5 anos (intervalo de
14 60 a 99 anos), a maioria do gênero feminino (52,6%) e da raça branca (95,5%). Mais
15 frequentemente, os idosos foram classificados como fototipo dois (50,0%), a maioria
16 não fazia uso de fotoproteção (65,5%) e não apresentou fotodano (81,9%) (Tabela
17 1).
18
19

20
21
22
23
24 **(Tabela 1)**

25
26
27 As doenças dermatológicas mais frequentes foram o carcinoma basocelular
28 (28,4%), e as ceratose seborreica (25,9%) e actínica (23,3%). As demais dermatites
29 tiveram frequências inferiores a 8,6%. Pacientes com ceratose seborreica (P=0,002)
30 e com melanose (P=0,014) eram, mais frequentemente, mulheres. Paciente com
31 fototipo pouco sensível apresentou fibroma mole enquanto que pacientes com
32 fototipo muito sensível ou intermediário não (P=0,034). Dermatofibroma foi mais
33 frequente em idosos com fotodano (P=0,031). Idosos com Nevo Rubi ou angioma,
34 mais frequentemente faziam uso de fotoproteção, que idosos sem a doença
35 (P=0,009). Demais associações não foram estatisticamente significativas.
36
37
38
39
40
41

42
43 **(Tabela 2)**

44 45 46 47 **DISCUSSÃO**

48
49
50 Na população dos idosos participantes da pesquisa, houve um predomínio do
51 sexo feminino (52,6%) com grande maioria da raça branca (95,5%). Quanto ao
52 fototipo foi a dois (50%), não fazendo uso de fotoproteção (65,5%) e sem fotodano
53 (81,9%).
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

A população do Rio Grande do Sul (RS), na autodeclaração quanto à cor, da raça branca (82,3%), pardas (11,4%), pretas (15,9%) e amarelas ou indígenas (0,4%).¹⁵

Na corrente migratória ao Rio Grande do Sul (RS), vieram muitos de pele clara, por esta razão o fototipo sensível (1 e 2), foi o mais encontrado.

A maioria sem fotoproteção e fotodano, sabendo que os idosos atuais, em seu tempo de jovens não recebiam informações sobre o tema, mas a grande maioria deles, como tinham a pele muito clara e trabalhavam ao ar livre, a proteção era feita com vestuário, diminuindo as áreas expostas ao sol.

Os diversos diagnósticos encontrados nos idosos da pesquisa, mostram a importância da avaliação integral ao idoso. A dermatologia é a especialidade médica que apresenta o maior número de doenças, que podem ser isoladas ou associadas a outras patologias internas.

O carcinoma basocelular, é a neoplasia mais comum de pele e associada a exposição solar, foi a patologia mais encontrada nos participantes.¹⁶ Ressaltando o fato de que o Serviço de Dermatologia do HSL da PUCRS é uma das referências estaduais no diagnóstico e tratamento desta afecção.

A ceratose seborreica também com número expressivo de casos é uma alteração da camada mais superficial da pele, com hipertrofia e aspecto verrugoso e número variado de lesões. Trata-se de patologia benigna, sendo a mais frequente nos idosos.¹⁷ A outra ceratose chamada actínica que aparece em áreas mais exposta ao sol, pertence ao grupo das dermatoses pré-malignas, requer tratamento imediato, pois sua evolução é para carcinoma epidermóide.¹⁸

Entre as outras patologias também incidentes, o Nevo Rubi é sempre de origem vascular, geralmente acometendo, mais de 15% da população acima de 70 anos de idade. Existem inúmeros casos possíveis para o surgimento de verrugas. São causadas pelo vírus Papiloma Virus Humano (HPV) e infecta a camada superior da pele. A dermatite seborreica é uma inflamação com descamação e vermelhidão da face, com coloração branca de origem genética ou desencadeadas por agentes externos, estresse, comum nos idosos.

O melanoma é uma neoplasia com grande potencial de metastização, tendo causa importante a exposição cumulativa ao sol, sua incidência está aumentando. Nos idosos o tipo mais frequente é o lentigo maligno melanoma, derivado de

1
2
3 manchas escuras já existentes. Rosácea é uma doença vascular inflamatória
4 crônica. Mais comum em adultos e em mulheres.¹⁹
5
6
7
8
9
10

11 12 **CONCLUSÃO**

13
14
15 Os idosos são frequentemente acometidos por variadas dermatoses e
16 revelam a importância da dermatologia geriátrica, vários profissionais já são
17 especialistas nesta área.²⁰ As mais encontradas nos idosos, reveladas pela pesquisa
18 também são frequentemente de natureza distrófica, degenerativa e neoplásica.
19 Ressaltamos que a prevenção e cuidados com a pele desde a infância auxilia na
20 saúde do idoso.
21

22 O tema dermatologia geriátrica está muito presente nos encontros científicos
23 da dermatologia e da geriatria. Salientamos que devem ser incentivados mais
24 estudos nesta área, pois muitas patologias cutâneas podem estar associadas a
25 doenças sistêmicas.
26

27 Com o aumento da população geriátrica é importante que todos os
28 profissionais envolvidos no atendimento ao idoso estejam preparadas para prevenir
29 e orientar o manejo dos problemas de pele no idoso.
30
31

32 33 **CONFLITO DE INTERESSE**

34 Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesse.
35
36
37

38 39 **REFERÊNCIAS**

- 40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50 1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [homepage].
51 Capturado em 20 ago 2011. Disponível em:
52 [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/20](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf)
53 [08/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf).
54
55 2. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Madrid
56 sobre Envejecimiento [Dissertação]. Madrid: Comisaria Del Comité
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- Organizador Español de La II Asamblea Mundial sobre El Envejecimi; 2002. [capturado 12 ago 2011]. Disponível em: <http://www.paho.org/hr-ecourses/assets/_pdf/module3/Lesson1/M3_L1_9.pdf>.
3. Caberlon, I. Prevenção de quedas e fraturas na atenção à saúde do idoso no Rio Grande do Sul [tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Programa de Gerontologia Biomédica 2012.
 4. Hoffmann ME. Bases Biológicas do Envelhecimento. Revista Idade Ativa. Campinas: São Paulo, 2003.
 5. Harman D. Aging: overview. Annals of the New York Academy of Sciences. 2001;928(1):1-21.
 6. Porto, CC. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009.
 7. Pagani EA, Jesus AMP, Pereira GC, Neves RG, Nascimento LV. Envelhecimento cutâneo: estudo comparativo clínico, histopatológico e histoquímico de áreas expostas e não expostas à luz solar. Na Bras Dermatol. 1998; 73(6): 523-30.
 8. Araújo MG, Aguiar CR. Principais alterações dermatológicas no idoso. In: Moraes EM. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. P. 583-93.
 9. Makrantonaki E, Zouboulis CC. Skin alterations and disease in advanced age. Drug Discov Today Dis Mech, 2008; 5(2): e 153-62.
 10. Reichel W, GALLO JJ, Rabins P, Silliman R. Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
 11. Eidt, L. Manifestações dermatológicas em idosos ambulatoriais, internados e institucionalizados de Porto Alegre-RS. [tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Programa de Gerontologia Biomédica 2012.
 12. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas, 1998.
 13. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller A, Leffell DJ, Wolff K. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, Eighth Edition, 2 Volume set: McGraw-Hill Education; 2012.
 14. SBD. Classificação dos fototipos de pele Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2017. Available from: <http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/cuidados/classificacao-dos-fototipos-de-pele/>.
 15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000 [homepage]. Capturado em 19 ago 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

16. White GM, Cox NH. Doenças da pele: atlas colorido. São Paulo: Editora Manole; 2003.
17. Callen JP, Jorizzo J, Greer KE, Penneys N, Piette WW, Zone JJ. Dermatological signs of internal disease: WB Saunders New York; 2009.
18. Habif TP. Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento: Elsevier Brasil; 2012.
19. Neves RG, Lupi O, Talhari S. Câncer da pele. Paraná/PR: Medsi; 2001.
20. Korting GW. Geriatric dermatology: Saunders Limited.; 1980.

For Review Only

Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas, do tipo de pele e exposição ao sol, dos idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS (N= 116).

Características	N (%)
Idade em anos (média±DP)	71,1±7,5
Gênero	
Masculino	55 (47,4)
Feminino	61 (52,6)
Raça/etnia	
Branca	105 (95,5)
Negra	3 (2,7)
Pardo	2 (1,8)
Fototipo	
Um	2 (1,7)
Dois	58 (50,0)
Três	44 (37,9)
Quatro	8 (6,9)
Cinco	3 (2,6)
Seis	1 (0,9)
Fotoproteção	
Não	76 (65,5)
Sim	30 (25,9)
Eventual	10 (8,6)
Fotodano	
Não	95 (81,9)
Sim	21 (18,1)

Nota: Os dados faltantes foram seis para raça/etnia.

Tabela 2. Associação entre doenças dermatológicas e gênero, fototipo, fotodano e fotoproteção em idosos atendidos em ambulatório de Dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS (N=116).

Doenças Dermatológicas	Amostra total N (%)	Gênero N (%)		P	Fototipo N (%)			P*	Fotodano N (%)		P*	Fotoproteção N (%)			P*
		Masculino N=55	Feminino N=61		Sensível N=60	Intermediário N=52	Pouco sensível N=4		Não N=95	Sim N=21		Não N=76	Sim N=30	Eventual N=10	
1 Carcinoma Basocelular	33 (28,4)	19 (34,5)	14 (23,0)	0,167*	21 (35,0)	12 (23,1)	0 (0,0)	0,216	29 (30,5)	4 (19,0)	0,281*	19 (25,0)	9 (30,0)	5 (50,0)	0,240
2 Carcinoma Espinocelular	7 (6,0)	5 (9,1)	2 (3,3)	0,254	5 (8,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	0,570	7 (7,4)	0 (0,0)	0,348	5 (6,6)	1 (3,3)	1 (10,0)	0,567
3 Melanoma	5 (4,3)	4 (7,3)	1 (1,6)	0,188	3 (5,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	1,000	5 (5,3)	0 (0,0)	0,583	4 (5,3)	1 (20,0)	0 (0,0)	1,000
4 Neoplasia pele	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
5 Ceratose actínica	27 (23,3)	12 (21,8)	15 (24,6)	0,827	19 (31,7)	8 (15,4)	0 (0,0)	0,087	25 (26,3)	2 (9,5)	0,152	16 (21,1)	8 (26,7)	3 (30,0)	0,694
6 Ceratoacantoma	4 (3,4)	1 (1,8)	3 (4,9)	0,620	3 (5,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,672	3 (3,2)	1 (4,8)	0,555	3 (3,9)	1 (3,3)	0 (0,0)	1,000
7 Orno cutâneo	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
8 Ceratose seborreica	30 (25,9)	7 (12,7)	23 (37,7)	0,002*	12 (20,0)	17 (32,7)	1 (25,0)	0,233	25 (26,3)	5 (23,8)	1,000	17 (22,4)	11 (36,7)	2 (20,0)	0,290
9 Nevus Rubi+angioma	10 (8,6)	4 (7,3)	6 (9,8)	0,746	8 (13,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	0,188	8 (8,4)	2 (9,5)	1,000	3 (3,9)	7 (23,3)	0 (0,0)	0,009
10 Nevus melanocíticos	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	0 (0,0)	1 (4,8)	0,181	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,345
11 Nevus azul	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	0 (0,0)	1 (4,8)	0,181	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,345
12 Ferruga	8 (6,9)	2 (3,6)	6 (9,8)	0,277	3 (5,0)	5 (9,6)	0 (0,0)	0,602	8 (8,4)	0 (0,0)	0,347	3 (3,9)	4 (13,3)	1 (10,0)	0,149
13 Herpes	2 (1,7)	1 (1,8)	1 (1,6)	1,000	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	1,000	1 (1,1)	1 (4,8)	0,331	2 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
14 Dermatite seborreica	7 (6,0)	5 (9,1)	2 (3,3)	0,254	5 (8,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	0,570	7 (7,4)	0 (0,0)	0,348	4 (5,3)	3 (10,0)	0 (0,0)	0,448
15 Rosácea	5 (4,3)	2 (3,6)	3 (4,9)	1,000	3 (5,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	1,000	5 (5,3)	0 (0,0)	0,583	3 (3,9)	2 (6,7)	0 (0,0)	0,760
16 Dermatite ocre	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	0 (0,0)	1 (4,8)	0,181	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
17 Dermatite de contato	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	0,497	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	1,000	1 (1,1)	1 (4,8)	0,331	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (10,0)	0,231
18 Melanose	7 (6,0)	0 (0,0)	7 (11,5)	0,014	4 (6,7)	3 (5,8)	0 (0,0)	1,000	6 (6,3)	1 (4,8)	1,000	3 (3,9)	3 (10,0)	1 (10,0)	0,337
19 Lentigo solar	7 (6,0)	2 (3,6)	5 (8,2)	0,443	3 (5,0)	4 (7,7)	0 (0,0)	0,769	6 (6,3)	1 (4,8)	1,000	5 (6,6)	1 (3,3)	1 (10,0)	0,567
20 Lentigo maligno	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
21 Purpura medicamentosa	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
22 Telangiectasia	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	0 (0,0)	1 (4,8)	0,181	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
23 Ritema pigmentar	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000

1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6	fixo																		
7	Xerodermia	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	0,497	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	1,000	2 (2,1)	0 (0,0)	1,000	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (10,0)	0,052			
8	Onicomicose	7 (6,0)	4 (7,3)	3 (4,9)	0,706	4 (6,7)	2 (3,8)	1 (25,0)	0,196	5 (5,3)	2 (9,5)	0,609	6 (7,9)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,828			
9	Tinha	4 (3,4)	3 (5,5)	1 (1,6)	0,344	25,0 (1,7)	2 (3,8)	1 (25,0)	0,119	2 (2,1)	2 (9,5)	0,149	4 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,705			
10	Intertrigo	2 (1,7)	1 (1,8)	1 (1,6)	1,000	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	1,000	2 (2,1)	0 (0,0)	1,000	2 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000			
11	Alopécia	3 (2,6)	0 (0,0)	3 (4,9)	0,246	1 (1,7)	2 (3,8)	0 (0,0)	0,637	3 (3,2)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	1 (3,3)	1 (10,0)	0,142			
12	Cisto epidérmico	4 (3,4)	2 (3,6)	2 (3,3)	1,000	2 (3,3)	2 (3,8)	0 (0,0)	1,000	3 (3,2)	1 (4,8)	0,555	3 (3,9)	1 (3,3)	0 (0,0)	1,000			
13	Cisto pilonidal	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000			
14	Pipoma	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	0,483	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000			
15	Acrocordon	3 (2,6)	0 (0,0)	3 (4,9)	0,246	2 (3,3)	0 (0,0)	1 (25,5)	0,052	1 (1,1)	2 (9,5)	0,084	2 (2,6)	1 (3,3)	0 (0,0)	1,000			
16	Fibroma mole	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0,034	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000			
17	Dermatofibroma	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (3,3)	0,497	1 (1,7)	1 (1,9)	0 (0,0)	1,000	0 (0,0)	2 (9,5)	0,031	1 (1,3)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,573			
18	Calosidade	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000			
19	Gotalgia	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	0 (0,0)	1 (4,8)	0,181	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0,086			
20	parestésica																		
21	Psoríase	3 (2,6)	1 (1,8)	2 (3,3)	1,000	0 (0,0)	3 (5,8)	0 (0,0)	0,188	1 (1,1)	2 (9,5)	0,084	1 (1,3)	1 (3,3)	1 (10,0)	0,142			
22	Síndrome de Sjögren	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	0 (0,0)	1 (4,8)	0,181	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,345			
23	Úlcera de pele	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000			
24	Liquen	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0,0)	0,474	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000			
25	Amiloidótico																		
26	Liquen plano pilar	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000			
27	Liquen escleroatrófico	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (1,6)	1,000	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,483	0 (0,0)	1 (4,8)	0,181	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,345			

*Teste Exato de Fischer; a=Teste Qui-quadrado de Pearson.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

For Review Only