

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

LETÍCIA MARIA EIDT

**MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS EM IDOSOS AMBULATORIAIS,
INTERNADOS E INSTITUCIONALIZADOS DE PORTO ALEGRE - RS**

**Porto Alegre
2012**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

LETÍCIA MARIA EIDT

**MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS EM IDOSOS AMBULATORIAIS,
INTERNADOS E INSTITUCIONALIZADOS DE PORTO ALEGRE - RS**

Porto Alegre
2012

LETÍCIA MARIA EIDT

**MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS EM IDOSOS AMBULATORIAIS,
INTERNADOS E INSTITUCIONALIZADOS DE PORTO ALEGRE - RS**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho

Porto Alegre
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

E34m Eidt, Letícia Maria

Manifestações dermatológicas em idosos ambulatoriais, internados e institucionalizados de Porto Alegre - RS / Letícia Maria Eidt. – Porto Alegre: PUCRS, 2012.

148f.: il. tab.

Orientador: Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Doutorado em Gerontologia Biomédica.

1. MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS. 2. DERMATOPATIAS/epidemiologia.
3. ENVELHECIMENTO DA PELE. 4. IDOSO. 5. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL.
6. HOSPITALIZAÇÃO. 7. DERMATOLOGIA. 8. GERIATRIA. 9. GERONTOLOGIA.
10. SAÚDE DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO. 11. ESTUDOS TRANSVERSAIS.
12. ESTUDOS OBSERVACIONAIS. I. Silva Filho, Irênio Gomes da. II. Título.

C.D.D. 618.9765

C.D.U. 616.5-053.9(816.5) (043.3)

N.L.M. WR 143

LETÍCIA MARIA EIDT

**MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS EM IDOSOS AMBULATORIAIS,
INTERNADOS E INSTITUCIONALIZADOS DE PORTO ALEGRE - RS**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Renan Rangel Bonamigo

Prof^a. Dra. Marion Creutzberg

Prof^a. Dra. Carla Helena Augustin Schwanke

Porto Alegre
2012

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida.

Aos meus pais, Arthur e Olga, que considero os mais maravilhosos de todo o mundo, por sempre acreditarem em mim e investirem na minha pessoa. A vocês o meu eterno amor de filha.

Ao Manoel, meu companheiro querido, pelo seu amor, paciência e apoio incondicional aos meus projetos.

As minhas filhas amadas e razão maior do meu viver, Ana Letícia e Manoela, a certeza que teremos muitos momentos juntas para passear, brincar e conversar. Obrigada pela paciência de vocês e pelo sorriso que sempre encontro ao chegar em casa. Mas, não sei se algum dia terei resposta à pergunta de vocês: “Mãe, quando é que tu vais parar de estudar?”.

Ao meu maninho querido, José Arthur, pela alegria de tê-lo como irmão e pela ajuda no cuidado as minhas filhas nos meus momentos de ausência.

A todos os professores do IGG que colaboraram com a minha formação, em especial à Profa. Carla Helena Augustin Schwanke, Prof. Claus Dieter Stöbaus, Prof. Rodolfo Herberto Schneider, Prof. Newton Terra e Prof. Geraldo Atílio de Carli.

Às funcionárias da Secretaria do IGG, Nair Mônica, Cleti e Katy, pela presteza com que sempre me orientaram nos protocolos necessários. E ao Paulo que esteve presente no início do Curso.

Aos residentes da Geriatria do IGG do HSL da PUCRS pelo compartilhar de informações e pela ajuda na apresentação aos pacientes do Ambulatório e da Unidade de Internação Geriátrica.

A todos os colegas do Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do IGG da PUCRS, alguns deles mais presentes.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio à efetivação deste Doutorado.

À Vera Closs, pela colaboração com o Access para iniciar o banco de dados.

À equipe técnica e administrativa da Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados pela acolhida e possibilidade de coletar os dados no seu espaço. Em especial à Dra. Carina, Enfa. Cassandra e Administrador Agostinho.

Aos colegas da Equipe de Hanseníase do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Dr. Luiz Carlos de Elejalde Campos e Técnico de Enfermagem Paulo César de Moraes, pelo auxílio no atendimento aos pacientes para que eu pudesse comparecer aos compromissos acadêmicos.

Aos idosos que compartilharam momentos de suas vidas, sem os quais não teria sido possível realizar este estudo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu sempre estimado orientador Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho que desde o início me acolheu e, incansavelmente, me acompanhou ao longo de toda esta trajetória. O meu eterno agradecimento por suas sábias orientações e palavras nos momentos adequados, além de sua amizade. Obrigada pela parceria! E o desejo de que ela continue...

Since the human population is living longer, chronic diseases will become more prevalent, as will the diseases of the skin.

(Desde que a população está vivendo mais, as doenças crônicas se tornarão mais prevalentes, assim como as doenças de pele)

Robert Norman, 2003, p.268

RESUMO

Introdução: o aumento da população de idosos em todo o mundo, traz o desafio do envelhecimento ativo com qualidade de vida. Como consequência ao aumento da expectativa de vida, vários órgãos do corpo humano envelhecem, inclusive a pele. Logo, o envelhecimento populacional é um desafio também enfrentado pelos dermatologistas, pois a transição demográfica aumenta as doenças e alterações cutâneas que necessitam ser manejadas. A escassez de estudos epidemiológicos em nosso meio sobre a prevalência das manifestações cutâneas que acometem o idoso e a importância destes para embasar o atendimento ao paciente geriátrico justificaram a realização desta pesquisa.

Objetivos: estudar as manifestações dermatológicas em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e naqueles atendidos no Ambulatório e na Internação de um Centro de Referência em Geriatria de Porto Alegre – RS.

Métodos: estudo transversal, descritivo e analítico, realizado entre agosto/2010 e maio/2011. Foram convidados todos os idosos residentes em uma ILPI de Porto Alegre no período de agosto/2010 a outubro/2010, todos os idosos internados no ambulatório de referência em geriatria do Hospital São Lucas no período de outubro/2010 a maio/2011 e todos os idosos atendidos na enfermaria geriátrica do Hospital São Lucas no período de dezembro/2010 a maio/2011, com 60 anos de idade ou mais. Dados referentes à idade, ao sexo, à raça, à escolaridade, às doenças associadas e medicações em uso foram pesquisados nos prontuários dos pacientes. O histórico familiar de doenças de pele foi indagado ao idoso ou seu representante e as manifestações dermatológicas foram coletadas através do exame dermatológico (inspeção e palpação) complementado pelos exames dermatoscópico e histopatológico, quando necessário. A análise descritiva dos dados foi feita através de frequências, médias, medianas e desvios padrões. Para comparação das frequências das manifestações dermatológicas, com as frequências das características demográficas e com as frequências das comorbidades foi utilizado o teste do qui quadrado. A pesquisa iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa e os idosos ingressaram no estudo após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados: participaram da pesquisa 312 idosos (103 da ILPI, 104 do Ambulatório e 105 da Internação), 30,1% do sexo masculino e 69,9% do feminino. A idade variou dos 60 aos 103 anos, sendo a média de 78,4 anos (DP=8,9) e a mediana de 79 anos. Do total, 60,9% eram brancos, 55,0% não haviam completado o nível fundamental, 94,6% apresentavam doenças associadas e 94,2% usavam algum tipo de remédio. Foram observadas 128 manifestações dermatológicas, compreendendo alterações de pele, unhas e pelos. Calculando-se a média do número de manifestações dermatológicas por idoso, seu valor foi de 18,5 (DP=3,7) e a margem de variação de 7 a 28 manifestações dermatológicas por idoso pesquisado. Melanose solar, hipomelanose gotata, nevo rubi, estrias longitudinais das unhas, rugas, nevos melanocíticos, ceratose seborreica, alopecia androgenética masculina, xerose cutânea, telangiectasias, ausência de lúnula, intertrigo interdigital dos pododáctilos, atrofia cutânea e poiquiloderma estiveram

presentes em mais de 50% dos participantes deste trabalho. Ceratose actínica, canície, hirsutismo, pele romboidal, madarose supraciliar, onicólise, púrpura, onicodistrofia, cicatriz estelar, dermatite ocre, acrocórdon, dermatose papulosa nigra, comedão e ceratose de cotovelos e joelhos estiveram presentes entre 30 e 50 % dos sujeitos deste estudo. Poros dilatados, alopecia androgenética feminina, hipertricose das orelhas, eczema seborreico, cistos de millium, melasma, calosidades plantares, diferentes tipos de cicatrizes, calos plantares, leuconíquia, foliculite e hiperplasia sebácea foram constatadas entre 10 e 30 % dos idosos que fizeram parte desta pesquisa. Melanose solar foi a manifestação mais prevalente (97,8%). Ceratose seborreica (75,0%) foi menos prevalente na raça negra ($P=0,006$) e nos idosos com DPOC ($P=0,047$). Xerose cutânea esteve presente em 70,8% dos pesquisados. Hipomelanose gotata (82,7%), poiquilodermia (50,3%), poros dilatados (26,6%) e melasma (15,4%) foram menos prevalentes na ILPI ($P<0,001$) e a púrpura (38,1%) foi mais frequente na Internação ($P<0,001$). Intertrigo dos pododáctilos (52,6%) foi mais frequente nos homens ($P=0,001$), nas raças parda e negra ($P=0,001$) e naqueles com diabetes ($P=0,011$). Ceratose actínica (46,5%) foi mais prevalente na raça branca ($P<0,001$) e aumentou sua prevalência de acordo com o aumento das faixas etárias ($P<0,001$). As alterações ungueais mais frequentes foram as estrias longitudinais (81,2%), mais prevalentes na ILPI ($P<0,001$), no sexo masculino ($P=0,003$), na raça parda ($P=0,032$) e nas faixas etárias mais altas ($P<0,001$). Madarose supraciliar (40,1%) foi mais prevalente na internação ($P=0,036$), nas faixas etárias mais altas ($P=0,001$) e naqueles com AVE ($P=0,011$) e pneumonia ($P=0,002$). Eczema seborreico (22,4%) foi mais frequente no sexo masculino ($P<0,001$) e naqueles com demência ($P=0,020$). Calo plantar (12,8%) foi menos prevalente na Internação ($P=0,058$) e no diabetes ($P=0,022$), já a calosidade plantar (14,7%) foi mais prevalente no Ambulatório ($P<0,001$). Foliculite (11,2%) apresentou maior prevalência nos homens ($P<0,001$). A hiperplasia sebácea (10,6%) foi mais prevalente nos idosos com câncer ($P=0,030$).

Conclusão: a variedade de manifestações dermatológicas presentes nesta pesquisa remete à necessidade de inserir o cuidado com a pele na avaliação geriátrica ampla e no atendimento integral à saúde do idoso. A presença de manifestações secundárias ao envelhecimento cutâneo, lesões infecciosas, pré-malignas e malignas passíveis de prevenção justificam medidas de Educação para a Saúde ao idoso, ao cuidador, às equipes de saúde e às faixas etárias mais jovens da população. Face às manifestações dermatológicas observadas, à elevada prevalência de acometimento ungueal e à associação entre hiperplasia sebácea e câncer em nosso trabalho, sugere-se a realização de futuras pesquisas nesta área.

Palavras-chave: manifestações cutâneas, dermatopatias, epidemiologia, envelhecimento da pele, idoso, assistência ambulatorial, hospitalização, dermatologia, geriatria, gerontologia, saúde do idoso institucionalizado.

ABSTRACT

Introduction: the growth of the elderly population worldwide presents a challenge for active aging with quality of life. As a consequence of increased life expectancy, several organs of the human body age, including the skin. Therefore, the aging population is also a challenge for dermatologists, since the demographic transition also increases skin diseases and changes which need to be managed. This study is justified by the scarceness of epidemiological studies among us, regarding the prevalence of skin manifestations that affect the elderly and their importance as a foundation for the care of geriatric patients.

Objectives: To study dermatological problems in elderly residents at a Long Stay Institution (LSI) and in those seen at an Outpatient Clinic and in a ward of a Geriatric Center of Reference in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul (RS), Brazil.

Methods: cross-sectional, descriptive and analitics study performed between August/2010 and May/2011. The people invited to participate in the study were all the elderly residents of a long-stay institution of Porto Alegre from August/2010 to October/2010, all the elderly patients of the Geriatrics Ambulatory of Hospital São Lucas from October 2010 to May /2011, and all the elderly hospitalized at the Geriatrics Unit Care of Hospital São Lucas from December/2010 to May/2011, 60 years old or over. Data on age, sex, race, schooling, associated illnesses and medications used were surveyed in the patients' files. The elderly person or their representative was asked about the family history of skin diseases, and the dermatological manifestations were collected by dermatological exam (inspection and palpation), complemented by the dermatoscopic and histopathological exams when necessary. The descriptive analysis of the data was done by frequencies, means, medians and standard deviations. The Chi-square test was used to compare the frequencies of dermatological manifestations to the frequencies of demographic characteristics and to the frequencies of co-morbidities.

Results: Three hundred and twelve elderly people participated in the study, 30.1% male and 69.9% female. The age varied from 60 to 103 years, the mean was 78.4 years (SD=8.9), and the median 79 years. Out of the total number, 60.9% were white, 55.0% had not completed elementary school, 94.6% had associated co-morbidities, and 94.2% used some kind of medication. One hundred and twenty-eight dermatological manifestations were observed, comprising skin, nail and hair changes. The mean number of dermatological manifestation per person was calculated as 18.5 (SD=3.7) and the margin of variation was from 7 to 28 manifestations per elderly person surveyed. Solar melanosis, guttate hypomelanosis, cherry hemangioma, longitudinal striae on the nails, wrinkles, melanocytic nevi, seborrheic keratosis, male androgenetic alopecia, cutaneous xerosis, telangiectasias, absent lunula, interdigital intertrigo of the toes, skin atrophy and poichiloderma were present in over 50% of the participants in this study. Actinic keratosis, white hair, hirsutism, rhomboid skin, supraciliary madarosis, onycholysis, purpura, onicodystrophy, stellar scar, ochre dermatitis, acrochordon, dermatosis papulosa nigra, comedo and keratosis of the elbows and knees were present in 30

to 50% of the subjects in this study. Dilated pores, female androgenetic alopecia, hypertrichosis of the ears, seborrheic eczema, milium cysts, melasma, plantar callosities, different types of scar, plantar calluses, leukonychia, folliculitis and sebaceous hyperplasia were found in 10 to 30% of the elderly who participated in this study. Solar melanosis was the most prevalent manifestation (97.8%). Seborrheic keratosis (75.0%) was less prevalent among blacks ($P=0.006$) and in the elderly with DPOC ($P=0.047$). Cutaneous xerosis was present in 70.8% of the people researched. Guttate hypomelanosis (82.7%), poichilodermia (50.3%), dilated pores (26.6%) and melasma (15.4%) were less prevalent in LSI (Long Stay Institutions for the Elderly) ($P<0.001$), and purpura (38.1%) was more frequent in hospitalization ($P<0.001$). Interdigital intertrigo of the toes (52.6%) occurred more frequently in males ($P=0.001$), in the brown and black races ($P=0.001$) and in those with diabetes ($P=0.011$). Actinic keratosis (46.5%) was more prevalent in the white race ($P<0.001$) and its prevalence increased with the older age groups ($P<0.001$). Most frequent ungueal changes were longitudinal striae (81.2%), more prevalent in the LSI ($P<0.001$), in males ($P=0.003$), in the brown race ($P=0.032$) and in the older age groups ($P<0.001$). Supraciliary madarosis (40.1%) was more prevalent in hospitalized patients ($P=0.036$), in the older age groups ($P=0.001$) and in those with vascular encephalic accident ($P=0.011$) and pneumonia ($P=0.002$). Seborrheic eczema (22.4%) was more frequent in males ($P<0.001$) and in those with dementia ($P=0.020$). Plantar callosities (12.8%) were less prevalent in hospitalization ($P=0.058$) and in diabetes ($P=0.022$). On the other hand, plantar callosities (14.7%) were more prevalent in the Outpatient Clinic ($P<0.001$). Folliculitis (11.2%) was more prevalent in men ($P<0.001$). Sebaceous hyperplasia (10.6%) was more prevalent in elderly cancer patients ($P=0.030$).

Conclusion: the variety of dermatological manifestations found in this study reminds one of the need to include skin care in the broad geriatric assessment and in integral care of the elderly. The presence of manifestations secondary to skin aging, infectious lesions, both pre-malignant and malignant, that can be prevented justify measures of Education for Health of the Elderly, for the caregiver, the health teams and the young age groups of the population. Considering the skin manifestations observed, the high prevalence of ungueal involvement and the association between sebaceous hyperplasia and cancer in our work, it is suggested that further research be done in this field.

Key words: skin manifestations, skin pathologies/epidemiology, ageing skin, elderly, outpatient care, hospitalization, dermatology, geriatrics, gerontology, health of the elderly in institution, cross-sectional studies

RESUMEN

Introducción: el aumento de la población de adultos mayores en todo el mundo, presenta el desafío del envejecimiento activo con calidad de vida. Como consecuencia del aumento de la expectativa de vida, varios órganos del cuerpo humano envejecen, incluso la piel. Por lo tanto, el envejecimiento de la población también es un desafío que enfrentan los dermatólogos, ya que la transición demográfica aumenta las enfermedades y alteraciones cutáneas que se tienen que manejar. La escasez de estudios epidemiológicos en nuestro medio sobre la prevalencia de las manifestaciones cutáneas que acometen al adulto mayor y la importancia de estos para fundamentar la atención al paciente geriátrico han justificado la conducción de esta investigación.

Objetivos: Estudiar las manifestaciones dermatológicas en adultos mayores residentes en una Institución de Larga Permanencia (ILP) y en aquellos atendidos en el Ambulatorio y en la Internación de un Centro de Referencia en Geriátrica de Porto Alegre – RS.

Métodos: estudio transversal y observacional, realizado entre agosto/2010 y mayo/2011. Fueron invitados todos los adultos mayores residentes en una institución de larga permanencia de Porto Alegre en el período de agosto/2010 a octubre/2010, todos los adultos mayores internados en el ambulatorio de referencia en geriatría del Hospital São Lucas en el período de octubre/2010 a mayo/2011 y todos los adultos mayores atendidos en la enfermería geriátrica del Hospital São Lucas en el período de diciembre/2010 a mayo/2011, con 60 años de edad o más. Datos referentes a la edad, sexo, raza, escolaridad, patologías asociadas y medicamentos en uso fueron investigados en los prontuarios de los pacientes. La historia familiar de enfermedades de piel fue investigada junto al adulto mayor o a su representante y las manifestaciones dermatológicas fueron recogidas a través del examen dermatológico (inspección y palpación), complementado por los exámenes dermatoscópico e histopatológico, cuando necesario. El análisis descriptivo de los datos se realizó a través de frecuencias, promedios, medianas y desvío estándar. Para comparar las frecuencias de las manifestaciones dermatológicas con las frecuencias de las características demográficas y frecuencias de las comorbilidades se utilizó la prueba del chi-cuadrado.

Resultados: Participaron de la investigación 312 adultos mayores, 30,1% del sexo masculino y 69,9% del femenino. La edad varió de los 60 a los 103 años, siendo el promedio de 78,4 años (DP=8,9) y la mediana de 79 años. Del total, 60,9% eran blancos, 55,0% no habían completado el nivel de educación primaria, 94,6% presentaban comorbilidades asociadas y 94,2% usaban algún tipo de medicamento. Se observaron 128 manifestaciones dermatológicas, comprendiendo alteraciones de piel, uñas y vellos. Calculando el promedio del número de manifestaciones por adulto mayor, su valor fue de 18,5 (DP=3,7) y el margen de variación de 7 a 28 manifestaciones dermatológicas por persona investigada. Melanosis solar, hypomelanosis guttata, nevus rubí, estrías longitudinales de las uñas, arrugas, nuevos melanocíticos, queratosis seborreica, alopecia androgenética masculina, xerosis cutánea, telangiectasias, ausencia de lúnula, intertrigo interdigital de los

pododáctilos, atrofia cutánea o poiquilodermia estuvieron presentes en más del 50% de los participantes de este trabajo. Queratosis actínica, canicie, hirsutismo, piel romboidal, madarosis supraciliar, onicólisis, púrpura, onicodistrofia, cicatriz estelar, dermatitis ocre, acrocordón, dermatosis papulosa nigra, comedón y queratosis de codos y rodillas estuvieron presentes entre el 30 y el 50 % de los sujetos de este estudio. Poros dilatados, alopecia androgenética femenina, hipertrichosis de las orejas, eczema seborreico, quistes de millium, melasma, callosidades plantares, diferentes tipos de cicatrices, callos plantares, leuconíquia, folliculitis y hiperplasia sebácea se constataron entre el 10 y el 30 % de los adultos mayores que formaron parte de esta investigación. Melanosis solar fue la manifestación más prevalente (97,8%). Queratosis seborreica (75,0%) fue menos prevalente en la raza negra ($P=0,006$) y en los ancianos con DPOC ($P=0,047$). Xerosis cutánea estuvo presente en el 70,8% de los investigados. Hipomelanosis gotata (82,7%), poiquilodermia (50,3%), poros dilatados (26,6%) y melasma (15,4%) fueron menos prevalentes en la ILP ($P<0,001$) y la púrpura (38,1%) fue más frecuente en la Internación ($P<0,001$). Intertrigo de los pododáctilos (52,6%) fue más frecuente en los hombres ($P=0,001$), en las razas parda y negra ($P=0,001$) y en aquellos con diabetes ($P=0,011$). Queratosis actínica (46,5%) fue más prevalente en la raza blanca ($P<0,001$) y aumentó su prevalencia de acuerdo con el aumento de las fajas de edad ($P<0,001$). Las alteraciones ungueales más frecuentes fueron las estrías longitudinales (81,2%), más prevalentes en la ILPI ($P<0,001$), en el sexo masculino ($P=0,003$), en la raza parda ($P=0,032$) y en las fajas de edad más avanzada ($P<0,001$). Madarosis supraciliar (40,1%) fue más prevalente en la Internación ($P=0,036$), en las fajas de edad más avanzada ($P=0,001$) y en aquellos con AVE ($P=0,011$) y neumonía ($P=0,002$). Eczema seborreico (22,4%) fue más frecuente en el sexo masculino ($P<0,001$) y en aquellos con demencia ($P=0,020$). Callo plantar (12,8%) fue menos prevalente en la Internación ($P=0,058$) y en el diabetes ($P=0,022$), ya la callosidad plantar (14,7%) fue más prevalente en el Ambulatorio ($P<0,001$). Folliculitis (11,2%) presentó mayor prevalencia en los hombres ($P<0,001$). La hiperplasia sebácea (10,6%) fue más prevalente en los ancianos con cáncer ($P=0,030$).

Conclusión: la variedad de manifestaciones dermatológicas presentes en esta investigación remite a la necesidad de insertar el cuidado con la piel en la evaluación geriátrica amplia y en la atención integral a la salud del anciano. La presencia de manifestaciones secundarias al envejecimiento cutáneo, lesiones infecciosas, pre-malignas y malignas pasibles de prevención justifican la aplicación de medidas de Educación para la Salud con el anciano, el cuidador, los equipos de salud y las fajas de edad más jóvenes de la población. Ante las manifestaciones dermatológicas observadas, la elevada prevalencia de acometimiento ungueal y la asociación entre hiperplasia sebácea y cáncer en nuestro trabajo, se sugiere la realización de futuras investigaciones en esta área.

Palabras-clave: manifestaciones dermatológicas, dermopatías/epidemiología, envejecimiento de la piel, adulto mayor, asistencia ambulatorial, hospitalización, dermatología, geriatría, gerontología, salud del adulto mayor institucionalizado, estudios transversales.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Algumas dermatoses benignas encontradas em idosos citadas na literatura.....	28
Quadro 2 - Algumas dermatoses pré-malignas e malignas encontradas em idosos citadas na literatura.....	29
Quadro 3 - Outras patologias associadas nos idosos pesquisados na SPAAN, no Ambulatório de Geriatria e na Internação Geriátrica do HSL – PUCRS, Porto Alegre - RS, agosto/2010 a maio/2011.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das características sócio-demográficas e clínicas na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	49
Tabela 2 - Frequência das principais patologias associadas na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	50
Tabela 3 - Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos Ceratoses, Eczemas, Pruridos e Úlceras na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	544
Tabela 4 - Distribuição das manifestações dermatológicas do grupo Envelhecimento Cutâneo na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	55
Tabela 5 - Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos Infectocontagiosas e Intertrigos na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	56
Tabela 6 - Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos Nevos, Tumores benignos, Lesões Pré-malignas e Malignas na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	58
Tabela 7 - Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos Onicopatias, Alterações de Pêlos e Outras na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	61
Tabela 8 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	63
Tabela 9 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com o sexo, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	65
Tabela 10 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com a faixa etária, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	66
Tabela 11 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com a	

escolaridade, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	68
Tabela 12 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com a raça, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	70
Tabela 13 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e sua associação com comorbidades em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	72
Tabela 14 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com demência e AVE em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	73
Tabela 15 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com HAS e cardiopatia em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	74
Tabela 16 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com osteoporose e artrose em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	75
Tabela 17 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com pneumonia e DPOC em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	77
Tabela 18 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com Diabetes e Insuficiência Renal em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	78
Tabela 19 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com Câncer e Outras Infecções em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	79
Tabela 20 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com Outras Doenças em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CC – Comissão Científica

CEP – Comissão de Ética em Pesquisa

DM – *Diabetes mellitus*

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HSL – Hospital São Lucas

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa

IGG – Instituto de Geriatria e Gerontologia

JICA – Japan International Cooperation Agency

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RMA – Reação Medicamentosa Adversa

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia

SPAAN – Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados

SPSS – Statistical Package for Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UP – Úlcera por Pressão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	23
2.2 ENVELHECIMENTO CUTÂNEO.....	25
2.3 DERMATOSES NO IDOSO E SUA PREVALÊNCIA.....	28
2.4 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE DOENÇAS SISTÊMICAS	32
2.5 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE REAÇÕES MEDICAMENTOSAS ADVERSAS (RMA)	34
2.6 FINALIZANDO A REVISÃO TEÓRICA	35
3 OBJETIVOS	36
3.1 OBJETIVO GERAL	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4 MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	37
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
4.2.1 Tamanho amostral	37
4.2.2 Critérios de inclusão	38
4.2.3 Critérios de exclusão	38
4.3 LOCCI/ DA PESQUISA	38
4.4 COLETA DE DADOS	40
4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	43
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.7 QUESTÕES ÉTICAS.....	43
5 RESULTADOS	46
6 DISCUSSÃO	81
7 CONCLUSÕES	1211
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	128
APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa	142
APÊNDICE B – Ofício CEP 750/10 PUCRS	146
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	146

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O processo do envelhecimento, que está resultando no aumento da população de idosos em todo o mundo, desde há muito tempo é uma das preocupações que acompanham a humanidade, pois se faz necessário além de envelhecer, envelhecer com qualidade de vida.

Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento clamam para a necessidade de propiciar à pessoa idosa atenção abrangente à saúde, colocando em prática o preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Busca-se com isso não somente o controle das doenças, mas, e principalmente, bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, em última análise, a melhora da qualidade de vida.¹

A atenção passa a ser prioritariamente multidimensional e, portanto, para atender a essa diretriz, é importante a participação de diferentes profissionais de saúde que, em conjunto, respeitando-se a especificidade de cada área e de cada caso, definirão a melhor conduta a ser seguida.¹

Para alguns autores,² 2/3 dos idosos apresentam queixas dermatológicas e cerca de 7% do total das consultas médicas são devido a lesões de pele. Tais constatações implicam na necessidade de pesquisas na área da geriatria e da gerontologia, especialmente por estudiosos de pele, visto que o crescimento deste grupo populacional obriga a um maior conhecimento de suas mudanças fisiológicas e das doenças dermatológicas que mais os acometem.

Além do mais, conhecer os fatores de risco e a história das doenças comuns que acometem os idosos acrescenta dados epidemiológicos que contribuem para o atendimento destes pacientes.

Para Chaimowicz,³ a condição *sine qua non* para a tomada de decisão em geriatria é a disponibilidade de informações de boa qualidade sobre o estado de saúde do idoso e a repercussão funcional de suas moléstias. Conhecer os fatores de

risco e a história natural das doenças comuns nessa faixa etária acrescenta ferramentas epidemiológicas imprescindíveis à abordagem do paciente.

A Dermatologia Geriátrica é uma área dentro do contexto da Dermatologia⁴ e a realização de estudos científicos se faz necessária, para que novas estratégias de prevenção e protocolos de acompanhamento e tratamento das dermatoses geriátricas sejam construídos, mesmo levando-se em conta a conduta individualizada que se faz necessária no atendimento ao idoso.⁵

Ainda pouco estudada, a Dermatologia Geriátrica é uma área que tende a crescer em nosso país, pois a população brasileira está envelhecendo. Conforme dados do Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),⁶ a população com 65 anos de idade ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou para 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010.

Segundo o Censo Demográfico, a população brasileira atingiu a marca de 190.755.799 habitantes em 2010 e entre os Estados com mais idosos são listados o Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal e São Paulo.

Ainda segundo dados do Censo Demográfico de 2010, Porto Alegre é a cidade brasileira com a maior população de idosos, com 65 anos ou mais, no País, superando a cidade do Rio de Janeiro tradicionalmente conhecida como a capital com a população mais idosa. Com esta inversão de posições, o Bairro Moinhos de Vento, em Porto Alegre – RS, passa a concentrar a maior população de idosos com mais de 65 anos (26,9%), superando o bairro carioca de Copacabana (23,2%), de acordo com informações referentes ao número de domicílios e população total por idade.⁶

Dentro dos eventos de Dermatologia, tem assumido destaque o assunto Dermatoses Geriátricas. Na Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), sociedade científica que completa cem anos de existência no ano de 2012,⁷ apenas há cerca de sete anos foi fundado o Departamento de Dermatologia Geriátrica.

Durante os Congressos e demais eventos científicos da SBD, são abordados diferentes temas sobre alguns aspectos das manifestações dermatológicas em idosos: alterações ungueais, interações e reações medicamentosas, envelhecimento cutâneo, prurido crônico, Síndrome metabólica e outras endocrinopatias, dermatoses

paraneoplásicas, lesões pré-malignas e malignas, fragilidade cutânea e manifestações cutâneas de doenças sistêmicas.

A inserção da Dermatologia no contexto da Geriatria, através do estudo das alterações e manifestações cutâneas que acometem os idosos, pode contribuir para aprimorar a qualidade de atendimento prestada por equipes interdisciplinares aos pacientes, pois várias doenças internas apresentam manifestações cutâneas, afinal, a pele é o maior órgão do corpo humano.

De acordo com Chaimovicz,³ a interação com profissionais de outras áreas é uma habilidade essencial. Dividir tarefas para uma equipe sintonizada resultará em diagnóstico mais amplo e acurado. Permite, ainda, elaborar condutas e estratégias que curem ou minimizem os sintomas de doenças e previnam agravos. Ou seja, possibilita acrescentar anos à vida e vida aos anos.

Outro aspecto difundido na literatura refere-se à inter-relação de alterações da pele com outras comorbidades² e doenças sistêmicas. Além deste enfoque, a polifarmácia, frequentemente usada pelos idosos, pode ocasionar uma grande variedade de reações medicamentosas adversas na pele, com diferentes graus de gravidade e de comprometimento do estado geral dos pacientes, sendo necessário o seu pronto diagnóstico por parte dos profissionais de saúde para que a melhor intervenção seja realizada sem ocasionar risco de vida aos pacientes.

Procurando dados sobre prevalência das manifestações dermatológicas do idoso, observa-se que existem escassos trabalhos científicos realizados no Brasil para embasar cientificamente o atendimento ao idoso e os poucos que existem foram efetuados fora do Rio Grande do Sul.^{2,5,8,9} Fundamental ainda referir que estudos epidemiológicos apresentam indiscutível relevância na orientação de medidas de saúde individual e coletiva.²

Estas constatações levaram-me à necessidade de estudar a realidade e a prevalência das manifestações dermatológicas na população de idosos em nosso meio, mais especificamente, na cidade de Porto Alegre, justificando a realização deste estudo. Frente a esta justificativa, surgiram as seguintes questões: Quais seriam as manifestações dermatológicas presentes em idosos de Porto Alegre? Quais seriam as mais prevalentes? Fatores demográficos e doenças associadas atuariam como possíveis fatores de risco para o surgimento destas manifestações?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Estamos assistindo ao aumento da expectativa de vida no Brasil e em vários outros países, resultando no envelhecimento da população.¹⁰⁻¹² Estima-se, de acordo com diferentes autores,^{13,14} que para o ano de 2050 haja 2 bilhões de idosos no mundo.

Algumas definições se fazem necessárias nesse momento. Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade.¹⁰

Para outros autores,^{13,14} classificam-se como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento.

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população brasileira tem crescido de forma rápida em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos) também têm aumentado proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos.¹⁰

É importante destacar, no entanto, as diferenças existentes em relação ao processo de envelhecimento entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu de forma lenta e associado à melhoria nas condições gerais de vida, no segundo, esse processo vem ocorrendo de forma rápida, sem que haja tempo de uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010 do IBGE,⁶ a população brasileira com 65 anos de idade ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou para 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010, sendo que o Rio Grande do Sul é o Estado brasileiro com o maior número de idosos com 65 anos de idade ou mais.

O envelhecimento populacional surge como resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.¹³

Vários fatores estão envolvidos neste processo de envelhecimento e na mudança da realidade dos indicadores de saúde, tais como, a diminuição da mortalidade infantil, melhoras no saneamento básico, o controle das doenças infecciosas e o surgimento de novos medicamentos e modalidades terapêuticas no manejo das doenças crônicas e agudas.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, conhecido como senescência, que em condições normais não costuma causar problemas. Entretanto, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar condição patológica (senilidade) que necessite de intervenção e assistência.¹³ Por vezes, é bastante difícil diferenciar envelhecimento habitual e doença.³

Apesar do envelhecimento ser um fenômeno comum a todos os seres vivos animais, ainda hoje persistem pontos obscuros quanto à dinâmica e à natureza deste processo. De um modo bastante amplo, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam o declínio funcional do organismo, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.¹

De acordo com Peryassú¹⁵ e Freitas e Machado,¹⁶ várias teorias são apontadas como responsáveis pelo envelhecimento dos organismos. Elas são divididas em dois grupos principais: Teorias Estocásticas e Teorias Sistemáticas.

Teoria das mutações somáticas, do erro catastrófico, do dano oxidativo e dos radicais livres, do uso e desgaste, das proteínas alteradas, da desdiferenciação, do acúmulo de resíduos e de pós-tradução em proteínas estão no grupo das Teorias Estocásticas ou que ocorrem ao acaso. Já as teorias genéticas, neuroendócrina, imune e metabólica pertencem ao grupo das Teorias Sistêmicas.

O maior desafio dentro do processo de envelhecimento populacional e na atenção à pessoa idosa é conseguir que, apesar das progressivas limitações que surgem com o envelhecer, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua vida com o máximo de qualidade.¹³ Neste contexto, a inclusão da geriatria preventiva, como um dos pilares dos programas de saúde populacionais, pode contribuir para que a população além de envelhecer, atinja um envelhecimento bem-sucedido e ativo.¹⁷

2.2 ENVELHECIMENTO CUTÂNEO

Um dos aspectos mais percebidos no envelhecimento é o conjunto de modificações da pele e dos seus anexos (pelos, cabelos e unhas) à medida que uma pessoa envelhece. Isto se deve ao fato de que, para nós seres humanos, a visão é o sentido que mais utilizamos para identificar o ambiente que nos rodeia e, por conseguinte, prestamos mais atenção naquilo que vemos. Como a pele é o órgão que recobre externamente o nosso corpo, suas mudanças são as mais visíveis e estas são usadas como critério para indicar que alguém esteja envelhecendo.¹⁸

Como consequência do aumento da expectativa de vida, vários órgãos do corpo humano envelhecem, inclusive a pele. Logo, o envelhecimento populacional é um desafio também enfrentado pelos dermatologistas, pois a transição demográfica aumenta as doenças cutâneas que precisam ser tratadas.

Além da idade, responsável pelo envelhecimento cronológico, os estilos de vida têm se modificado nas últimas décadas. A dermatologia do novo milênio se defrontará com a diversidade racial, resultante da migração e da globalização. A contínua exposição à radiação ultravioleta da luz solar na pele humana também merece atenção. E o hábito de fumar e as alterações nutricionais causam alterações na pele que se somam ao envelhecimento intrínseco.

É evidente que muitas necessidades dermatológicas são subestimadas na população idosa, das quais algumas têm importância médica significativa, como por exemplo as alergias, as reações medicamentosas adversas, o prurido e as lesões malignas e pré-malignas. Entretanto todas as demais também afetam a qualidade de vida das pessoas.¹⁹

Estudiosos do assunto^{2,20} constataram que o envelhecimento cutâneo pode ocorrer de forma senescente (fisiológico) ou senil (patológico). Na senescência ou senectude, as alterações orgânicas, funcionais e psicológicas são próprias do avançar da idade, nas quais vários órgãos e sistemas podem sofrer alterações sem comprometer o equilíbrio e a homeostasia. Já na senilidade, as alterações resultam em algum desequilíbrio, passando a constituir algum tipo de doença.

O envelhecimento da pele ocorre por dois fenômenos distintos: o intrínseco e o extrínseco.²¹⁻²⁵ O envelhecimento intrínseco decorre da ação cronológica sobre a pele e tecidos adjacentes e é inevitável a todos que envelhecem. Já o envelhecimento extrínseco decorre de hábitos de vida e de fatores ambientais, particularmente a exposição solar crônica (fotoenvelhecimento)¹⁷ e o tabagismo.^{25,26}

No envelhecimento cutâneo, observam-se várias alterações na pele: atrofia cutânea e adelgaçamento difuso, tonalidade amarelada e acinzentada, perda da elasticidade e da turgência, diminuição da secreção sebácea e sudorípara, diminuição difusa da pigmentação, diminuição das células de defesa e da imunidade, branqueamento e diminuição do número de pêlos e alterações ungueais.^{21-24,26-29}

A pele alterada pelo envelhecimento intrínseco costuma ser mais clara, delicada, com aspecto frágil, tem rugas finas e apresenta perda da elasticidade. Já a pele fotoenvelhecida, resultante da soma de fatores extrínsecos ao envelhecimento cronológico, apresenta aspecto áspero, com rugas mais profundas e com pigmentação irregular, tendendo para a hiperpigmentação.³⁰

Os aspectos histopatológicos próprios do envelhecimento cutâneo são perceptíveis nas três camadas da pele: epiderme, derme e hipoderme.^{3,25,27-29,31} Na epiderme, observa-se diminuição da espessura por redução do volume das células, diminuição no número e atividade de melanócitos e diminuição das células de Langerhans, responsáveis pela defesa da pele. Na junção dermoepidérmica,

observa-se um achatamento das papilas epidérmicas e dos cones interpapilares, levando a uma retificação da mesma.

Na derme, verificam-se as principais modificações: diminuição dos fibroblastos, as fibras colágenas tornam-se mais rígidas, as fibras elásticas apresentam alteração da elastina, diminuem o número de mastócitos, há atrofia das glândulas sudoríparas, as glândulas sebáceas diminuem seu funcionamento e os órgãos sensoriais diminuem em número e volume. Na hipoderme, há diminuição do número e volume das células gordurosas.^{18,23,23}

Do ponto de vista molecular, a senescência celular envolve a parada do crescimento da célula na fase G1, quando as células encontram-se no fim de sua vida replicativa. Logo, as células não progridem para a fase S1.³⁰ Em fibroblastos senescentes, ocorre a repressão de genes reguladores de crescimento (proto-oncogene c-fos, Id-1 e Id-2) e aumento da expressão dos genes p16 e p21 (sinalizadores de senescência). Em queratinócitos, observa-se o empobrecimento na ligação e fosforilação do Fator de Crescimento Epidérmico.

Portanto, resumindo as alterações moleculares observadas no envelhecimento intrínseco, observamos que há diminuição da capacidade proliferativa das células cutâneas (ceratinócitos, fibroblastos, melanócitos), que ocorre diminuição da síntese da matriz dérmica e verifica-se aumento da expressão das enzimas que degradam o colágeno da matriz, chamadas metaloproteinases.^{30,32}

As alterações vistas no processo de envelhecimento cutâneo, tanto do ponto de vista molecular quanto histopatológico, são responsáveis pela repercussão clínica das manifestações cutâneas nos idosos. As alterações cutâneas podem variar desde simples rugas até lesões pré-malignas e malignas.³²

Tendo em vista as alterações que surgem na pele, decorrentes do processo de envelhecimento cutâneo, vários autores³³⁻³⁷ têm estudado os possíveis agentes farmacológicos capazes de retardar ou reverter a senescência cutânea já instalada. O papel dos cosmecêuticos,³³ a importância da hidratação cutânea,³⁴ a aplicação do ácido glicólico³⁵ e do ácido retinóico,³⁷ além de produtos³⁶ como vitaminas C e E tópicas, pantenol, coenzima Q10 e retinol, entre outros, são muito estudados para o tratamento do fotoenvelhecimento.

2.3 DERMATOSES NO IDOSO E SUA PREVALÊNCIA

Diferentes autores^{2,5,8,9,21,23,27,28,38} citam as diferentes dermatoses que acometem o idoso. Para uma melhor compreensão, didaticamente elas costumam ser classificadas em benignas (alterações próprias do envelhecimento cutâneo, eczemas, ceratoses, intertrigos, infectocontagiosas, alterações dos pelos e das unhas), pré-malignas e malignas. De acordo com estes pesquisadores, citaremos as dermatoses mais frequentes encontradas na faixa etária acima dos 60 anos.

Algumas dermatoses benignas encontradas no idoso encontram-se descritas no Quadro 1 e as pré-malignas e malignas, no Quadro 2

Quadro 1 - Algumas dermatoses benignas encontradas em idosos citadas na literatura.

Acrocórdon	Fibroma mole	Prurido senil
Alopecias	Herpes simples	Prurido couro cabeludo
Angiomas: estelar, rubi	Herpes zoster	Pseudomilium colóide
Angioqueratoma do escroto	Hiperplasia sebácea	Psoríase
Aspereza	Hipomelanose	Púrpura senil
Atrofia	Infecções bacterianas lipomas	Queratose seborreica
Calosidades plantares	Líquen escleroatrófico	Rosácea
Candidíase	Melanose solar	Rinofima
Ceratoacantoma	Micoses superficiais	Rugas
Ceratodermia plantar	Nevos pigmentados	Síndrome de Favre-Racouchot
Cicatrizes estelares	Onicopatias	Telangiectasias
Cisto sebáceo	Palidez cutânea	Transtornos pigmentares
Dermatite de contato	Pele romboidal	Úlcera arterial
Dermatite seborreica	Pênfigos	Úlcera de perna
Dermatofitoses	Penfigóide bolhoso	Úlcera por pressão
Dermatose papulosa nigra	Perleche	Úlcera de estase
Eczema de estase	Pitíriase versicolor	Úlcera neurotrófica plantar
Eczema numular	Poiquilodermia solar	Vitiligo
Escabiose	Poros dilatados	Xerose cutânea
Farmacodermias	Prurido asteatósico	

Fonte: elaborado pela autora (2010)

Quadro 2 - Algumas dermatoses pré-malignas e malignas encontradas em idosos citadas na literatura.

Dermatoses pré-malignas	Dermatoses malignas
Ceratose actínica	Carcinoma basocelular
Ceratoacantoma	Carcinoma epidermóide
Corno cutâneo	Melanoma maligno
Queilite actínica	Linfoma cutâneo
	Micose fungóide
	Sarcoma de Kaposi
	Metástases cutâneas

Fonte: elaborado pela autora (2010)

Além destas dermatoses, ainda devemos considerar que as doenças sistêmicas podem apresentar manifestações cutâneas e serão abordadas no subtítulo 2.4 Manifestações cutâneas de doenças sistêmicas.

As reações medicamentosas adversas também apresentam manifestações cutâneas frequentes e encontram-se no subtítulo 2.5 Manifestações cutâneas das Reações Medicamentosas Adversas.

Quanto à prevalência das dermatoses geriátricas,^{2,5,8,9,38} os trabalhos são mais escassos e necessários, pois é preciso saber quais são as dermatoses mais prevalentes nos idosos para determinar o momento adequado para iniciar com medidas de prevenção e estabelecer os melhores tratamentos.

Estudo realizado na Turquia³⁹ enfatiza a importância de exame dermatológico completo em idosos para a detecção de doenças cutâneas e não cutâneas desconhecidas pelos pacientes. No exame de 209 pacientes, as dermatoses mais comumente diagnosticadas foram o eczema crônico e as relativas à pele foto-agredida. Algumas doenças sistêmicas severas também foram diagnosticadas.

Outro estudo realizado na Turquia,⁴⁰ na cidade de Ankara, avaliou 4099 pacientes geriátricos. As cinco dermatoses mais prevalentes foram eczema, infecção fúngica, prurido e infecções bacterianas e virais. Ainda foi possível evidenciar que, nas mulheres, as afecções reumatológicas e das mucosas foram as mais prevalentes. Nos homens, foram prevalentes as infecções fúngicas, bacterianas e virais, as desordens nos pés, as úlceras e asdoenças vesico-bolhosas.

Trabalho realizado na Alemanha⁴¹ evidenciou que as manifestações cutâneas dependem do fototipo da pessoa. Pessoas com pele mais clara (fototipo I e II de Fitzpatrick) costumam apresentar despigmentação localizada, atrofia, pseudocicatrices estelares, lesões pré-malignas e malignas. Já as com fototipo mais alto (tipo III e IV) apresentam hiperpigmentação difusa, rugas profundas e lesões lentiginosas.

Artigo de revisão de pesquisadores de Ohio (USA),⁴² cita as várias manifestações dermatológicas observadas em idosos que são decorrentes do envelhecimento cutâneo. São referenciadas doenças cutâneas decorrentes de processos vasculares (dermatite de estase e úlceras por pressão), auto-imunes (penfigoide bolhoso, pênfigo vulgar, pênfigo paraneoplásico), reações medicamentosas adversas, liquen escleroso e doenças infecciosas (herpes zoster), além de xerose, rosácea, prurido, dermatite de contato, dermatite seborreica e eczema.

Na Índia,⁴³ pesquisa realizada em 200 pacientes com 65 anos ou mais evidenciou diversas manifestações dermatológicas. Rugas, prurido generalizado, psoríase, micoses, infecções virais, piodermites, hanseníase, amiloidose macular, dermatose papulosa nigricante, alopecia androgenética, onicodistrofias e onicomiose foram relatadas por estes autores.

Investigação feita por pesquisadores de Tóquio,⁴⁴ examinando 802 japoneses desta cidade, evidenciou a diferença de pigmentação e textura, porém não de rugas, entre os sexos masculino e feminino. Este estudo não tinha por objetivo avaliar a prevalência das dermatoses entre os idosos, mas a influência de variáveis como tabagismo e fotoproteção sobre o envelhecimento cutâneo.

Pesquisa com 1518 idosos na Tunísia⁴⁵ evidenciou que as infecções fúngicas foram as mais prevalentes, seguidas por tumores benignos, eczema, anormalidades da queratinização, infecções bacterianas e virais e prurido.

Na Grécia⁴⁶ e na Tunísia,⁴⁷ foram realizados estudos epidemiológicos sobre cânceres cutâneos em idosos. O primeiro trabalho⁴⁶ sugere que há dados epidemiológicos, biológicos e moleculares sugerindo que o câncer de pele é doença da velhice, pois 53% das mortes relacionadas ao câncer de pele ocorreram em pessoas com mais de 65 anos de idade. Já o segundo⁴⁷ traz a prevalência de

diferentes tipos de cânceres de pele: carcinoma basocelular (68,2%), carcinoma epidermóide (23,5%) e melanoma (3,25%).

Dados brasileiros referentes à prevalência das dermatoses em idosos são escassos. Estudo realizado com 75 idosos, residentes em Instituição de Longa Permanência (ILP) na cidade de Santos-SP,² refere que as principais dermatoses encontradas foram melanose solar, ceratose seborreica, onicomicose, nevo rubi, púrpura senil, xerose, escabiose e neoplasia maligna.

Investigação feita em São Paulo,⁵ com 210 pacientes após os 80 anos de idade, constatou que as dermatoses mais frequentes foram: ceratose actínica, tumores malignos, ceratose seborréica, onicomicose, prurido, xerose, cisto epidérmico, dermatite seborreica, farmacodermias, melanose solar e dermatite de contato.

Estudo realizado por Campbell e colaboradores⁸ avaliou de modo comparativo pacientes idosos internados, ambulatoriais e voluntários saudáveis. Os achados mais frequentes foram: rugas, canície, ausência de lúnula, estrias longitudinais nas unhas, angioma rubi, xerose, pelos pubianos lisos, ceratose actínica, hipomelanose gotata, dermatofitose e dermatite seborréica. Este estudo ainda evidenciou que não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos estudados.

Pesquisa realizada com 150 idosos internados em uma instituição geriátrica do Rio de Janeiro⁹ revelou resultados que foram agrupados em onze grupos diferentes, a saber: manifestações de actinossenescência, ceratoses, alopecias, alterações do sistema piloso, nevos, tumores benignos e malignos, dermatoses flexurais, eczemas e pruriderias, dermatoses infectocontagiosas e onicopatias. Esta pesquisa ainda evidenciou a associação de doenças sistêmicas concomitantes, sendo as mais prevalentes: hipertensão, diabetes, arteriosclerose e acidente vascular cerebral.

Trabalho multicêntrico realizado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia³⁸ evidenciou que as lesões pré-malignas e malignas foram as principais causas de consultas dermatológicas entre as pessoas com 60 anos e 65 anos ou mais no ano de 2006.

2.4 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE DOENÇAS SISTÊMICAS

Muitas vezes, alterações cutâneas ocorrem não como elementos isolados, mas fazendo parte do conjunto de sinais e sintomas de doenças internas ainda não diagnosticadas.⁴⁸

Neste contexto, a pele poder ser o sítio de manifestação de diferentes doenças internas. Patologias de origem metabólica e nutricional, endocrinopatias, doenças de origem neurológica, pulmonar, cardíaca, gastrointestinal, genitourinária e renal podem apresentar lesões cutâneas que permitam o seu diagnóstico. Desordens hematológicas, paraneoplasias e infecções sistêmicas também podem ser diagnosticadas a partir de manifestações cutâneas.

O processo de envelhecimento traz consigo o risco da longevidade ocorrer de forma patológica e vir acompanhada de doenças crônicas. Cerca de 85% dos idosos brasileiros apresentam pelo menos uma enfermidade crônica e cerca de 15% apresentam pelo menos cinco.⁴⁹ Estes dados reforçam a importância de prestar atenção na pele e fazer a associação de lesões cutâneas com doenças internas.

Os xantomas, lesões cutâneas amareladas caracterizadas por depósito de colesterol ou triglicerídeos na pele, podem ser indicadoras de alteração no metabolismo do colesterol. Estas lesões também podem ocorrer na doença hepática, diabetes e mixedema.⁵⁰

O mixedema, causado por insuficiência tireoideana, costuma vir acompanhado de outros sintomas de hipotireoidismo. Manifestações de xerose (pele seca) e edema não-inflamatório pouco depressível podem ser bem observadas nas pálpebras e nos membros inferiores. Rarefação de pelos e cabelos, estrias transversais e longitudinais nas unhas podem estar presentes. Pode haver hiperpigmentação cutânea e ungueal.^{50,51}

No hipertireoidismo, costuma observar-se elevação da temperatura da pele, acompanhada de hiperidrose, pode haver alteração de pelos, cabelos e unhas

semelhantes ao hipotireoidismo. Normalmente observam-se os demais achados sistêmicos característicos da tireotoxicose.⁵¹

Várias manifestações cutâneas podem ocorrer associadas ao diabetes. As mais frequentes costumam ser o vitiligo, o Sarcoma de Kaposi, as dermatoses perfurantes, o líquen plano, as unhas amareladas, os fibroepiteliomas (acrocórdons), a psoríase, o granuloma anular, a dermatite herpetiforme, as linhas de Beau ungueais, o lúpus eritematoso sistêmico, o herpes zoster, infecções por cândida, o edema diabético, úlceras plantares, os nevos rubis, os dermatofibromas, a necrobiose lipóidica, a carotenose e o granuloma anular.⁵²

As alterações dermatológicas relacionadas a deficiências nutricionais podem ser observadas no idoso desnutrido. A proteína é utilizada para funções vitais. Na sua falta, a pele e os anexos são deixados para segundo plano. Portanto, quando há desnutrição a pele torna-se xerótica (ressecada) e descamativa, surge hiperpigmentação e os cabelos tornam-se claros, secos e quebradiços.⁵⁰

As doenças cardiopulmonares podem manifestar-se por cianose e enantema (cianose de mucosas), eritema, baqueteamento digital, calvície precoce de padrão masculino, xantomas, prega diagonal no lóbulo das orelhas. Pode haver associação destas patologias com doenças do colágeno, tais como febre reumática, lúpus eritematoso sistêmico e esclerodermia. As doenças pulmonares podem ter associação com dermatite atópica, infecções cutâneas por micoplasma e tuberculose e infestação por *larva migrans*.⁴⁸

Doenças gastrointestinais podem manifestar-se por telangiectasias, síndrome do nevo azul, pseudoxantoma elástico, púrpuras, Sarcoma de Kaposi, lesões pigmentadas em lábios e mucosa oral, eritema nodoso, pioderma gangrenoso e aftas orais.⁴⁸

As doenças renais podem manifestar-se por prurido, hiperpigmentação, alterações ungueais e calcinose cutânea.⁴⁸

Outro aspecto a ser focado sobre as manifestações cutâneas de doenças sistêmicas é a participação do dermatologista auxiliando na investigação diagnóstica de neoplasias malignas internas através da identificação das dermatoses paraneoplásicas. A concomitância de ambas ocorre em frequência superior a uma simples coincidência. Neste grupo estão a *acantose nigricante*, o *erythema gyratum*

repens, a hipertricose lanuginosa, o pêfigo paraneoplásico, a acroceratose paraneoplásica (Síndrome de Bazex), o eritema necrolítico migratório, a síndrome carcinoide, ceratoses seborreica de surgimento explosivo (Sinal de Leser-Trélat), a dermatomiosite e a ictiose adquirida.⁵³

Deve ser lembrado, ainda, alterações que ocorrem na pele podem revelar neoplasia extracutânea. Lesões cutâneas com células neoplásicas podem ser por metástase de câncer visceral ou linfomas e infiltrações leucêmicas. Clinicamente são nódulos subcutâneos ou intradérmicos de consistência pétreas, de crescimento rápido, aderidos, de cor variável e que, às vezes, ulceram. Podem ser únicos ou múltiplos. Na mulher, a metástase cutânea mais comum é a do carcinoma de mama (70%), seguida do melanoma (12%) e câncer de ovário (3,3%).⁵⁴

2.5 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE REAÇÕES MEDICAMENTOSAS ADVERSAS (RMA)

O crescimento da população idosa no Brasil e no mundo é acompanhada pelo surgimento e aumento das doenças crônicas e da necessidade de uso de fármacos para o seu manejo. Logo, a população idosa está mais sujeita à polifarmácia, definida pelo Ministério da Saúde do Brasil¹³ como o uso de vários fármacos simultaneamente. Nesse sentido, o uso de medicamentos deve ser bem orientado, etivando-se não só o controle das patologias, mas também diminuir o risco das interações medicamentosas e a ocorrência das reações adversas.⁵⁵

As farmacodermias, também conhecidas como manifestações cutâneas das Reações Medicamentosas Adversas (RMA), são doenças tegumentares e/ou sistêmicas produzidas, direta ou indiretamente, pelo uso de remédios que as desencadeiam, pelos mais variados mecanismos. Os medicamentos que mais frequentemente causam as RMA são as sulfas, os antibióticos, os analgésicos, os antiinflamatórios e os tranqüilizantes.⁵⁶

Várias manifestações cutâneas são sugestivas de reação adversa a medicamentos e podem ser observadas, com relativa freqüência, no idoso usuário de vários fármacos (polifarmácia).¹³ Exantemas, eczemas, eritema pigmentado fixo,

atrofias, erupções acneiformes, fotossensibilização, fotonicólise, ictiose adquirida, discromias e púrpuras.⁵⁶

As RMA ainda podem se manifestar como quadros clínicos importantes tipo lúpus eritematoso-símile, dermatomiosite-símile, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, eritrodermia esfoliativa, vasculites, urticária, erupções vesicobolhosas, halogenismo, choque anafilático, doença do soro, doenças exantemáticas-símiles, porfiria, pênfigos, fotodermatite, eritema polimorfo, eritema nodoso, erupções liquenóides e psoriasiformes.^{56,57} Ainda podem ser citadas e merecem destaque a pustulose exantemática aguda (AGEP) e a reação a drogas com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS).⁵⁷

2.6 FINALIZANDO A REVISÃO TEÓRICA

A população está envelhecendo e a tendência é que este processo continue nos próximos 50 anos. Os idosos são afetados por diversos problemas dermatológicos que não são causados apenas pelo processo de envelhecimento normal. Somam-se a estes a exposição mais longa aos agentes ambientais e químicos. À medida que os indivíduos envelhecem, o risco de desenvolver doenças cutâneas aumenta. Portanto, existe a necessidade de se desenvolver estratégias de atendimento ao idoso e de medidas preventivas nos serviços de saúde.¹⁹

O conhecimento das dermatoses que acometem os idosos, através da realização de estudos epidemiológicos, permite traçar estratégias de prevenção e tratamento tanto no âmbito individual quanto coletivo. Neste contexto, a educação para a saúde⁵⁸ pode ser usada como importante ferramenta para promover a qualidade de vida do idoso e o envelhecimento bem sucedido.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Estudar as manifestações dermatológicas em idosos atendidos em um Centro de Referência em Geriatria (Ambulatório e Internação) e idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no município de Porto Alegre – RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a frequência e os principais diagnósticos das manifestações dermatológicas em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Porto Alegre.
- Descrever a frequência e os principais diagnósticos das manifestações dermatológicas em idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria de Porto Alegre.
- Descrever a frequência e os principais diagnósticos das manifestações dermatológicas em idosos internados em uma Unidade de Internação Geriátrica de Porto Alegre.
- Analisar aspectos demográficos e doenças associadas como possíveis fatores de risco para as manifestações dermatológicas em idosos atendidos em uma ILPI, um Ambulatório de Geriatria e uma Unidade de Internação Geriátrica de Porto Alegre.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo transversal, descritivo e analítico com coleta de dados prospectiva.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram estudados 3 grupos de idosos. **Grupo 1:** Idosos residentes na Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados (SPAAN), representando a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), no período de agosto/ 2010 a outubro/ 2010. **Grupo 2:** Idosos atendidos em 1ª consulta no Ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas (HSL) da PUCRS, no período de outubro/ 2010 a maio /2011. **Grupo 3:** Idosos internados na Unidade de Internação Geriátrica do Hospital São Lucas (HSL) da PUCRS, no período de dezembro/ 2010 a maio/ 2011. Idosos do Grupo 2 e Grupo 3 representam aqueles atendidos em um Centro de Referência em Geriatria, tanto Ambulatório quanto Internação.

4.2.1 Tamanho amostral

Por se tratar de um estudo descritivo e com uma amostra de conveniência, não foi necessário fazer cálculo de tamanho amostral. Ao total, foram estudados 312 idosos: 103 idosos residentes na SPAAN, 104 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS e 105 idosos internados na Unidade de Internação Geriátrica do Hospital São Lucas da PUCRS. O estudo foi planejado para avaliar aproximadamente 105 idosos de cada local do estudo, pois este era o

número de idosos informados pela Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), onde seriam estudados todos os idosos residentes.

4.2.2 Critérios de inclusão

- Idade igual ou superior a 60 anos.
- Grupo 1: Residentes na Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados (SPAAN) no período de agosto/ 2010 a outubro/ 2010.
- Grupo 2: Atendidos em 1ª consulta no Ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS no período de outubro/ 2010 a maio /2011.
- Grupo 3: Internados na Unidade de Internação Geriátrica do Hospital São Lucas da PUCRS no período de dezembro/ 2010 a maio/ 2011.

4.2.3 Critérios de exclusão

- Não aceitar participar do estudo.

4.3 LOCCI/ DA PESQUISA

Foram coletados dados na Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados (SPAAN), no Ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e na Unidade de Internação Geriátrica do Hospital São Lucas da PUCRS.

A SPAAN, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) localizada na Av. Nonoai nº 600 na cidade de Porto Alegre - RS, é uma entidade não governamental fundada em 21 de agosto de 1931 pelo Rotary Clube de Porto Alegre. Atualmente, além da coordenação ser exercida por membros rotarianos, a Instituição conta com a colaboração da comunidade, empresas socialmente responsáveis e clubes de serviços.⁵⁹

São mais de quatro mil metros quadrados de área construída. Nesta área física existem três pavilhões, prédio administrativo, lavanderia e capela. Nestes prédios estão distribuídos três refeitórios, cozinha, lavanderia industrial, câmara fria e estoque de alimentos, gabinetes médico e odontológico, farmácia, serviço de Nutrição, sala Serviço Social, gabinete da Psicologia, Sala da Fisioterapia, biblioteca, salão de festas, salão de jogos, capela ecumênica e áreas ajardinadas.⁵⁹

O atendimento aos idosos residentes é multidisciplinar, composto por equipe médica (médica geriatra, residentes da Geriatria do IGG da PUCRS e acadêmicos da Faculdade de Medicina da UFRGS), enfermeiros, psicóloga, fisioterapeuta e alunos da Faculdade de Fisioterapia da PUCRS, nutricionista, assistente social, podólogos e funcionários de apoio administrativo, além de voluntários nas mais diferentes áreas. Esta equipe é coordenada por duas gerências: a administrativa e a técnica.

No momento da coleta de dados desta pesquisa, havia 113 idosos residentes na SPAAN, distribuídos em cinco alas localizadas nos três pavilhões citados anteriormente. Existe uma ala masculina com 30 idosos (Ala dos Cravos) e quatro alas femininas acolhendo 83 mulheres (Ala das Margaridas, Ala das Orquídeas, Ala das Rosas e Ala das Tulipas). A Ala das Tulipas abriga aquelas que necessitam de maiores cuidados médicos e de enfermagem.

O Ambulatório de Geriatria e a Unidade de Internação Geriátrica estão localizados no terceiro andar do Hospital São Lucas da PUCRS, situado à Av. Ipiranga nº 6690, em Porto Alegre - RS e fazem parte do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) desta Universidade.

O IGG foi criado em 27 de novembro de 1973, através de um protocolo firmado entre os governos do Japão e do Brasil para intercâmbio médico-científico e no dia 1º de dezembro deste mesmo ano foi inaugurado oficialmente. Este foi o primeiro projeto de cooperação estabelecido pela Japan International Cooperation Agency (JICA) para a América Latina. Desde a sua criação, o Instituto é um órgão especializado da PUCRS, diretamente ligado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade.⁶⁰

Nestes mais de 30 anos, o Instituto tem-se dedicado ao fomento científico direto, qualificando-se como a instituição pioneira da América Latina na sua área. Os

principais objetivos do Instituto são o ensino de pós-graduação e o desenvolvimento de pesquisas na área do envelhecimento, oferecendo anualmente cursos de Pós-Graduação em nível de Especialização, Mestrado e Doutorado, Residência Médica e Extensão em Geriatria.^{60,61}

Para desempenhar o seu trabalho, o Instituto possui laboratórios de pesquisa básica e clínica, assim como mantém um ambulatório que atende ao público em geral e um serviço de internação hospitalar em conjunto com o Hospital São Lucas da PUCRS. Com isso o IGG proporciona aos profissionais brasileiros e da América Latina a oportunidade de contatos sistemáticos com os mais avançados estudos na área do envelhecimento humano, de prevenção e tratamento das doenças características do idoso, além do atendimento direto ao mesmo.

No Ambulatório de Geriatria do HSL da PUCRS, são atendidas cerca de 32 primeiras consultas ao mês. O espaço físico é composto por cinco salas de consultório, sala de espera e secretaria. Além deste Ambulatório de Triagem, que funciona nas segundas-feiras à tarde, há ambulatórios especializados em Acompanhamento Geral, Neuropsiquiatria e Cardiovascular.

A Unidade de Internação Geriátrica do HSL da PUCRS possui 16 leitos, distribuídos em seis quartos, sala de espera, sala de prescrição médica, posto de enfermagem e secretaria. O atendimento é multidisciplinar, sendo a equipe formada por médicos geriatras, residentes em Geriatria, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e equipe de enfermagem (enfermeiras, residentes e técnicos de enfermagem).

4.4 COLETA DE DADOS

Após contato prévio com os responsáveis pelos locais da coleta dos dados e autorização e aprovação do projeto pela Comissão Científica do IGG PUCRS e Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, o mesmo foi iniciado.

Os dados foram coletados pela pesquisadora através do exame físico dermatológico e dermatoscópico, sendo os mesmos registrados no Instrumento de

Pesquisa do presente trabalho (Apêndice A). Neste estudo foi feito exame de todo o tegumento, exceto área genital e perianal.

O exame físico foi realizado através da inspeção e palpação da pele que por si já tem sua aplicação para a validação diagnóstica, pois, de acordo com Pires e Cestari,⁶² nos estudos epidemiológicos deve-se levar em conta a própria definição da doença e suas características. Ainda segundo estes autores, deve-se evitar a inclusão de métodos auxiliares diagnósticos invasivos e dispendiosos nestes tipos de pesquisa.

Já para o exame dermatoscópico foi utilizado o Episcopes Skin Surface Microscope da marca Welch Allyn. A dermatoscopia (epiluminescência), técnica moderna e simples que utiliza o microscópio de superfície para o diagnóstico de lesões tanto melanocíticas quanto não-melanocíticas, é utilizado para complementar o exame físico a olho nu.⁶³

Casos em que não foi possível o diagnóstico apenas com o exame clínico e dermatoscópico da pele foram complementados pelo exame histopatológico, cujo material foi coletado pela pesquisadora através de biópsia de pele.⁶⁴⁻⁶⁶ Após infiltração anestésica de xilocaína sem vaso constritor com agulha gengival e carpule, a coleta do material foi feita utilizando-se punch número 3 ou 4 milímetros, dependendo da região anatômica em questão. Alguns casos, como lesão de tamanho grande, localização anatômica de difícil acesso, hipótese diagnóstica de melanoma maligno e possibilidade de sangramento e de risco para o paciente, foram encaminhados para unidades hospitalares e equipes cirúrgicas.

Foi feito, ainda, registro de imagens das dermatoses através de fotografia digital, utilizando-se máquina fotográfica Nikon 12,1 megapixels com Zoom 36 x, tendo-se o cuidado de garantir o sigilo da identidade dos participantes. Nascimento⁶³ refere a importância da documentação fotográfica para o acompanhamento de lesões cutâneas.

Dados referentes à idade, ao sexo, à raça, à profissão, à escolaridade, a patologias associadas e a medicações em uso foram coletados diretamente das anotações existentes no prontuário dos pacientes, mesmo sabendo-se da possibilidade de limitação no registro das informações. Já o histórico familiar de doenças de pele foi indagado aos pacientes e a seus familiares ou cuidadores.

A coleta de alguns dados foi prejudicada por dificuldades operacionais nos *loci* da pesquisa ou por falta de informações precisas pelos familiares e cuidadores. Inicialmente prevista, a coleta de informações a respeito da profissão do idoso foi descartada, pois muitos idosos apresentavam mais de uma profissão ao longo da vida ou, mesmo estando aposentados, continuavam a trabalhar em área diferente daquela declarada para fins da aposentadoria. Outras vezes os familiares e cuidadores desconheciam informações a respeito ou faltava registro no prontuário sobre a ocupação do idoso.

O exame físico das unhas e cabelos foi parcialmente prejudicado devido ao uso de esmalte colorido e tintura para cabelo. É importante registrar a existência de podólogas e cabeleireiras voluntárias na SPAAN. Fora desta Instituição, várias idosas, por motivação pessoal e familiar, também faziam uso destes recursos.

Inicialmente prevista, a pesquisa da manifestação clínica onicomiose nos idosos foi substituída pela pesquisa da onicolise, tendo em vista a não realização de exame micológico direto e cultural para a confirmação diagnóstica de infecção fúngica.

A pesquisa da presença ou não de doenças de pele entre familiares dos idosos também ficou prejudicada. Os idosos com autonomia alegavam o longo período que não tinham contato com parentes próximos para poder responder e com aqueles sem autonomia nem sempre seus familiares e cuidadores sabiam informar este dado.

Os dias de coleta variaram de acordo com o local estudado, respeitando-se as rotinas de funcionamento locais. Na SPAAN, os dados foram coletados no turno da manhã, de segunda a sexta-feira, no período de agosto de 2010 a outubro de 2010. No Ambulatório de Geriatria, as coletas ocorreram nas segundas-feiras à tarde, no período de outubro de 2010 a maio de 2011, por ser este o horário de atendimento das primeiras consultas enviadas ao Serviço. Os dados da Unidade de Internação Geriátrica foram coletados em turnos diversos, passando-se na Unidade três dias por semana, entre dezembro de 2010 a maio de 2011.

4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de pesquisa utilizado foi elaborado especificamente para este estudo (Apêndice A). Nele constam dados referentes à idade, ao sexo, à raça, à profissão, à escolaridade, a patologias agudas e crônicas associadas, a medicações em uso, ao histórico familiar de doenças de pele e às manifestações cutâneas presentes no momento do exame dermatológico.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após preenchimento do formulário de pesquisa, foi realizada a digitação para construção de um banco de dados através do programa Microsoft Office Access 2007 e Microsoft Office Excel 2007. Com auxílio do software SPSS (Statistic Package for Social Sciences)⁶⁷ versão 17.0, foi feita a análise dos resultados encontrados.

A análise descritiva dos dados foi feita através de frequências, médias e medianas. Para a prevalência das manifestações dermatológicas, foi calculado o Intervalo de Confiança (IC) 95%. Para o objetivo secundário, foram estudadas variáveis demográficas e comorbidades como potenciais fatores de risco. As análises foram feitas comparando os idosos com e sem as principais manifestações dermatológicas. Para as variáveis quantitativas, como idade e número de medicações em uso, foi utilizado o teste t de Student. Para as demais variáveis, que são categóricas (sexo, raça, escolaridade, comorbidades), foi utilizado o teste do Qui-quadrado.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa desta Tese foi submetido à Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (CC-IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS

conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.⁶⁸⁻⁷⁰

A aprovação deste projeto, sem restrições à realização do mesmo, consta no OF.CEP-750/10, protocolo de pesquisa registro CEP 10/05133, datado de 6 de agosto de 2010 (Apêndice B). A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação pela CC-IGG e pelo CEP da PUCRS.

Aos sujeitos que aceitaram participar do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁷¹ – TCLE (Apêndice C), foi garantido o sigilo da identidade e a utilização dos resultados somente para fins científicos. Neste TCLE constou, ainda, a autorização para o uso de imagens. Com os Idosos que não apresentavam autonomia, o ingresso na pesquisa ocorreu somente após contato, autorização e assinatura do TCLE pelo familiar ou responsável legal.

Para aqueles idosos que necessitaram tratamento e acompanhamento na especialidade de Dermatologia, o encaminhamento foi feito, via rede SUS (Sistema Único de Saúde), aos serviços que prestam atendimento dermatológico na cidade de Porto Alegre. Pacientes que dispunham de convênio médico, conforme foi constatado na Unidade de Internação Geriátrica, foram encaminhados ao especialista (dermatologista) através de seus planos de saúde. Um idoso residente da SPAAN também dispunha de plano de saúde complementar.

Por questões éticas e sociais, após contato e acordo com a Administração da SPAAN e com a Equipe Médica responsável pelo atendimento na Instituição, foi orientado o tratamento imediato das dermatoses infecciosas e eczematosas nesta Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), por entender que não poderiam aguardar o tempo de um encaminhamento via rede SUS. As medicações necessárias foram doadas por Laboratórios Farmacêuticos envolvidos em projetos sociais e ficaram sob os cuidados da Enfermeira Chefe da Instituição para sua efetiva administração. Já o manejo das lesões pré-malignas e malignas, nesta ILPI, foi feito via rede SUS.

Ainda dentro deste enfoque ético, aos pacientes do Ambulatório e da Internação da Geriatria PUCRS, quando da necessidade de tratamento imediato, após prévia reunião e discussão de caso com a equipe assistente, a prescrição médica era realizada pelos médicos residentes dos respectivos Serviços.

Este cuidado de envolver as equipes responsáveis locais, além de uma questão de respeito com as mesmas, deve-se ao fato de que o projeto desta pesquisa não envolvia terapêutica.

5 RESULTADOS

Foram incluídos, neste estudo, 312 idosos, avaliados entre agosto de 2010 e maio de 2011. Deste total, 103 sujeitos foram procedentes da Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados (SPAAN), 104 do Ambulatório de Geriatria e 105 da Unidade de Internação Geriátrica, sendo os dois últimos Serviços localizados no Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Havia informação prévia a este estudo que seriam 105 idosos residindo na SPAAN, mas no momento desta pesquisa havia 113 moradores nesta Instituição. Do total dos residentes, no momento de coleta de dados entre agosto e outubro de 2010, foram examinados 103 idosos. Os motivos da não inclusão dos dez idosos não participantes foram: recusa em participar da pesquisa (4), fuga da Instituição (1), indisponibilidade (1), internação hospitalar (1) e pacientes psiquiátricos que ficavam agitados com aproximação de profissional de saúde (3).

Nos outros dois locais, Ambulatório de Geriatria e Unidade de Internação Geriátrica do HSL da PUCRS, a quase totalidade dos pacientes convidados a participar da pesquisa aceitou colaborar com o estudo e expressou a necessidade que tinham em consultar com dermatologista.

Na Unidade de Internação Geriátrica do HSL da PUCRS, alguns pacientes não participaram da pesquisa. Os motivos da não inclusão foram ausência de familiar ou cuidador acompanhando pacientes sem autonomia, isolamento de contato pela Comissão de Infecção Hospitalar, não compreensão dos idiomas Chinês e Coreano, impossibilitando diálogo com o idoso, agitação de paciente psiquiátrico e paciente em mau estado geral e fase terminal.

A Tabela 1 mostra a distribuição das características sócio-demográficas e clínicas das populações estudadas. Quanto ao sexo dos 312 sujeitos deste trabalho, 94 (30,1%) eram do sexo masculino e 218 (69,9%), do sexo feminino. Apresentando

por *loccus* pesquisado, observou-se que, na SPAAN, 28 (27,2%) eram do sexo masculino e 75 (72,8%), do feminino; no Ambulatório de Geriatria, 24 (23,1%) eram homens e 80 (76,9%), mulheres e na Unidade de Internação Geriátrica, 42 (40,0%) eram do sexo masculino e 63 (60,0%), do feminino. Houve diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo nos três *locci* do estudo ($P=0,021$), evidenciando menor predomínio do sexo feminino na internação.

Com relação à idade dos participantes no momento da coleta dos dados deste estudo, constatou-se que a mesma variou dos 60 aos 103 anos, sendo a média de 78,4 anos (DP=8,9) e a mediana de 79 anos. Por local pesquisado, a idade média foi de 80,4 (DP=8,2) na SPAAN, 76,1 (DP= 8,3) no Ambulatório de Geriatria e 78,6 (DP=9,7) na Unidade de Internação Geriátrica. Os valores das medianas foram de 81 anos na SPAAN e na Internação e de 77 anos no Ambulatório. Comparando-se esta variável entre os três locais pesquisados, o Ambulatório apresentou uma menor média de idade ($P=0,002$). A faixa etária mais prevalente foi entre 80 e 89 anos, tanto na ILPI (39,8%) quanto na Internação (42,9%). Já no Ambulatório, houve predomínio da faixa etária compreendida entre 70 e 79 anos, representada por 37,5% dos idosos ($P= 0,003$).

Quanto à raça, 190 (60,9%) eram brancos, 40 (12,8%) negros e 82 (26,3%) pardos, não havendo diferença estatisticamente significativa nos três *locci* pesquisados ($P=0,084$). Dos 312 idosos, 51 (17,6%) nunca haviam estudado, 159 (55,0%) não completaram o nível fundamental, 49 (17,0%) completaram o nível fundamental e 30 (10,4%) tinham completado o nível médio. Destes 30 idosos que concluíram o nível médio, 8 (2,8%) ingressaram na Faculdade e 2 (0,7%) completaram o pós-graduação. Nos três locais pesquisados, mais da metade dos idosos não havia completado o nível fundamental ($P= 0,106$).

A presença de comorbidades associadas foi observada em 295 (94,6%) idosos e apenas 17 (5,4%) não apresentavam nenhuma patologia associada. Foi observado que a frequência de patologias associadas foi menor ($P=0,003$) na SPAAN (88,3%) do que no Ambulatório de Geriatria (97,1%) e na Unidade de Internação Geriátrica (98,1%). A causa para a não existência de patologias em dois pacientes da Unidade de Internação Geriátrica foi a realização de exames preventivos.

Com relação ao número de comorbidades associadas por idoso pesquisado, observou-se que houve variação entre zero e nove doenças por idoso, sendo a média de 2,7 (DP=1,8) e a mediana de 3 na amostra total. Foi constatado que os idosos da Unidade de Internação Geriátrica apresentaram maior número de patologias, com variação de zero a nove e a média foi de 3,7 com DP=2,0 ($P<0,001$). A média de doenças por idoso na SPAAN e Ambulatório de Geriatria foi mais baixa, sendo, respectivamente, 2,0 (DP=1,2) e 2,4 (DP=1,3). O número de doenças por idoso também foi mais baixo nestes dois locais e variou de zero a cinco na SPAAN e zero a sete no Ambulatório de Geriatria.

Ainda com relação ao número de patologias associadas por idoso verificou-se, de acordo com a Tabela 1, que, na Internação Geriátrica, 36,2% dos idosos eram portadores de cinco ou mais patologias, enquanto que na SPAAN e no Ambulatório estes números caíram para 1,9% e 7,7%. Esta constatação apresentou significância estatística ($P<0,001$). A faixa de uma a duas patologias por cada idoso foi mais frequente tanto na ILPI quanto na Internação.

Tabela 1 - Distribuição das características sócio-demográficas e clínicas na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Variável	População total N (%)	Procedência			P
		ILPI N (%)	Ambulatório N (%)	Internação N (%)	
Sexo					
Masc	94 (30,1)	28 (27,2)	24 (23,1)	42 (40,0)	0,021
Fem	218 (69,9)	75 (72,8)	80 (76,9)	63 (60,0)	
Faixa etária					
60-69	65 (20,8)	12 (11,7)	26 (25,0)	27 (25,7)	0,003
70-79	93 (29,8)	34 (33,0)	39 (37,5)	20 (19,0)	
80-89	120 (38,5)	41 (39,8)	34 (32,7)	45 (42,9)	
90 ou +	34 (10,9)	16 (15,5)	5 (4,8)	13 (12,4)	
Raça					
Branca	190 (60,9)	57 (55,3)	61 (58,7)	72 (68,6)	0,084
Negra	40 (12,8)	13 (12,6)	19 (18,3)	8 (7,6)	
Parda	82 (26,3)	33 (32,0)	24 (23,1)	25 (23,8)	
Escolaridade					
Nunca estudou	51 (17,6)	25 (25,0)	16 (15,4)	10 (11,8)	0,106
Não completou fundamental	159 (55,0)	52 (52,0)	60 (57,7)	47 (55,3)	
Completou fundamental	49 (17,0)	18 (18,0)	16 (15,4)	15 (17,6)	
Completou médio	30 (10,4)	5 (5,0)	12 (11,5)	13 (15,3)	
Patologias associadas					
Não	17 (5,4)	12 (11,7)	3 (2,9)	2 (1,9)	0,003
Sim	295 (94,6)	91 (88,3)	101 (97,1)	103 (98,1)	
Faixa do No. de patologias					
0	13 (4,2)	8 (7,8)	3 (2,9)	2 (1,9)	<0,001
1 a 2	142 (45,5)	58 (56,3)	54 (51,9)	30 (28,6)	
3 a 4	109 (34,9)	35 (34,0)	39 (37,5)	35 (33,3)	
5 ou +	48 (15,4)	2 (1,9)	8 (7,7)	38 (36,2)	
Uso de medicação					
Não	18 (5,8)	8 (7,8)	7 (6,7)	3 (2,9)	0,277
Sim	294 (94,2)	95 (92,2)	97 (93,3)	102 (97,1)	
Faixa do No. de medicamentos					
0	15 (4,8)	4 (3,9)	5 (4,8)	6 (5,7)	<0,001
1 a 2	77 (24,7)	39 (37,9)	22 (21,2)	16 (15,2)	
3 a 4	75 (24,0)	26 (25,2)	30 (28,8)	19 (18,1)	
5 a 6	80 (25,6)	26 (25,2)	26 (25,0)	28 (26,7)	
7 ou +	65 (20,8)	8 (7,8)	21 (20,2)	36 (34,3)	
Hist. Familiar de Dermatose					
Não	162 (74,0)	33 (82,5)	64 (68,1)	65 (76,5)	0,176
Sim	57 (26,0)	7 (17,5)	30 (31,9)	20 (23,5)	
Total	312 (100)	103 (100)	104 (100)	105 (100)	

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

Já os diagnósticos clínicos das doenças associadas, registrados nos prontuários, foram variados e encontram-se citados na Tabela 2. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a doença mais prevalente entre os idosos que participaram deste estudo, com 215 (68,8%) acometidos. Na sequência, vieram cardiopatia (22,4%), *Diabetes mellitus* (17,9%) e osteoporose (10,9%). A seguir, por ordem decrescente de prevalência, apareceu câncer (8,3%), infecção que não pneumonia (7,7%), acidente vascular encefálico (7,4%), demência, incluindo Alzheimer (6,7%), insuficiência renal (5,8%), pneumonia (3,8%), artrose (2,9%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (2,2%). Entre as cardiopatias (22,4%), foram constatadas fibrilação atrial, insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio e prolapso de válvula mitral.

Tabela 2 - Frequência das principais patologias associadas na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Patologia	População total N (%)	Procedência			P
		ILPI N (%)	Ambulatório N (%)	Internação N (%)	
HAS	215 (68,8)	66 (64,1)	82 (78,8)	67 (63,8)	0,013
Cardiopatia	70 (22,4)	22 (21,4)	19 (18,3)	29 (27,6)	0,256
Diabetes	56 (17,9)	14 (13,6)	12 (11,5)	30 (28,6)	0,002
Osteoporose	34 (10,9)	7 (6,8)	21 (20,2)	6 (5,7)	0,001
Câncer	26 (8,3)	2 (1,9)	6 (5,8)	18 (17,1)	0,001
Infecção	24 (7,7)	3 (2,9)	1 (1,0)	20 (19,0)	0,001
AVE	23 (7,4)	2 (1,9)	5 (4,8)	16 (15,2)	0,001
Demência	21 (6,7)	0 (0,0)	5 (4,8)	16 (15,2)	<0,001
Insuf. Renal	18 (5,8)	1 (1,0)	3 (2,9)	14 (13,3)	<0,001
Pneumonia	12 (3,8)	0 (0,0)	1 (1,0)	11 (10,5)	<0,001
Artrose	9 (2,9)	2 (1,9)	5 (4,8)	2 (2,0)	0,188
DPOC	7 (2,2)	2 (1,9)	1 (1,0)	4 (3,8)	0,369
Outras patologias	200 (64,3)	61 (59,8)	57 (54,8)	82 (78,1)	0,001

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

Em 64,3% dos idosos, foram identificadas outras patologias, que são descritas no Quadro 3. Constatamos que diferentes órgãos e sistemas do corpo

humano apresentavam disfunção. Doenças metabólicas, nutricionais, neurológicas, circulatórias, respiratórias, psiquiátricas, genito-urinárias, reumatológicas, gástricas, intestinais, oftalmológicas, vestibulares, ortopédicas e motoras encontravam-se citadas na Lista de Problemas dos prontuários dos idosos.

De acordo com a Tabela 2, algumas comorbidades apresentaram significância estatística quanto a sua distribuição por *locus* pesquisado. Foram mais prevalentes nos idosos do Ambulatório de Geriatria do HSL da PUCRS a HAS (78,8% e $P=0,013$) e a osteoporose (20,2% e $P=0,001$). Já na Internação Geriátrica do HSL da PUCRS foram mais freqüentes Diabetes (28,6% e $P=0,002$), Câncer (17,1% e $P=0,001$), Infecção que não Pneumonia (19,0% e $P=0,001$), AVE (15,2% e $P=0,001$), Demência incluindo Alzheimer (15,2% e $P<0,001$), Insuficiência Renal (13,3% e $P<0,001$), Pneumonia (10,5% e $P<0,001$) e Outras Patologias (78,1% e $P=0,001$).

Quadro 3 - Outras patologias associadas nos idosos pesquisados na SPAAN, no Ambulatório de Geriatria e na Internação Geriátrica do HSL – PUCRS, Porto Alegre - RS, agosto/2010 a maio/2011.

Aneurisma	Déficit locomoção	Hérnia hiatal	Parkinson
Anemia	Dor crônica	Hemorróidas	Paralisia progressiva
Anorexia	Dislipidemia	Hipercolesterolemia	Pé diabético
Artrite reumatóide	Diarréia	Hipotireoidismo	
Ascite	Diverticulite	Hipertireoidismo	Prótese quadril
Asma	Delírium	Hiperplasia próstata	Poliomielite
	Desnutrição	Hiponatremia	
Bipolaridade	Depressão	Hiperuricemia	Reumatismo
Bronquiectasia	Dimin. Ac. visual	Hipovitaminose	
Bexiga neurogênica	Dist. abdominal		Síndrome Sjögren
		Insuficiência venosa	
Circ.Perif.diminuida	Flebite	Incont. urinária	Trombose venosa
Colangite	Fratura	Insuficiência arterial	Tromboflebite
Colelitíase			Tremor
Constipação			
Catarata	Gastrite		Úlcera duodenal
	Gastrenterite	Labirintite	
Epilepsia	Glaucoma		Vertigem
Esteatose hepática	Gota	Obstrução arterial	
Etilismo		Obesidade	
Emagrecimento			
Estenose carótidas			
Esquizofrenia			

Na Tabela 1, verificamos que referente ao uso de medicação, 294 (94,2%) usavam algum remédio e 18 (5,8%) não utilizavam nenhum. Por local pesquisado, ficou evidente que não houve diferença estatisticamente significativa ($P=0,227$) nos três locais deste estudo. Respectivamente, 95 (92,2%), 97 (93,3%) e 103 (97,1%) dos idosos usavam algum remédio na SPAAN, no Ambulatório e na Internação. O número de remédios utilizados variou entre zero e dezesseis na amostra total, sendo a média de 4,4 (DP=2,8) e a mediana 4. As maiores média e mediana foram encontradas na Internação e foram, respectivamente, 5,3 (DP=3,0) e 5, com um nível de significância de $P<0,001$. Na Internação, 34,3% dos idosos usavam sete ou mais remédios, diferente ($P<0,001$) da SPAAN (7,8%) e Ambulatório (20,2%).

Quando indagados, 57 (26,0%) idosos relataram haver história positiva para dermatoses entre os familiares. Dentre as citadas encontram-se psoríase, vitiligo, câncer de pele, ceratose seborreica, alergia, eczema de estase, eczema seborreico, reação adversa a fármacos, nevos, melanose, nevo halo, fragilidade capilar, feridas, úlcera de perna, rosácea, sensibilidade ao sol, acne, erisipela, ictiose, neurofibromatose e manifestações cutâneas próprias do diabetes. O câncer de pele foi o mais referido pelos idosos neste estudo, seguido pelas alergias, psoríase e nevos.

A partir do exame dermatológico e dermatoscópico da pele do idoso, foram observadas 128 manifestações dermatológicas, compreendendo alterações de pele, unhas e pelos. Calculando-se a média do número de manifestações dermatológicas por idoso, seu valor foi de 18,5 (DP=3,7) e a margem de variação de 7 a 28 manifestações dermatológicas por cada participante desta pesquisa.

Para melhor exposição e análise dos resultados, as 128 manifestações dermatológicas constatadas no presente estudo foram divididas em Grupos e estão apresentadas nas Tabelas 3 a 7, descritas na forma de frequência absoluta e percentual por local pesquisado.

Na Tabela 3, são apresentadas as frequências das Ceratoses, dos Eczemas, dos Pruridos e das Úlceras. No grupo das Ceratoses, a mais prevalente foi a ceratose seborreica encontrada em 75,0% dos idosos, seguida pela ceratose de cotovelos e joelhos (31,4%), calosidades plantares (14,7%) e calos plantares

(12,8%). Outras Ceratoses estiveram presentes em menos de 10% dos participantes da pesquisa. A estucoceratose foi observada em 9,6% dos sujeitos e a ceratose folicular em 2,9%. Houve maior prevalência da ceratose de cotovelos e joelhos nos pacientes da internação (41%) e menor na ILPI (21,4%), com diferença significativa ($P=0,010$). Também houve significância estatística ($P<0,001$) para as calosidades plantares, indicando maior prevalência nos idosos ambulatoriais (26%), quando comparado aos institucionalizados (9,7%) e internados (8,6%).

Entre os Eczemas, o seborreico foi o mais prevalente (22,4%), seguido por eczema de estase (8,0%), neurodermite circunscrita (5,4%), eczema de contato (4,5%) e outros (3,8%). Analisando os três grupos do estudo houve diferença estatisticamente significativa ($P=0,013$) para o eczema de estase com maior prevalência no grupo dos pacientes avaliados no Ambulatório de Geriatria. O grupo dos outros tipos de eczemas (numular, o asteatósico, o disidrótico e o friccional) foi mais prevalente nos idosos do Ambulatório ($P=0,034$).

Tabela 3 - Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos Ceratoses, Eczemas, Pruridos e Úlceras na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total N (%)	Procedência			P
		ILPI N (%)	Ambulatório N (%)	Internação N (%)	
CERATOSSES					
Ceratose seborreica	234 (75,0)	79 (76,7)	79 (76,0)	76 (72,4)	0,743
Ceratose cotovelo/joelho	98 (31,4)	22 (21,4)	33 (31,7)	43 (41,0)	0,010
Calosidades plantares	46 (14,7)	10 (9,7)	27 (26,0)	9 (8,6)	<0,001
Calos plantares	40 (12,8)	15 (14,6)	18 (17,3)	7 (6,7)	0,058
Estucoceratose	30 (9,6)	13 (12,6)	9 (8,7)	8 (7,6)	0,435
Ceratose folicular	9 (2,9)	1 (1,0)	4 (3,8)	4 (3,8)	0,366
ECZEMAS					
Eczema seborreico	70 (22,4)	15 (14,6)	28 (26,9)	27 (25,7)	0,063
Eczema de estase	25 (8,0)	5 (4,9)	15 (14,4)	5 (4,8)	0,013
Neurodermite circunscrita	17 (5,4)	4 (3,9)	5 (4,8)	8 (7,6)	0,465
Eczema de contato	14 (4,5)	4 (3,9)	6 (5,8)	4 (3,8)	0,741
Outros eczemas	12 (3,8)	3 (2,9)	8 (7,7)	1 (1,0)	0,034
PRURIDOS					
Prurido asteatósico	14 (4,5)	5 (4,9)	5 (4,8)	4 (3,8)	0,919
Prurido do couro cabeludo	3 (1,0)	2 (1,9)	1 (1,0)	0 (0,0)	0,357
Prurigo	2 (0,6)	1 (1,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0,600
Prurido senil	1 (0,3)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,361
ÚLCERAS					
Úlcera por pressão	21 (6,7)	0 (0,0)	1 (1,0)	20 (19,0)	<0,001
Úlcera de estase	9 (2,9)	2 (1,9)	4 (3,8)	3 (2,9)	0,715
Mal perfurante plantar	2 (0,6)	1 (1,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0,600
Úlcera arterial de perna	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0,367
Úlcera traumática	1 (0,3)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,361

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

No grupo dos Pruridos, constatou-se que o asteatósico estava presente em 4,5% dos idosos e o do couro cabeludo, em 1,0%. Estas prevalências não apresentaram significância estatística quanto a sua distribuição nos três locais pesquisados.

Quanto às Úlceras, verificou-se maior prevalência das úlceras por pressão (6,7%), sendo que 20 (19,0%) na Unidade de Internação Geriátrica e apenas 1

(1,0%) em paciente de Ambulatório ($P<0,001$). Na Instituição de Longa Permanência para Idosos, nenhum caso foi observado. A úlcera de estase veio em segundo lugar (2,9%), seguida pelo mal perfurante plantar (0,6%) e a úlcera arterial (0,3%). Apenas um idoso (0,3%) apresentou úlcera do tipo traumática. Nenhuma dessas últimas apresentou diferença significativa de frequência entre os locais pesquisados.

Na Tabela 4, são listados os dados próprios do Envelhecimento Cutâneo, tanto os do envelhecimento intrínseco quanto os do extrínseco. Neste grupo encontramos a melanose solar (97,8%), a hipomelanose gotata (82,7%), as rugas (80,4%), as telangiectasias (65,7%), a atrofia (51,9%) e a poiquilodermia de Civatte (50,3%), presentes em mais de cinquenta por cento dos idosos participantes desta pesquisa.

Tabela 4 - Distribuição das manifestações dermatológicas do grupo Envelhecimento Cutâneo na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total N (%)	Procedência			P
		ILPI N (%)	Ambulatório N (%)	Internação N (%)	
ENVELHECIMENTO CUTÂNEO					
Melanose solar	305 (97,8)	100 (97,1)	102 (98,1)	103 (98,1)	0,855
Hipomelanose gotata	258 (82,7)	73 (70,9)	90 (86,5)	95 (90,5)	<0,001
Rugas	250 (80,4)	87 (85,3)	83 (79,8)	80 (76,2)	0,252
Telangiectasias	205 (65,7)	61 (59,2)	70 (67,3)	74 (70,5)	0,212
Atrofia	162 (51,9)	72 (69,9)	38 (36,5)	52 (49,5)	<0,001
Poiquilodermia	157 (50,3)	26 (25,2)	65 (62,5)	66 (62,9)	<0,001
Pele romboidal	136 (43,6)	42 (40,8)	45 (43,3)	49 (46,7)	0,691
Púrpura	119 (38,1)	31 (30,1)	29 (27,9)	59 (56,2)	<0,001
Cicatriz estelar	116 (37,2)	43 (41,7)	37 (35,6)	36 (34,3)	0,494
Poros dilatados	83 (26,6)	7 (6,8)	37 (35,6)	39 (37,1)	<0,001
Melasma	48 (15,4)	4 (3,9)	24 (23,1)	20 (19,0)	<0,001
Hiperplasia sebácea	33 (10,6)	11 (10,7)	12 (11,5)	10 (9,5)	0,893
Pseudomillium colóide	27 (8,7)	9 (8,7)	10 (9,6)	8 (7,6)	0,876
Asperzeza	17 (5,4)	4 (3,9)	8 (7,7)	5 (4,8)	0,449
Rinofima	7 (2,2)	4 (3,9)	3 (2,9)	0 (0,0)	0,145
Favre Racouchot	3 (1,0)	3 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,046
Palidez cutânea	2 (0,6)	1 (1,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0,600

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

A hipomelanose gotata e a poiquilodermia foram significativamente menos prevalentes nos idosos da ILPI ($P<0,001$), já a atrofia foi mais prevalente nos idosos institucionalizados ($P<0,001$).

Dentre as outras manifestações dermatológicas próprias do Envelhecimento Cutâneo, a púrpura foi mais prevalente ($P<0,001$) em idosos da Internação (56,2%), quando comparada aos institucionalizados (30,1%) e aos ambulatoriais (27,9%). As observações de poros dilatados e melasma foram menos frequentes ($P<0,001$) nos idosos institucionalizados (6,8% e 3,9%) do que nos ambulatoriais (35,6% e 23,1%) e internados (37,1% e 19,0%). Já a Síndrome de Favre Racouhout foi observada apenas nos idosos institucionalizados ($P=0,046$).

Os dados referentes às manifestações cutâneas Infectocontagiosas e aos Intertrigos encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos Infectocontagiosas e Intertrigos na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total N (%)	Procedência			P
		ILPI N (%)	Ambulatório N (%)	Internação N (%)	
INFECTOCONTAGIOSAS					
Foliculite	35 (11,2)	14 (13,6)	12 (11,5)	9 (8,6)	0,514
Verruga	15 (4,8)	6 (5,8)	6 (5,8)	3 (2,9)	0,518
Erisipela	4 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,0)	3 (2,9)	0,175
Candidíase	3 (1,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	2 (1,9)	0,370
Herpes simples	2 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,9)	0,137
Outras	5 (1,6)	0 (0,0)	4 (3,8)	1 (1,0)	0,071
INTERTRIGOS					
Interdigital pés	164 (52,6)	60 (58,3)	46 (44,2)	58 (55,2)	0,104
Submamário	11 (3,5)	7 (6,8)	2 (1,9)	2 (1,9)	0,089
Inguino-crural	9 (2,9)	3 (2,9)	5 (4,8)	1 (1,0)	0,250
Perleche	6 (1,9)	3 (2,9)	1 (1,0)	2 (1,9)	0,593
Outros	5 (1,6)	3 (2,9)	2 (1,9)	0 (0,0)	0,235

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

Com relação às Infectocontagiosas, verificou-se que a mais frequente foi foliculite (11,2%), seguida de verruga (4,8%), erisipela (1,3%), candidíase (1,0%), herpes simples (0,6%) e Outras doenças infectocontagiosas (1,6%). No grupo das Outras manifestações Infectocontagiosas, foram diagnosticados dois casos de pitiríase versicolor e casos isolados de miíase cavitária, molusco contagioso e dermatofitose. Não foram constatados casos clínicos de herpes zoster, escabiose ou pediculose no presente estudo. Não houve nenhum resultado com significância estatística comparando-se os três grupos pesquisados.

Quanto aos Intertrigos, o mais prevalente foi o interdigital dos pododáctilos (52,6%), seguido do submamário (3,5%), do inguino-crural (2,9%) e do perleche (1,9%). Outros tipos de intertrigos foram observados em menor frequência (1,6%) localizados na prega abdominal, região axilar e interglútea. No grupo dos Intertrigos, não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição dos achados nos três locais pesquisados.

Na Tabela 6, encontram-se os resultados dos Nevos, dos Tumores benignos, das lesões Pré-malignas e Malignas. Com relação à distribuição dos Nevos na amostra total, ficou evidente a maior prevalência dos nevos rubi (81,4%) e melanocítico (79,8%), sendo que o nevo azul foi observado em apenas 8,0% dos idosos. Destes, apenas o melanocítico apresentou diferença estatística ($P=0,020$), sendo mais prevalente nos idosos internados (88,6%), quando comparado aos da SPAAN (73,8%) e do Ambulatório (76,9%). Outros tipos de Nevos (3,2%) observados foram mancha café-com-leite, nevos sebáceos, nevo piloso e nevo Spillus.

Os Tumores benignos mais prevalentes foram acrocórdon (32,8%) e dermatose papulosa nigra (32,4%). O acrocórdon foi menos prevalente ($P<0,001$) na SPAAN (16,7%) do que no Ambulatório (41,3%) e na Internação (40,0%). Outros Tumores benignos menos prevalentes foram cisto epidérmico (6,7%), dermatofibroma (6,1%), fibroma mole (3,8%), angioma estelar (3,5%) e lipoma (1,6%). Destes, o cisto sebáceo foi mais prevalente ($P=0,016$) no Ambulatório (12,5%) do que na ILPI (3,9%) e na Internação (3,8%). O angioma estelar foi observado nos idosos do Ambulatório e da Internação, sendo que nenhum caso foi observado na ILPI ($P=0,031$).

Tabela 6 - Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos Nevos, Tumores benignos, Lesões Pré-malignas e Malignas na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total N (%)	Procedência			P
		ILPI N (%)	Ambulatório N (%)	Internação N (%)	
NEVOS					
Nevo rubi	253 (81,4)	83 (81,4)	85 (81,7)	85 (81,0)	0,990
Nevos melanocíticos	249 (79,8)	76 (73,8)	80 (76,9)	93 (88,6)	0,020
Nevo azul	25 (8,0)	5 (4,9)	8 (7,7)	12 (11,4)	0,215
Outros nevos	10 (3,2)	4 (3,9)	5 (4,8)	1 (1,0)	0,255
TUMORES BENIGNOS					
Acrocórdons	102 (32,8)	17 (16,7)	43 (41,3)	42 (40,0)	<0,001
Dermatose papulosa nigra	101 (32,4)	37 (35,9)	37 (35,6)	27 (25,7)	0,201
Cisto epidérmico	21 (6,7)	4 (3,9)	13 (12,5)	4 (3,8)	0,016
Dermatofibroma	19 (6,1)	6 (5,8)	8 (7,7)	5 (4,8)	0,669
Fibroma mole	12 (3,8)	6 (5,8)	3 (2,9)	3 (2,9)	0,443
Angioma estelar	11 (3,5)	0 (0,0)	7 (6,7)	4 (3,8)	0,031
Lipoma	5 (1,6)	3 (2,9)	1 (1,0)	1 (1,0)	0,433
LESÕES PRÉ-MALIGNAS					
Ceratose actínica	145 (46,5)	54 (52,4)	42 (40,4)	49 (46,7)	0,221
Corno cutâneo	5 (1,6)	0 (0,0)	1 (1,0)	4 (3,8)	0,075
Leucoplasia lábio	3 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,9)	0,050
LESÕES MALIGNAS					
Carcinoma basocelular	15 (4,8)	3 (2,9)	7 (6,7)	5 (4,8)	0,438
Carcinoma epidermóide	4 (1,3)	2 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,9)	0,363
Melanoma maligno	1 (0,3)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,361

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

Das lesões Pré-malignas observadas nesta pesquisa, a mais prevalente foi a ceratose actínica (46,5%). Ainda foram observadas lesões do tipo corno cutâneo (1,6%) e do tipo leucoplasia labial (1,0%), sendo que todos os casos foram observados na internação ($P=0,050$). Não foi constatada nenhuma lesão de ceratoacantoma.

Com relação às lesões Malignas, o câncer de pele mais prevalente foi o carcinoma basocelular (4,8%), seguido pelo carcinoma epidermóide (1,3%) e pelo melanoma maligno (0,3%). Neste estudo, o carcinoma basocelular foi observado nos

três locais pesquisados, porém sem significância estatística ($P=0,438$) quanto a sua distribuição. Os casos de carcinoma epidermóide foram observados na SPAAN e na Internação e o de melanoma maligno apenas na SPAAN.

Destas 20 lesões diagnosticadas clínica e dermatoscopicamente como Malignas, 13 foram biopsiadas, sendo que apenas uma não foi conclusiva de neoplasia maligna em paciente da SPAAN.

Das sete lesões não biopsiadas, três foram encaminhadas a equipes especializadas do Sistema Único de Saúde nas áreas de oftalmologia (lesão em local de implantação ciliar), plástica (lesão em área cartilaginosa de pavilhão auricular) e oncologia (melanoma tipo lentigo maligno, acometendo asa nariz Esquerda e região malar adjacente em paciente anticoagulado). Dos pacientes enviados para cirurgia plástica e oftalmologia não foi obtido retorno. O paciente com lesão sugestiva de melanoma maligno sofreu queda durante internação hospitalar com óbito antes de realizar exérese e histopatológico da lesão suspeita. Os outros quatro pacientes com lesão suspeita de carcinoma basocelular não foram biopsiados, respeitando-se a negativa por parte de seus responsáveis, tendo-se em vista a idade avançada ou estado geral dos idosos.

Na Tabela 7, estão listadas as alterações observadas nas Unhas, nos Pelos e Outras manifestações dermatológicas encontradas neste estudo. No grupo das Alterações Ungueais a mais prevalente foi estria longitudinal (81,2%), seguida por ausência de lúnula (56,9%), onicólise (38,7%), onicodistrofia (37,7%), leuconíquia (11,2%) e melanoníquia (7,1%). As estrias longitudinais apresentaram maior frequência na ILPI (91,2%), menor no Ambulatório (69,6%) e intermediária na Internação (82,7%), com $P<0,001$. A ausência de lúnula foi mais prevalente na Internação (70,5%), menos na ILPI (45,5%) e intermediária no Ambulatório (56,5%) sendo $P=0,003$. A onicólise ($P=0,041$) e a leuconíquia ($P=0,049$) foram mais frequentes na Internação e menos no Ambulatório.

Outras Alterações Ungueais também foram observadas em 8,7% dos idosos, tais como ceratose periungueal, hematoma subungueal, perioníquia, pterígeo ungueal, estrias horizontais, telangiectasias periungueal, unhas em pinça, em baqueta de tambor e unhas amarelas. Alguns dados como onicólise, ausência de lúnula, leuconíquia, melanoníquia e hematoma subungueal podem ter sido

subestimados, pois os idosos apresentavam as unhas das mãos (20,3%) e dos pés (17,5%) pintadas, não sendo possível examinar adequadamente a lâmina ungueal.

Em relação às Alterações dos Pelos, a alopecia androgenética masculina foi a mais prevalente (71,4%), seguida por canície (45,5%), hirsutismo (43,9%), madarose supraciliar (40,1%), alopecia androgenética feminina (25,5%) e hipertricose das orelhas (25,3%). A canície ($P<0,001$) e madarose supraciliar ($P=0,036$) foram menos prevalentes na SPAAN. Já a hipertricose das orelhas ($P=0,007$) foi mais prevalente na Internação. Outras alterações pilosas (3,5%) observadas foram rarefação dos pelos nos membros inferiores e hipertricose do nariz. Dado não esperado no trabalho foi a constatação do expressivo número de idosos (18,9%) que pintavam o cabelo.

Outras manifestações dermatológicas observadas foram xerose cutânea (70,8%), dermatite ocre (36,9%), comedão (32,1%), cisto de millium (18,9%), cicatrizes outras que não a estelar (14,7%) e vitiligo (2,2%). Os comedões eram tanto do tipo aberto quanto fechado e entre os diferentes tipos de cicatrizes, que não cicatriz estelar (pós-acne e quelóide). Outras apareceram isoladamente (17,6%) tais como *acantose nigricante*, *acne*, *bullose diabeticorum*, cisto mixóide, contratatura de Dupuytren, *dermatite neglecta*, dermatoesclerose, efélides, escoriações, farmacodermia, granuloma de corpo estranho, granuloma piogênico, hiperchromia puntata plantar, hemangioma, lago venoso, mama extranumerária, livedo, poroma écrino, queimadura térmica, Sinal de Léser Trélat, tatuagem, xantelasma e xerodermia ictiosiforme.

Tabela 7 - Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos Onicopatias, Alterações de Pelos e Outras na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total N (%)	Procedência			P
		ILPI N (%)	Ambulatório N (%)	Internação N (%)	
ALTERAÇÕES UNGUEAIS					
Estrias longitudinais	250 (81,2)	93 (91,2)	71 (69,6)	86 (82,7)	<0,001
Ausência de lúnula	156 (56,9)	46 (45,5)	48 (56,5)	62 (70,5)	0,003
Onicólise	108 (38,7)	40 (39,2)	26 (29,2)	42 (47,7)	0,041
Onicodistrofia	117 (37,7)	40 (38,8)	35 (33,7)	42 (40,8)	0,550
Leuconíquia	35 (11,2)	10 (9,7)	7 (6,7)	18 (17,1)	0,049
Melanoníquia	22 (7,1)	10 (9,7)	8 (7,7)	4 (3,8)	0,239
Outras	27 (8,7)	5 (4,9)	14 (13,5)	8 (7,6)	0,079
ALTERAÇÃO DE PELOS					
Alopecia androg. Masculina	70 (71,4)	16 (55,2)	20 (76,9)	34 (79,1)	0,068
Canície	142 (45,5)	18 (17,5)	50 (48,1)	74 (70,5)	<0,001
Hirsutismo	137 (43,9)	44 (42,7)	51 (49,0)	42 (40,0)	0,402
Madarose supraciliar	125 (40,1)	32 (31,1)	42 (40,4)	51 (48,6)	0,036
Alopecia androg. Feminina	56 (25,5)	14 (18,9)	21 (25,6)	21 (32,8)	0,174
Hipertricose orelhas	79 (25,3)	21 (20,4)	20 (19,2)	38 (36,2)	0,007
Outras	11 (3,5)	7 (6,8)	1 (1,0)	3 (2,9)	0,068
OUTRAS					
Xerose cutânea	221 (70,8)	81 (78,6)	66 (63,5)	74 (70,5)	0,056
Dermatite ocre	115 (36,9)	25 (24,3)	49 (47,1)	41 (39,0)	0,003
Comedão	100 (32,1)	35 (34,0)	45 (43,3)	20 (19,0)	0,001
Cisto de millium	59 (18,9)	5 (4,9)	25 (24,0)	29 (27,6)	<0,001
Cicatriz	46 (14,7)	15 (14,6)	16 (15,4)	15 (14,3)	0,973
Vitiligo	7 (2,2)	0 (0,0)	3 (2,9)	4 (3,8)	0,155
Outras	55 (17,6)	17 (16,5)	22 (21,2)	16 (15,2)	0,498

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

De todas as 128 manifestações dermatológicas apresentadas até aqui 40 foram mais frequentes e observadas em mais de 10% dos idosos (Tabela 8). Melanose solar, hipomelanose gotata, nevo rubi, estrias longitudinais das unhas, rugas, nevos melanocíticos, ceratose seborreica, alopecia androgenética masculina, xerose cutânea, telangiectasias, ausência de lúnula, intertrigo interdigtal dos pododáctilos, atrofia cutânea e poiquilodermia estiveram presentes em mais de 50%

dos idosos. Ceratose actínica, canície, hirsutismo, pele romboidal, madarose supraciliar, onicólise, púrpura, onicodistrofia, cicatriz estelar, dermatite ocre, acrocórdon, dermatose papulosa nigra, comedão e ceratose de cotovelos e joelhos estiveram presentes entre 30 e 50 % dos sujeitos deste estudo. Poros dilatados, alopecia androgenética feminina, hipertricose das orelhas, eczema seborreico, cistos de millium, melasma, calosidades dos pés, diferentes tipos de cicatrizes que não a estelar, calos plantares, leuconíquia, foliculite e hiperplasia sebácea foram constatadas entre 10 e 30 % dos idosos.

Tabela 8 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com o local pesquisado, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total N (%)	Procedência			P
		ILPI N (%)	Ambulatório N (%)	Internação N (%)	
Melanose solar	305 (97,8)	100 (97,1)	102 (98,1)	103 (98,1)	0,855
Hipomelanose gotata	258 (82,7)	73 (70,9)	90 (86,5)	95 (90,5)	<0,001
Nevo rubi	253 (81,4)	83 (81,4)	85 (81,7)	85 (81,0)	0,990
Estrias longitudinais	250 (81,2)	93 (91,2)	71 (69,6)	86 (82,7)	<0,001
Rugas	250 (80,4)	87 (85,3)	83 (79,8)	80 (76,2)	0,252
Nevo melanocítico	249 (79,6)	76 (73,8)	80 (76,9)	93 (88,6)	0,020
Ceratose seborreica	234 (75,0)	79 (76,7)	79 (76,0)	76 (72,4)	0,743
Alopecia androg. masculina	70 (71,4)	16 (55,2)	20 (76,9)	34 (79,1)	0,068
Xerose cutânea	221 (70,8)	81 (78,6)	66 (63,5)	74 (70,5)	0,056
Telangiectasias	205 (65,7)	61 (59,2)	70 (67,3)	74 (70,5)	0,212
Ausência de lúnula	156 (56,9)	46 (45,5)	48 (56,5)	62 (70,5)	0,003
Intertrigo interdigital pés	164 (52,6)	60 (58,3)	46 (44,2)	58 (55,2)	0,104
Atrofia	162 (51,9)	72 (69,9)	38 (36,5)	52 (49,5)	<0,001
Poiquilodermia	157 (50,3)	26 (25,2)	65 (62,5)	66 (62,9)	<0,001
Ceratose actínica	145 (46,5)	54 (52,4)	42 (40,4)	49 (46,7)	0,221
Canície	142 (45,5)	18 (17,5)	50 (48,1)	74 (70,5)	<0,001
Hirsutismo	137 (43,9)	44 (42,7)	51 (49,0)	42 (40,0)	0,402
Pele romboidal	136 (43,6)	42 (40,8)	45 (43,3)	49 (46,7)	0,691
Madarose supraciliar	125 (40,1)	32 (31,1)	42 (40,4)	51 (48,6)	0,036
Onicólise	108 (38,7)	40 (39,2)	26 (29,2)	42 (47,7)	0,041
Púrpura	119 (38,1)	31 (30,1)	29 (27,9)	59 (56,2)	<0,001
Onicodistrofia	117 (37,7)	40 (38,8)	35 (33,7)	42 (40,8)	0,550
Cicatriz estelar	116 (37,2)	43 (41,7)	37 (35,6)	36 (34,3)	0,494
Dermatite ocre	115 (36,9)	25 (24,3)	49 (47,1)	41 (39,0)	0,003
Acrocórdons	102 (32,8)	17 (16,7)	43 (41,3)	42 (40,0)	<0,001
Dermatose papulosa nigra	101 (32,4)	37 (35,9)	37 (35,6)	27 (25,7)	0,201
Comedão	100 (32,1)	35 (34,0)	45 (43,3)	20 (19,0)	0,001
Ceratose cotovelo/joelho	98 (31,4)	22 (21,4)	33 (31,7)	43 (41,0)	0,010
Poros dilatados	83 (26,6)	7 (6,8)	37 (35,6)	39 (37,1)	<0,001
Alopecia androg. feminina	56 (25,5)	14 (18,9)	21 (25,6)	21 (32,8)	0,174
Hipertricose orelhas	79 (25,3)	21 (20,4)	20 (19,2)	38 (36,2)	0,007
Eczema seborreico	70 (22,4)	15 (14,6)	28 (26,9)	27 (25,7)	0,063
Cisto de millium	59 (18,9)	5 (4,9)	25 (24,0)	29 (27,6)	<0,001
Melasma	48 (15,4)	4 (3,9)	24 (23,1)	20 (19,0)	<0,001
Calosidades plantares	46 (14,7)	10 (9,7)	27 (26,0)	9 (8,6)	<0,001
Cicatriz	46 (14,7)	15 (14,6)	16 (15,4)	15 (14,3)	0,973
Calos plantares	40 (12,8)	15 (14,6)	18 (17,3)	7 (6,7)	0,058
Leuconíquia	35 (11,2)	10 (9,7)	7 (6,7)	18 (17,1)	0,049
Foliculite	35 (11,2)	14 (13,6)	12 (11,5)	9 (8,6)	0,514
Hiperplasia sebácea	33 (10,6)	11 (10,7)	12 (11,5)	10 (9,5)	0,893

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

Além da descrição do diagnóstico e da frequência (absoluta e percentual) das manifestações dermatológicas, esta pesquisa se propôs a analisar os possíveis fatores de risco para as alterações dermatológicas observadas nos idosos. Os resultados apresentados nas Tabelas 9 a 20 apontam dados do cruzamento da distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais frequentes com sexo, faixa etária, escolaridade, raça e doenças associadas, procurando associá-los como o surgimento destas alterações cutâneas.

A Tabela 9 mostra a distribuição das 40 dermatoses mais prevalentes por sexo. No sexo masculino houve predominância de estrias longitudinais ungueais (91,4% e $P=0,003$), alopecia androgenética masculina (76,1% e $P<0,001$), telangiectasias (74,5% e $P=0,032$), ausência de lúnula (67,7% e $P=0,010$), intertrigo interdigital pés (67,0% e $P=0,001$), poiquilodermia (59,6% e $P=0,032$), canície (69,1% e $P<0,001$), púrpura (46,8% e $P=0,038$), dermatite ocre (45,7% e $P=0,033$), ceratose de cotovelos e joelhos (42,6% e $P=0,005$), hipertricose das orelhas (78,7% e $P<0,001$), eczema seborreico (35,1% e $P<0,001$), cicatrizes outras que não cicatriz estelar (25,5% e $P<0,001$) e foliculite (24,5% e $P<0,001$).

No sexo feminino houve predomínio de nevo rubi (84,3% e $P=0,040$), rugas (88,5% e $P<0,001$), nevo melanocítico (83,0% e $P=0,031$), atrofia (61,5% e $P<0,001$) e hirsutismo (62,8% e $P<0,001$).

A Tabela 10 mostra as 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes de acordo com a faixa etária. O aumento da prevalência, acompanhando o aumento das faixas etárias estudadas, foi observado com estrias longitudinais ungueais ($P<0,001$), rugas ($P<0,001$), atrofia cutânea ($P<0,001$), ceratose actínica ($P<0,001$), madarose supraciliar ($P=0,001$), púrpura ($P<0,001$), cicatriz estelar ($P=0,005$) e alopecia androgenética feminina ($P<0,001$). Já a diminuição da prevalência ocorreu com o aumento das faixas etárias para nevo melanocítico ($P=0,002$), poiquilodermia ($P<0,001$), ceratose dos cotovelos e joelhos ($P<0,001$) e o melasma ($P<0,001$).

Tabela 9 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com o sexo, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total N (%)	Masculino N (%)	Feminino N (%)	P
Melanose solar	305 (97,8)	92 (97,9)	213 (97,7)	0,928
Hipomelanose gotata	258 (82,7)	78 (83,0)	180 (82,6)	0,930
Nevo rubi	253 (81,4)	70 (74,5)	183 (84,3)	0,040
Estrias longitudinais	250 (81,2)	85 (91,4)	165 (76,7)	0,003
Rugas	250 (80,4)	58 (61,7)	192 (88,5)	<0,001
Nevo melanocítico	249 (79,8)	68 (72,3)	181 (83,0)	0,031
Ceratose seborreica	234 (75,0)	72 (76,6)	162 (74,3)	0,669
Alopecia androg. masculina	70 (71,4)	70 (76,1)	0 (0,0)	<0,001
Xerose cutânea	221 (70,8)	68 (72,3)	153 (70,2)	0,701
Telangiectasias	205 (65,7)	70 (74,5)	135 (61,9)	0,032
Ausência de lúnula	156 (56,9)	63 (67,7)	93 (51,4)	0,010
Intertrigo interdigital pés	164 (52,6)	63 (67,0)	101 (46,3)	0,001
Atrofia	162 (51,9)	28 (29,8)	134 (61,5)	<0,001
Poiquilodermia	157 (50,3)	56 (59,6)	101 (46,3)	0,032
Ceratose actínica	145 (46,5)	38 (40,4)	107 (49,1)	0,160
Canície	142 (45,5)	65 (69,1)	77 (35,3)	<0,001
Hirsutismo	137 (43,9)	0 (0,0)	137 (62,8)	<0,001
Pele romboidal	136 (43,6)	42 (44,7)	94 (43,1)	0,799
Madarose supraciliar	125 (40,1)	34 (36,2)	91 (41,7)	0,357
Onicólise	108 (38,7)	42 (45,7)	66 (35,3)	0,098
Púrpura	119 (38,1)	44 (46,8)	75 (34,4)	0,038
Onicodistrofia	117 (37,7)	33 (35,5)	84 (38,7)	0,591
Cicatriz estelar	116 (37,2)	33 (35,1)	83 (38,1)	0,619
Dermatite ocre	115 (36,9)	43 (45,7)	72 (33,0)	0,033
Acrocórdons	102 (32,8)	25 (26,6)	77 (35,5)	0,125
Dermatose papulosa nigra	101 (32,4)	29 (30,9)	72 (33,0)	0,706
Comedão	100 (32,1)	36 (38,3)	64 (29,4)	0,121
Ceratose cotovelo/joelho	98 (31,4)	40 (42,6)	58 (26,6)	0,005
Poros dilatados	83 (26,6)	29 (30,9)	54 (24,8)	0,265
Alopecia androg. feminina	56 (25,5)	0 (0,0)	56 (26,6)	0,736
Hipertricose orelhas	79 (25,3)	74 (78,7)	5 (2,3)	<0,001
Eczema seborreico	70 (22,4)	33 (35,1)	37 (17,0)	<0,001
Cisto de millium	59 (18,9)	20 (21,3)	39 (17,9)	0,483
Melasma	48 (15,4)	16 (17,0)	32 (14,7)	0,599
Calosidades plantares	46 (14,7)	13 (13,8)	33 (15,1)	0,765
Cicatriz	46 (14,7)	24 (25,5)	22 (10,0)	<0,001
Calos plantares	40 (12,8)	16 (17,0)	24 (11,0)	0,145
Leuconíquia	35 (11,2)	10 (10,6)	25 (11,5)	0,834
Foliculite	35 (11,2)	23 (24,5)	12 (5,5)	<0,001
Hiperplasia sebácea	33 (10,6)	12 (12,8)	21 (9,6)	0,409

Tabela 10 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com a faixa etária, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	60-69 anos N (%)	70-79 anos N (%)	80-89 anos N (%)	90 ou + anos N (%)	P
Melanose solar	62 (95,4)	92 (98,9)	117 (97,5)	34 (100,0)	0,260
Hipomelanose gotata	58 (89,2)	77 (82,8)	96 (80)	27 (79,4)	0,121
Nevo rubi	55 (84,6)	73 (78,5)	98 (82,4)	27 (79,4)	0,727
Estrias longitudinais	44 (67,7)	74 (80,4)	100 (85,5)	32 (94,1)	<0,001
Rugas	40 (61,5)	74 (79,6)	105 (88,2)	31 (91,2)	<0,001
Nevo melanocítico	58 (89,2)	79 (84,9)	88 (73,3)	24 (70,6)	0,002
Ceratose seborreica	47 (72,3)	74 (79,6)	89 (74,2)	24 (70,6)	0,753
Alopecia androg. Masc.	23 (79,3)	22 (71,0)	20 (69,0)	5 (55,6)	0,176
Xerose cutânea	43 (66,2)	65 (69,9)	85 (70,8)	28 (82,4)	0,148
Telangiectasias	45 (69,2)	64 (68,8)	74 (61,7)	22 (64,7)	0,319
Ausência de lúnula	29 (50,5)	45 (55,6)	62 (59,6)	20 (64,5)	0,137
Intertrigo interdigital pés	32 (49,2)	48 (51,6)	62 (51,7)	22 (64,7)	0,258
Atrofia	13 (20,0)	37 (39,8)	81 (67,5)	31 (91,2)	<0,001
Poiquilodermia	49 (75,4)	54 (58,1)	47 (39,2)	7 (20,6)	<0,001
Ceratose actínica	16 (24,6)	46 (49,5)	63 (52,5)	20 (58,8)	<0,001
Canície	29 (44,6)	31 (33,3)	62 (51,7)	20 (58,8)	0,039
Hirsutismo	27 (41,5)	39 (41,9)	53 (44,2)	19 (55,9)	0,243
Pele romboidal	23 (35,4)	45 (48,4)	52 (43,3)	16 (47,1)	0,368
Madarose supraciliar	17 (26,2)	34 (36,6)	54 (45,0)	20 (58,8)	0,001
Onicólise	26 (44,8)	31 (38,8)	35 (32,1)	16 (50,0)	0,647
Púrpura	11 (16,9)	26 (28,0)	61 (50,8)	21 (61,8)	<0,001
Onicodistrofia	19 (29,2)	33 (35,5)	51 (43,2)	14 (41,2)	0,073
Cicatriz estelar	17 (26,2)	34 (36,6)	45 (37,5)	20 (58,8)	0,005
Dermatite ocre	22 (33,8)	40 (43,0)	43 (35,8)	10 (29,4)	0,587
Acrocórdons	26 (40,0)	27 (29,3)	37 (30,8)	12 (35,3)	0,491
Dermatose papulosa nigra	23 (35,4)	28 (30,1)	37 (30,8)	13 (38,2)	0,981
Comedão	24 (36,9)	32 (34,4)	29 (24,2)	15 (44,1)	0,566
Ceratose cotovelo/joelho	32 (49,2)	29 (31,2)	33 (27,5)	4 (11,8)	<0,001
Poros dilatados	22 (33,8)	29 (31,2)	24 (20,0)	8 (23,5)	0,044
Alopecia androg. feminina	3 (7,7)	14 (22,6)	26 (28,0)	13 (50,0)	<0,001
Hipertricose orelhas	19 (29,2)	29 (31,2)	25 (20,8)	6 (17,6)	0,068
Eczema seborreico	16 (24,6)	25 (26,9)	23 (19,2)	6 (17,6)	0,213
Cisto de millium	12 (18,5)	21 (22,6)	22 (18,3)	4 (11,8)	0,417
Melasma	25 (38,5)	18 (19,4)	4 (3,3)	1 (2,9)	<0,001
Calosidades plantares	10 (15,4)	24 (25,8)	12 (10,0)	0 (0,0)	0,006
Cicatriz	18 (27,7)	11 (11,8)	12 (10,0)	5 (14,7)	0,016
Calos plantares	13 (20,0)	9 (9,7)	13 (10,8)	5 (14,7)	0,297
Leuconíquia	1 (1,5)	11 (11,8)	14 (11,7)	9 (26,5)	0,001
Foliculite	18 (27,7)	12 (12,9)	3 (2,5)	2 (5,9)	<0,001
Hiperplasia sebácea	7 (10,8)	9 (9,7)	15 (12,5)	2(5,9)	0,719

Aumento da prevalência de acordo com o aumento das faixa etárias foi observado com a leuconíquia ($P=0,001$), cuja prevalência foi menor na faixa etária dos 60 aos 69 anos (1,5%) e maior nos idosos com 90 anos ou mais (26,5%), porém foi quase igual para as faixas etárias dos 70 aos 79 anos (11,8%) e nos 80 aos 89 anos (11,7%). Outros achados também apresentaram significância estatística. A canície ($P=0,039$) foi mais freqüente na faixa etária acima dos 90 anos, poros dilatados ($P=0,044$) menos freqüente na faixa dos 60 aos 69 anos, cicatrizes outras que não cicatriz estelar ($P=0,016$) e foliculite ($P<0,001$) mais prevalente na faixa dos 60 aos 69 anos de idade e calosidades ($P=0,006$) foi mais freqüente na faixa dos 70 aos 79 anos.

Na Tabela 11, encontra-se a distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes de acordo com a escolaridade dos idosos. Foi possível constatar diminuição da prevalência conforme o aumento da escolaridade nas alterações cutâneas como rugas ($P=0,008$) e onicodistrofia ($P=0,034$). Tendência oposta foi observada com a hipertricose das orelhas ($P=0,001$), em que houve aumento de sua freqüência conforme o aumento da escolaridade.

Outro achado foi a constatação de manifestações cutâneas que aumentaram sua freqüência até a conclusão do nível fundamental e declinaram nos idosos que completaram ensino médio. Nesta situação estão as telangiectasias ($P=0,001$), a poiquilodermia ($P=0,004$), a dermatite ocre ($P=0,031$) e a hiperplasia sebácea ($P=0,034$). Algumas manifestações cutâneas, como ceratose de cotovelos e joelhos ($P=0,003$) e a cicatriz outra que não cicatriz estelar ($P=0,036$) foram mais prevalentes nos idosos com nível médio completo. Já a atrofia ($P=0,021$) foi mais freqüente naqueles que nunca haviam estudado.

Tabela 11 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com a escolaridade, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	Nunca estudou N (%)	Não completou fundamental N (%)	Completou fundamental N (%)	Completou ensino médio N (%)	P
Melanose solar	49 (96,1)	154 (96,9)	49 (100,0)	30 (100,0)	0,126
Hipomelanose gotata	39 (76,5)	133 (83,6)	42 (85,7)	26 (86,7)	0,208
Nevo rubi	38 (74,5)	130 (82,3)	41 (83,7)	25 (83,3)	0,298
Estrias longitudinais	45 (90,0)	122 (78,2)	38 (77,6)	25 (83,3)	0,417
Rugas	44 (88,0)	131 (82,4)	36 (73,5)	20 (66,7)	0,008
Nevo melanocítico	38 (74,5)	122 (76,7)	39 (79,6)	27 (90,0)	0,106
Ceratose seborreica	35 (68,6)	123 (77,4)	38 (77,6)	23 (76,7)	0,415
Alopecia androg. Masc.	3 (37,5)	32 (71,1)	14 (70,0)	15 (78,9)	0,125
Xerose cutânea	37 (72,5)	118 (74,2)	33 (67,3)	19 (63,3)	0,247
Telangiectasias	22 (43,1)	108 (67,9)	38 (77,6)	22 (73,3)	0,001
Ausência de lúnula	24 (52,2)	72 (52,9)	30 (65,2)	18 (64,3)	0,127
Intertrigo interdigital pés	27 (52,9)	85 (53,5)	25 (51,0)	16 (53,3)	0,922
Atrofia	35 (68,6)	79 (49,7)	20 (40,8)	14 (46,7)	0,021
Poiquilodermia	13 (25,5)	86 (54,1)	29 (59,2)	17 (56,7)	0,004
Ceratose actínica	22 (43,1)	84 (52,8)	13 (26,5)	11 (36,7)	0,069
Canície	21 (41,2)	66 (41,5)	22 (44,9)	18 (60,0)	0,109
Hirsutismo	25 (49,0)	73 (45,9)	19 (38,8)	9 (30,0)	0,064
Pele romboidal	21 (41,2)	76 (47,8)	20 (40,8)	9 (30,0)	0,248
Madarose supraciliar	20 (39,2)	62 (39,0)	21 (42,9)	10 (33,3)	0,812
Onicólise	12 (25,0)	60 (43,5)	15 (32,6)	12 (42,9)	0,343
Púrpura	21 (41,2)	57 (35,8)	18 (36,7)	9 (30,0)	0,383
Onicodistrofia	23 (45,1)	62 (39,5)	16 (32,7)	7 (23,3)	0,034
Cicatriz estelar	21 (41,2)	59 (37,1)	20 (40,8)	7 (23,3)	0,225
Dermatite ocre	14 (27,5)	58 (36,5)	23 (46,9)	14 (46,7)	0,031
Acrocórdons	15 (29,4)	52 (32,9)	18 (36,7)	12 (40,0)	0,275
Dermatose papulosa nigra	19 (37,3)	56 (35,2)	13 (26,5)	6 (20,0)	0,058
Comedão	19 (37,3)	53 (33,3)	19 (38,8)	9 (30,0)	0,764
Ceratose cotovelo/joelho	9 (17,6)	51 (32,1)	15 (30,6)	16 (53,3)	0,003
Poros dilatados	9 (17,6)	47 (29,6)	11 (22,4)	11 (36,7)	0,194
Alopecia androg. feminina	15 (33,3)	25 (21,7)	6 (19,4)	3 (25,0)	0,256
Hipertricose orelhas	7 (13,7)	35 (22,0)	17 (34,7)	13 (43,3)	0,001
Eczema seborreico	12 (23,5)	37 (23,3)	10 (20,4)	6 (20,0)	0,614
Cisto de millium	8 (15,7)	30 (18,9)	7 (14,3)	10 (33,3)	0,161
Melasma	4 (7,8)	32 (20,1)	6 (12,2)	6 (20,0)	0,417
Calosidades plantares	6 (11,8)	25 (15,7)	10 (20,4)	3 (10,0)	0,822
Cicatriz	7 (13,7)	19 (11,9)	11 (22,4)	8 (26,7)	0,036
Calos plantares	4 (7,8)	25 (15,7)	7 (14,3)	3 (10,0)	0,812
Leuconíquia	5 (9,8)	13 (8,2)	7 (14,3)	5 (16,7)	0,175
Foliculite	3 (5,9)	18 (11,3)	6 (12,2)	6 (20,0)	0,288
Hiperplasia sebácea	1 (2,0)	15 (9,4)	9 (18,4)	5 (16,7)	0,034

Na Tabela 12, encontra-se a distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes por raça. Foi possível observar que algumas manifestações cutâneas foram mais prevalentes na raça branca, menos na negra e intermediária na parda. São elas: nevo rubi ($P<0,001$), cisto de millium ($P=0,020$), telangiectasias ($P<0,001$), ceratose actínica ($P<0,001$), pele romboidal ($P=0,004$) e púrpura ($P=0,035$). De modo isolado, os acrocórdons ($P=0,020$) foram mais prevalentes na raça branca (38,6%), seguida pela negra (27,5%) e parda (22,0%).

Tabela 12 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com a raça, em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total N (%)	Branca N (%)	Parda N (%)	Negra N (%)	P
Melanose solar	305 (97,8)	187 (98,4)	80 (97,6)	38 (95,0)	0,410
Hipomelanose gotata	258 (82,7)	151 (79,5)	71 (86,6)	36 (90,0)	0,154
Nevo rubi	253 (81,4)	166 (87,4)	63 (77,8)	24 (60,0)	<0,001
Estrias longitudinais	250 (81,2)	151 (80,3)	72 (88,9)	27 (69,2)	0,032
Rugas	250 (80,4)	153 (80,5)	65 (79,3)	32 (82,1)	0,934
Nevo melanocítico	249 (79,8)	156 (82,1)	68 (82,9)	25 (62,5)	0,014
Ceratose seborreica	234 (75,0)	150 (78,9)	62 (75,6)	22 (55,0)	0,006
Alopecia androg. masculina	70 (71,4)	40 (72,7)	19 (65,5)	11 (78,6)	0,640
Xerose cutânea	221 (70,8)	129 (67,9)	63 (76,8)	29 (72,5)	0,321
Telangiectasias	205 (65,7)	145 (76,3)	48 (58,5)	12 (30,0)	<0,001
Ausência de lúnula	156 (56,9)	88 (53,7)	51 (69,9)	17 (45,9)	0,023
Intertrigo interdigital pés	164 (52,6)	84 (44,2)	53 (64,6)	27 (67,5)	0,001
Atrofia	162 (51,9)	100 (52,6)	42 (51,2)	20 (50,0)	0,945
Poiquilodermia	157 (50,3)	105 (55,3)	42 (51,2)	10 (25,0)	0,002
Ceratose actínica	145 (46,5)	109 (57,4)	29 (35,4)	7 (17,5)	<0,001
Canície	142 (45,5)	86 (45,3)	39 (47,6)	17 (42,5)	0,865
Hirsutismo	138 (44,2)	89 (46,8)	31 (37,8)	17 (42,5)	0,380
Pele romboidal	136 (43,6)	96 (50,5)	30 (36,6)	10 (25,0)	0,004
Madarose supraciliar	125 (40,1)	75 (39,5)	33 (40,2)	17 (42,5)	0,938
Onicólise	108 (38,7)	71 (42,5)	29 (38,2)	8 (22,2)	0,076
Púrpura	119 (38,1)	82 (43,2)	28 (34,1)	9 (22,5)	0,035
Onicodistrofia	117 (37,7)	67 (35,6)	30 (36,6)	20 (50,0)	0,228
Cicatriz estelar	116 (37,2)	80 (42,1)	26 (31,7)	10 (25,0)	0,062
Dermatite ocre	115 (36,9)	74 (38,9)	28 (34,1)	13 (32,5)	0,624
Acrocórdons	102 (32,8)	73 (38,6)	18 (22,0)	11 (27,5)	0,020
Dermatose papulosa nigra	101 (32,4)	15 (7,9)	56 (68,3)	30 (75,0)	<0,001
Comedão	100 (32,1)	55 (28,9)	30 (36,6)	15 (37,5)	0,340
Ceratose cotovelo/joelho	98 (31,4)	54 (28,4)	29 (35,4)	15 (37,5)	0,355
Poros dilatados	83 (26,6)	51 (26,8)	20 (24,4)	12 (30,0)	0,799
Alopecia androg. feminina	56 (25,5)	34 (24,5)	12 (21,8)	10 (38,5)	0,250
Hipertricose orelhas	79 (25,3)	43 (22,6)	22 (26,8)	14 (35,0)	0,246
Eczema seborreico	70 (22,4)	40 (21,1)	19 (23,2)	11 (27,5)	0,662
Cisto de millium	59 (18,9)	45 (23,7)	11 (13,4)	3 (7,5)	0,020
Melasma	48 (15,4)	27 (14,2)	13 (15,9)	8 (20,0)	0,647
Calosidades plantares	46 (14,7)	30 (15,8)	9 (11,0)	7 (17,5)	0,513
Cicatriz	46 (14,7)	27 (14,2)	9 (11,0)	10 (25,0)	0,116
Calos plantares	40 (12,8)	20 (10,5)	11 (13,4)	9 (22,5)	0,118
Leuconíquia	35 (11,2)	24 (12,6)	9 (11,0)	2 (5,0)	0,379
Foliculite	35 (11,2)	20 (10,2)	11 (13,4)	4 (10,0)	0,760
Hiperplasia sebácea	33 (10,6)	26 (13,7)	5 (6,1)	2 (5,0)	0,082

A dermatose papulosa nigra ($P<0,001$) foi mais frequente na raça negra (75,0%) e menos na branca (7,9%), sendo intermediária na parda (68,3%). Já as estrias longitudinais ungueais ($P=0,032$) e a ausência de lúnula ($P=0,023$) foram mais prevalentes na raça parda e menos na negra. Outras manifestações estiveram distribuídas de modo semelhante nas raças branca e parda, sendo menos prevalente na negra. Nesta situação se encontram nevo melanocítico ($P=0,014$), ceratose seborreica ($P=0,006$), poiquilodermia ($P=0,002$). Por último, o intertrigo interdigital dos pés apresentou distribuição semelhante nas raças parda (64,6%) e negra (67,5%) e foi menos prevalente na branca, tendo sido observado em 44,2% idosos ($P=0,001$).

A Tabela 13 evidencia que houve associação entre a presença de doenças associadas, tanto agudas quanto crônicas, com hipomelanose gotata ($P=0,044$), alopecia androgenética feminina ($P=0,037$) e cisto de millium ($P=0,041$).

Na Tabela 14, observa-se que houve associação entre Demência (incluindo Alzheimer) e canície ($P<0,001$), púrpura ($P<0,001$), acrocórdons ($P=0,048$), eczema seborreico ($P=0,020$), melasma ($P=0,043$) e leuconíquia ($P=0,001$). Também observada associação de Acidente Vascular Encefálico (AVE) com canície ($P=0,016$), madarose supraciliar ($P=0,011$), alopecia androgenética feminina ($P<0,001$), hipertricose das orelhas ($P=0,037$) e cisto de millium ($P=0,043$).

A Tabela 15 demonstra associação de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com canície ($P=0,040$), dermatite ocre ($P=0,021$), acrocórdons ($P=0,034$), melasma ($P=0,017$) e cicatrizes outras que não cicatriz estelar ($P=0,024$). Demonstra, ainda, a associação entre de Cardiopatia e poros dilatados ($P=0,019$).

Na Tabela 16, fica evidente a associação de Osteoporose com hirsutismo ($P=0,010$), púrpura ($P=0,009$) e hipertricose das orelhas ($P=0,001$). E entre Artrose e comedão ($P=0,024$).

Tabela 13 - Distribuição das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e sua associação com comorbidades em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	População total	Presença de Comorbidades		P
	N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	
Melanose solar	305 (97,8)	16 (94,1)	289 (98,0)	0,297
Hipomelanose gotata	258 (82,7)	11 (64,7)	247 (83,7)	0,044
Nevo rubi	253 (81,4)	14 (82,4)	239 (81,3)	0,913
Estrias longitudinais	250 (81,2)	14 (82,4)	236 (81,1)	0,898
Rugas	250 (80,4)	14 (87,5)	236 (80,0)	0,462
Nevo melanocítico	249 (79,8)	12 (70,6)	237 (80,3)	0,330
Ceratose seborreica	234 (75,0)	14 (82,4)	220 (74,6)	0,472
Alopecia androg. masculina	70 (71,4)	4 (80,0)	66 (71,0)	0,663
Xerose cutânea	221 (70,8)	10 (58,8)	211 (71,5)	0,263
Telangiectasias	205 (65,7)	9 (52,9)	196 (66,4)	0,254
Ausência de lúnula	156 (56,9)	10 (58,8)	146 (56,8)	0,871
Intertrigo interdigital pés	164 (52,6)	9 (52,9)	155 (52,5)	0,974
Atrofia	162 (51,9)	9 (52,9)	153 (51,9)	0,931
Poiquilodermia	157 (50,3)	7 (41,2)	150 (50,8)	0,438
Ceratose actínica	145 (46,5)	7 (41,2)	138 (46,8)	0,652
Canície	142 (45,5)	5 (29,4)	137 (46,4)	0,170
Hirsutismo	138 (44,2)	6 (35,3)	131 (44,4)	0,462
Pele romboidal	136 (43,6)	8 (47,1)	128 (43,4)	0,767
Madarose supraciliar	125 (40,1)	6 (35,3)	119 (40,3)	0,680
Onicólise	108 (38,7)	6 (35,3)	102 (38,9)	0,765
Púrpura	119 (38,1)	5 (29,4)	114 (38,6)	0,446
Onicodistrofia	117 (37,7)	6 (35,3)	111 (37,9)	0,830
Cicatriz estelar	116 (37,2)	3 (17,6)	113 (38,3)	0,087
Dermatite ocre	115 (36,9)	4 (23,5)	111 (37,6)	0,241
Acrocórdons	102 (32,8)	3 (17,6)	99 (33,7)	0,171
Dermatose papulosa nigra	101 (32,4)	6 (35,3)	95 (32,2)	0,791
Comedão	100 (32,1)	7 (41,2)	93 (31,5)	0,407
Ceratose cotovelo/joelho	98 (31,4)	4 (23,5)	94 (31,9)	0,472
Poros dilatados	83 (26,6)	3 (17,6)	80 (27,1)	0,390
Alopecia androg. feminina	56 (25,5)	0 (0,0)	56 (26,9)	0,037
Hipertricrose orelhas	79 (25,3)	4 (23,5)	75 (25,4)	0,861
Eczema seborreico	70 (22,4)	2 (11,8)	68 (23,1)	0,278
Cisto de millium	59 (18,9)	0 (0,0)	59 (20,0)	0,041
Melasma	48 (15,4)	1 (5,9)	47 (15,9)	0,264
Calosidades plantares	46 (14,7)	2 (11,8)	44 (14,9)	0,722
Cicatriz	46 (14,7)	3 (17,6)	43 (14,6)	0,728
Calos plantares	40 (12,8)	3 (17,6)	37 (12,5)	0,540
Leuconíquia	35 (11,2)	2 (11,8)	33 (11,2)	0,941
Foliculite	35 (11,2)	2 (11,8)	33 (11,2)	0,941
Hiperplasia sebácea	33 (10,6)	0 (0,0)	33 (11,2)	0,145

Tabela 14 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com demência e Acidente Vascular Encefálico (AVE) em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	Demência			AVE		
	Não N (%)	Sim N (%)	P	Não N (%)	Sim N (%)	P
Melanose solar	284 (97,6)	21 (100,0)	0,472	282 (97,6)	23 (100,0)	0,450
Hipomelanose gotata	241 (82,8)	17 (81,0)	0,827	237 (82,0)	21 (91,3)	0,257
Nevo rubi	237 (81,7)	16 (76,2)	0,530	236 (81,9)	17 (73,9)	0,341
Estrias longitudinais	231 (80,5)	19 (90,5)	0,258	230 (80,7)	20 (87,0)	0,460
Rugas	235 (81,0)	15 (71,4)	0,284	234 (81,3)	16 (69,6)	0,174
Nevo melanocítico	233 (80,1)	16 (76,2)	0,669	229 (79,2)	20 (87,0)	0,375
Ceratose seborreica	219 (75,3)	15 (71,4)	0,696	216 (74,7)	18 (78,3)	0,707
Alopecia androg. masculina	65 (73,9)	5 (50,0)	0,113	63 (72,4)	7 (63,6)	0,544
Xerose cutânea	208 (71,5)	13 (61,9)	0,351	205 (70,9)	16 (69,6)	0,889
Telangiectasias	190 (65,3)	15 (71,4)	0,567	189 (65,4)	16 (69,6)	0,685
Ausência de lúnula	142 (55,5)	14 (77,8)	0,065	142 (55,5)	14 (77,8)	0,065
Intertrigo interdigital pés	152 (52,2)	12 (57,1)	0,663	152 (52,6)	12 (52,2)	0,969
Atrofia	153 (52,6)	9 (42,9)	0,389	148 (51,2)	14 (60,9)	0,372
Poiquilodermia	147 (50,5)	10 (47,6)	0,798	146 (50,5)	11 (47,8)	0,804
Ceratose actínica	136 (46,7)	9 (42,9)	0,731	137 (47,4)	8 (34,8)	0,243
Canície	122 (41,9)	20 (95,2)	<0,001	126 (43,6)	16 (69,6)	0,016
Hirsutismo	127 (43,6)	10 (47,6)	0,723	129 (44,6)	8 (34,8)	0,359
Pele romboidal	126 (43,3)	10 (47,6)	0,700	125 (43,3)	11 (47,8)	0,670
Madarose supraciliar	115 (39,5)	10 (47,6)	0,464	110 (38,1)	15 (65,2)	0,011
Onicólise	99 (37,9)	9 (50,0)	0,309	100 (38,6)	8 (40,0)	0,902
Púrpura	103 (35,4)	16 (76,2)	<0,001	109 (37,7)	10 (43,5)	0,584
Onicodistrofia	112 (38,8)	5 (23,8)	0,173	107 (37,3)	10 (43,5)	0,555
Cicatriz estelar	107 (36,8)	9 (42,9)	0,577	110 (38,1)	6 (26,1)	0,253
Dermatite ocre	109 (37,5)	6 (28,6)	0,415	103 (35,6)	12 (52,2)	0,114
Acrocórdons	91 (31,4)	11 (52,4)	0,048	92 (31,9)	10 (43,5)	0,257
Dermatose papulosa nigra	96 (33,0)	5 (23,8)	0,385	93 (32,2)	8 (34,8)	0,797
Comedão	94 (32,3)	6 (28,6)	0,723	92 (31,8)	8 (34,8)	0,771
Ceratose cotovelo/joelho	93 (32,0)	5 (23,8)	0,437	87 (30,1)	11 (47,8)	0,078
Poros dilatados	79 (27,1)	4 (19,0)	0,417	77 (26,6)	6 (26,1)	0,954
Alopecia androg. feminina	52 (25,0)	4 (33,3)	0,519	47 (22,6)	9 (75,0)	<0,001
Hipertricose orelhas	70 (24,1)	9 (42,9)	0,056	69 (23,9)	10 (43,5)	0,037
Eczema seborreico	61 (21,0)	9 (42,9)	0,020	63 (21,8)	7 (30,4)	0,339
Cisto de millium	53 (18,2)	6 (28,6)	0,242	51 (17,6)	8 (34,8)	0,043
Melasma	48 (16,5)	0 (0,0)	0,043	47 (16,3)	1 (4,3)	0,127
Calosidades plantares	45 (15,5)	1 (4,8)	0,182	43 (14,9)	3 (13,0)	0,811
Cicatriz	43 (14,8)	3 (14,3)	0,951	45 (15,6)	1 (4,3)	0,144
Calos plantares	39 (13,4)	1 (4,8)	0,253	40 (13,8)	0 (0,0)	0,056
Leuconíquia	28 (9,6)	7 (33,3)	0,001	31 (10,7)	4 (17,4)	0,330
Foliculite	33 (11,3)	2 (9,5)	0,799	32 (11,1)	3 (13,0)	0,773
Hiperplasia sebácea	32 (11,0)	1 (4,8)	0,370	31 (10,7)	2 (8,7)	0,761

Tabela 15 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e cardiopatia em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	HAS			Cardiopatia		
	Não N (%)	Sim N (%)	P	Não N (%)	Sim N (%)	P
Melanose solar	94 (95,9)	211 (98,6)	0,138	235 (97,1)	70 (100,0)	0,150
Hipomelanose gotata	78 (79,6)	180 (84,1)	0,327	200 (82,6)	58 (82,9)	0,967
Nevo rubi	79 (80,6)	174 (81,7)	0,821	192 (79,3)	61 (88,4)	0,088
Estrias longitudinais	84 (86,6)	166 (78,7)	0,098	189 (79,1)	61 (88,4)	0,081
Rugas	77 (79,4)	173 (80,8)	0,764	195 (80,9)	55 (78,6)	0,664
Nevo melanocítico	81 (82,7)	168 (78,5)	0,397	193 (79,8)	56 (80,0)	0,964
Ceratose seborreica	74 (75,5)	160 (74,8)	0,888	184 (76,0)	50 (71,4)	0,433
Alopecia androg. masculina	27 (67,5)	43 (74,1)	0,475	53 (71,6)	17 (70,8)	0,941
Xerose cutânea	67 (68,4)	154 (72,0)	0,517	169 (69,8)	52 (74,3)	0,471
Telangiectasias	62 (63,3)	143 (66,8)	0,539	160 (66,1)	45 (64,3)	0,776
Ausência de lúnula	56 (63,6)	100 (53,8)	0,123	115 (54,5)	41 (65,1)	0,137
Intertrigo interdigital pés	50 (51,0)	114 (53,3)	0,712	122 (50,4)	42 (60,0)	0,157
Atrofia	53 (54,1)	109 (50,9)	0,606	120 (49,6)	42 (60,0)	0,125
Poiquilodermia	52 (53,1)	105 (49,1)	0,512	124 (51,2)	33 (47,1)	0,546
Ceratose actínica	45 (45,9)	100 (46,7)	0,894	109 (45,0)	36 (51,4)	0,345
Canície	53 (54,1)	89 (41,6)	0,040	107 (44,2)	35 (50,0)	0,392
Hirsutismo	38 (38,8)	99 (46,3)	0,216	109 (45,5)	28 (40,0)	0,454
Pele romboidal	48 (49,0)	88 (41,1)	0,194	103 (42,6)	33 (47,1)	0,496
Madarose supraciliar	36 (36,7)	89 (41,6)	0,471	91 (37,6)	34 (48,6)	0,999
Onicólise	37 (40,7)	71 (37,8)	0,642	87 (40,1)	21 (33,9)	0,375
Púrpura	35 (35,7)	84 (39,3)	0,555	89 (36,8)	30 (42,9)	0,356
Onicodistrofia	36 (36,7)	81 (38,2)	0,804	93 (38,8)	24 (34,3)	0,498
Cicatriz estelar	33 (33,7)	83 (38,8)	0,386	91 (37,6)	25 (35,7)	0,773
Dermatite ocre	27 (27,6)	88 (41,1)	0,021	87 (36,0)	28 (40,0)	0,536
Acrocórdons	24 (24,5)	78 (36,6)	0,034	78 (32,2)	24 (34,8)	0,690
Dermatose papulosa nigra	34 (34,7)	67 (31,3)	0,553	77 (31,8)	24 (34,3)	0,698
Comedão	33 (33,7)	67 (31,3)	0,678	75 (31,0)	25 (35,7)	0,456
Ceratose cotovelo/joelho	31 (31,6)	67 (31,3)	0,954	76 (31,4)	22 (31,4)	0,997
Poros dilatados	22 (22,4)	61 (28,5)	0,261	72 (29,8)	11 (15,7)	0,019
Alopecia androg. feminina	11 (19,0)	45 (27,8)	0,186	43 (25,1)	13 (26,5)	0,845
Hipertricose orelhas	31 (31,6)	48 (22,4)	0,083	56 (23,1)	23 (32,9)	0,100
Eczema seborreico	19 (19,4)	51 (23,8)	0,382	56 (23,1)	14 (20,0)	0,579
Cisto de millium	15 (15,3)	44 (20,6)	0,271	48 (19,8)	11 (15,7)	0,438
Melasma	8 (8,2)	40 (18,7)	0,017	43 (14,9)	3 (13,0)	0,811
Calosidades plantares	11 (11,2)	35 (16,4)	0,235	36 (14,9)	10 (14,3)	0,902
Cicatriz	21 (21,4)	25 (11,7)	0,024	36 (14,9)	10 (14,3)	0,902
Calos plantares	15 (15,3)	25 (11,7)	0,374	34 (14,0)	6 (8,6)	0,227
Leuconíquia	14 (14,3)	21 (9,8)	0,245	25 (10,3)	10 (14,3)	0,356
Foliculite	9 (9,2)	26 (12,1)	0,441	28 (11,6)	7 (10,0)	0,714
Hiperplasia sebácea	9 (9,2)	24 (11,2)	0,588	26 (10,7)	7 (10,0)	0,859

Tabela 16 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com osteoporose e artrose em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	Osteoporose			Artrose		
	Não N (%)	Sim N (%)	P	Não N (%)	Sim N (%)	P
Melanose solar	271 (97,5)	34 (100,0)	0,349	296 (97,7)	9 (100,0)	0,645
Hipomelanose gotata	229 (82,4)	29 (85,3)	0,671	250 (82,5)	8 (88,9)	0,618
Nevo rubi	223 (80,5)	30 (88,2)	0,275	246 (81,5)	7 (77,8)	0,780
Estrias longitudinais	224 (81,8)	26 (76,5)	0,458	242 (80,9)	8 (88,9)	0,548
Rugas	219 (79,1)	31 (91,2)	0,093	241 (79,8)	9 (100,0)	0,133
Nevo melanocítico	222 (79,9)	27 (79,4)	0,951	242 (79,9)	7 (77,8)	0,878
Ceratose seborreica	207 (74,5)	27 (79,4)	0,529	229 (75,6)	5 (55,6)	0,172
Alopecia androg. masculina	69 (71,1)	1 (100,0)	0,525	70 (72,2)	0 (0,0)	0,112
Xerose cutânea	196 (70,5)	25 (73,5)	0,714	214 (70,6)	7 (77,8)	0,642
Telangiectasias	183 (65,8)	22 (64,7)	0,897	199 (65,7)	6 (66,7)	0,951
Ausência de lúnula	139 (56,7)	17 (58,6)	0,846	150 (56,4)	6 (75,0)	0,295
Intertrigo interdigital pés	148 (53,2)	16 (47,1)	0,496	157 (51,8)	7 (77,8)	0,124
Atrofia	143 (51,4)	19 (55,9)	0,624	156 (51,5)	6 (66,7)	0,369
Poiquilodermia	142 (51,1)	15 (44,1)	0,443	153 (50,5)	4 (44,4)	0,721
Ceratose actínica	129 (46,4)	16 (47,1)	0,942	141 (46,5)	4 (44,4)	0,901
Canície	127 (45,7)	15 (44,1)	0,863	140 (46,2)	2 (22,2)	0,155
Hirsutismo	115 (41,4)	22 (64,7)	0,010	132 (43,6)	5 (55,6)	0,475
Pele romboidal	123 (44,2)	13 (38,2)	0,505	132 (43,6)	4 (44,4)	0,958
Madarose supraciliar	111 (39,9)	14 (41,2)	0,888	121 (39,9)	4 (44,4)	0,786
Onicólise	97 (38,6)	11 (39,3)	0,947	106 (39,1)	2 (25,0)	0,419
Púrpura	113 (40,6)	6 (17,6)	0,009	115 (38,0)	4 (44,4)	0,693
Onicodistrofia	108 (39,1)	9 (26,5)	0,151	113 (37,5)	4 (44,4)	0,674
Cicatriz estelar	103 (37,1)	13 (38,2)	0,893	110 (36,3)	6 (66,7)	0,063
Dermatite ocre	102 (36,7)	13 (38,2)	0,860	111 (36,6)	4 (44,4)	0,632
Acrocórdons	90 (32,5)	12 (35,3)	0,742	98 (32,5)	4 (44,4)	0,450
Dermatose papulosa nigra	95 (34,2)	6 (17,6)	0,052	98 (32,3)	3 (33,3)	0,950
Comedão	88 (31,7)	12 (35,3)	0,668	94 (31,0)	6 (66,7)	0,024
Ceratose cotovelo/joelho	88 (31,7)	10 (29,4)	0,790	96 (31,7)	2 (22,2)	0,547
Poros dilatados	72 (25,9)	11 (32,4)	0,421	82 (27,1)	1 (11,1)	0,286
Alopecia androg. feminina	49 (26,2)	7 (21,2)	0,544	53 (25,1)	3 (33,3)	0,580
Hipertricose orelhas	78 (28,1)	1 (2,9)	0,001	79 (26,1)	0 (0,0)	0,076
Eczema seborreico	64 (23,0)	6 (17,6)	0,478	69 (22,8)	1 (11,1)	0,409
Cisto de millium	52 (18,7)	7 (20,6)	0,791	57 (18,8)	2 (22,2)	0,797
Melasma	42 (15,1)	6 (17,6)	0,698	46 (15,2)	2 (22,2)	0,564
Calosidades plantares	39 (14,0)	7 (20,6)	0,309	44 (14,5)	2 (22,2)	0,521
Cicatriz	41 (14,7)	5 (14,7)	0,995	45 (14,9)	1 (11,1)	0,755
Calos plantares	35 (12,6)	5 (14,7)	0,728	38 (12,5)	2 (22,2)	0,392
Leuconíquia	32 (11,5)	3 (8,8)	0,639	33 (10,9)	2 (22,2)	0,288
Foliculite	34 (12,2)	1 (2,9)	0,105	35 (11,6)	0 (0,0)	0,279
Hiperplasia sebácea	30 (10,8)	3 (8,8)	0,725	31 (10,2)	2 (22,2)	0,249

A Tabela 17 mostra associação entre Pneumonia e ausência de lúnula ($P=0,020$), canície ($P=0,007$), madarose supraciliar ($P=0,002$), onicodistrofia

($P=0,007$) e hipertricose das orelhas ($P=0,045$). Também evidencia a relação de Doença Pulmonar Obstrutiva crônica (DPOC) com ceratose seborreica ($P=0,047$), xerose cutânea ($P=0,013$), acrocórdons ($P=0,027$) e cisto de millium ($P=0,009$).

Na Tabela 18, verifica-se associação do *Diabetes mellitus* (DM) com nevo melanocítico ($P=0,005$), intertrigo interdigital dos pés ($P=0,011$), cicatriz estelar ($P=0,017$) e calos plantares ($P=0,022$). Também observa-se associação entre Insuficiência Renal e telangiectasias ($P=0,014$), canície ($P=0,005$), púrpura ($P=0,010$) e ceratoses de cotovelos e joelhos ($P=0,023$).

A Tabela 19 evidencia associação de Câncer com intertrigo interdigital dos pés ($P=0,020$), canície ($P=0,034$) e hiperplasia sebácea ($P=0,030$). Evidencia também a relação entre Outras Infecções e hipomelanose gotata ($P=0,020$), atrofia ($P=0,019$), púrpura ($P=0,001$), comedão ($P=0,033$), melasma ($P=0,030$) e leuconíquia ($P=0,026$).

Na Tabela 20, demonstra-se a associação entre Outras doenças (listadas no Quadro 3) e acrocórdons ($P=0,030$).

Tabela 17 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com pneumonia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	Pneumonia			DPOC		
	Não N (%)	Sim N (%)	P	Não N (%)	Sim N (%)	P
Melanose solar	293 (97,7)	12 (100,0)	0,593	298 (97,7)	7 (100,0)	0,685
Hipomelanose gotata	249 (83,0)	9 (75,0)	0,473	254 (83,3)	4 (57,1)	0,071
Nevo rubi	243 (81,3)	10 (83,3)	0,857	248 (81,3)	5 (71,4)	0,509
Estrias longitudinais	239 (80,7)	11 (91,7)	0,343	244 (80,0)	6 (85,7)	0,708
Rugas	241 (80,6)	9 (75,0)	0,632	244 (80,0)	6 (85,7)	0,708
Nevo melanocítico	238 (79,3)	11 (91,7)	0,297	243 (79,7)	6 (85,7)	0,694
Ceratose seborreica	225 (75,0)	9 (75,0)	1,000	231 (75,7)	3 (42,9)	0,047
Alopecia androg. masculina	65 (71,4)	5 (71,4)	1,000	69 (22,6)	1 (914,3)	0,601
Xerose cutânea	214 (71,3)	7 (58,3)	0,331	219 (71,8)	2 (28,6)	0,013
Telangiectasias	199 (66,3)	6 (50,0)	0,242	200 (65,6)	5 (71,4)	0,747
Ausência de lúnula	146 (55,5)	10 (90,9)	0,020	152 (49,8)	4 (57,1)	0,702
Intertrigo interdigital pés	160 (53,3)	4 (33,3)	0,174	161 (52,8)	3 (42,9)	0,603
Atrofia	155 (51,7)	7 (58,3)	0,650	158 (51,8)	4 (57,1)	0,780
Poiquilodermia	152 (50,7)	5 (41,7)	0,541	156 (51,1)	1 (14,3)	0,054
Ceratose actínica	140 (46,7)	5 (41,7)	0,733	142 (46,6)	3 (42,9)	0,846
Canície	132 (44,0)	10 (83,3)	0,007	140 (45,9)	2 (28,6)	0,363
Hirsutismo	135 (45,0)	2 (16,7)	0,052	132 (43,3)	5 (71,4)	0,138
Pele romboidal	131 (43,7)	5 (41,7)	0,891	134 (43,9)	2 (28,6)	0,418
Madarose supraciliar	115 (38,3)	10 (83,3)	0,002	121 (39,7)	4 (57,1)	0,351
Onicólise	104 (38,8)	4 (36,4)	0,871	106 (34,8)	2 (28,6)	0,734
Púrpura	112 (37,3)	7 (58,3)	0,142	114 (37,4)	5 (71,4)	0,067
Onicodistrofia	108 (36,2)	9 (75,0)	0,007	113 (37,0)	4 (57,1)	0,278
Cicatriz estelar	112 (37,3)	4 (33,3)	0,779	113 (37,0)	3 (42,9)	0,753
Dermatite ocre	110 (36,7)	5 (41,7)	0,725	113 (37,0)	2 (28,6)	0,646
Acrocórdons	97 (32,4)	5 (41,7)	0,504	97 (31,8)	5 (71,4)	0,027
Dermatose papulosa nigra	97 (32,3)	4 (33,3)	0,942	99 (32,5)	2 (28,6)	0,828
Comedão	98 (32,7)	2 (16,7)	0,244	100 (32,8)	0 (0,0)	0,066
Ceratose cotovelo/joelho	92 (30,7)	6 (50,0)	0,157	94 (30,8)	4 (57,1)	0,138
Poros dilatados	79 (26,3)	4 (33,3)	0,591	81 (26,6)	2 (28,6)	0,905
Alopecia androg. feminina	55 (25,6)	1 (20,0)	0,777	56 (18,4)	0 (0,0)	0,211
Hipertricose orelhas	73 (24,3)	6 (50,0)	0,045	77 (25,2)	2 (28,6)	0,841
Eczema seborreico	67 (22,3)	3 (25,0)	0,828	69 (22,6)	1 (14,3)	0,601
Cisto de millium	56 (18,7)	3 (25,0)	0,583	55 (18,00)	4 (57,1)	0,009
Melasma	47 (15,7)	1 (8,3)	0,490	47 (15,4)	1 (14,3)	0,935
Calosidades plantares	45 (15,0)	1 (8,3)	0,523	46 (15,1)	0 (0,0)	0,266
Cicatriz	44 (14,7)	2 (16,7)	0,848	45 (14,8)	1 (14,3)	0,972
Calos plantares	40 (13,3)	0 (0,0)	0,176	40 (13,1)	0 (0,0)	0,305
Leuconíquia	33 (11,00)	2 (16,7)	0,542	34 (11,1)	1 (14,3)	0,795
Foliculite	34 (11,3)	1 (8,3)	0,747	33 (10,8)	2 (28,6)	0,141
Hiperplasia sebácea	32 (10,7)	1 (8,30)	0,797	32 (10,5)	1 (14,3)	0,747

Tabela 18 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com *Diabetes mellitus* (DM) e Insuficiência Renal em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	DM			Insuf. Renal		
	Não N (%)	Sim N (%)	P	Não N (%)	Sim N (%)	P
Melanose solar	250 (97,7)	55 (98,2)	0,798	287 (97,6)	18 (100,0)	0,508
Hipomelanose gotata	210 (82,0)	48 (85,7)	0,509	241 (82,0)	17 (94,4)	0,175
Nevo rubi	209 (81,6)	44 (78,6)	0,595	240 (81,6)	13 (72,2)	0,322
Estrias longitudinais	207 (80,9)	43 (76,8)	0,489	236 (80,3)	14 (77,8)	0,797
Rugas	201 (78,5)	49 (87,5)	0,127	234 (79,6)	16 (88,9)	0,337
Nevo melanocítico	212 (82,8)	37 (66,1)	0,005	232 (78,9)	17 (94,4)	0,111
Ceratose seborreica	194 (75,8)	40 (71,4)	0,496	219 (74,5)	15 (83,3)	0,400
Alopecia androg. masculina	59 (23,0)	11 (19,6)	0,580	64 (21,8)	6 (33,3)	0,254
Xerose cutânea	184 (71,9)	37 (66,1)	0,387	206 (70,1)	15 (83,3)	0,229
Telangiectasias	173 (67,6)	32 (57,1)	0,136	198 (67,3)	7 (38,9)	0,014
Ausência de lúnula	126 (49,2)	30 (53,6)	0,555	145 (49,3)	11 (61,1)	0,331
Intertrigo interdigital pés	126 (49,2)	38 (67,9)	0,011	152 (51,7)	12 (66,7)	0,217
Atrofia	134 (52,3)	28 (50,0)	0,751	152 (51,7)	10 (55,6)	0,751
Poiquilodermia	133 (52,0)	24 (42,9)	0,218	150 (51,0)	7 (38,9)	0,318
Ceratose actínica	122 (47,7)	23 (41,1)	0,371	140 (47,6)	5 (27,8)	0,101
Canície	119 (46,2)	23 (41,1)	0,461	128 (43,5)	14 (77,8)	0,005
Hirsutismo	111 (43,4)	26 (46,4)	0,675	131 (44,6)	6 (33,3)	0,352
Pele romboidal	117 (45,7)	19 (33,9)	0,107	129 (43,9)	7 (38,9)	0,679
Madarose supraciliar	101 (39,5)	24 (42,9)	0,638	116 (39,5)	9 (50,0)	0,376
Onicólise	91 (35,5)	17 (30,4)	0,460	101 (34,4)	7 (38,9)	0,695
Púrpura	94 (36,7)	25 (44,6)	0,269	107 (36,4)	12 (66,7)	0,010
Onicodistrofia	100 (39,1)	17 (30,4)	0,223	108 (36,7)	9 (50,0)	0,259
Cicatriz estelar	103 (40,2)	13 (23,2)	0,017	111 (37,8)	5 (27,8)	0,395
Dermatite ocre	94 (36,7)	21 (37,5)	0,913	106 (36,1)	9 (50,0)	0,234
Acrocórdons	79 (30,9)	23 (41,1)	0,104	95 (32,3)	7 (38,9)	0,564
Dermatose papulosa nigra	79 (30,9)	22 (39,3)	0,222	92 (31,3)	9 (50,0)	0,100
Comedão	78 (30,0)	23 (38,5)	0,212	94 (32,0)	6 (33,3)	0,904
Ceratose cotovelo/joelho	81 (31,6)	17 (30,4)	0,851	88 (29,9)	10 (55,6)	0,023
Poros dilatados	66 (25,8)	17 (30,4)	0,483	77 (26,2)	6 (33,3)	0,506
Alopecia androg. feminina	45 (17,6)	11 (19,6)	0,715	53 (18,0)	3 (16,7)	0,884
Hipertricose orelhas	66 (25,8)	13 (23,2)	0,689	72 (24,5)	7 (38,9)	0,173
Eczema seborreico	56 (21,9)	14 (25,0)	0,612	66 (22,4)	4 (22,20)	0,982
Cisto de millium	52 (20,3)	7 (12,5)	0,176	56 (19,0)	3 (16,7)	0,802
Melasma	40 (15,6)	8 (14,3)	0,801	45 (15,3)	3 (16,7)	0,877
Calosidades plantares	40 (15,6)	6 (10,7)	0,348	44 (15,0)	2 (11,1)	0,654
Cicatriz	38 (14,8)	8 (14,3)	0,915	45 (15,3)	1 (5,6)	0,257
Calos plantares	38 (14,8)	2 (3,6)	0,022	39 (13,3)	1 (5,6)	0,342
Leuconíquia	31 (12,1)	4 (7,1)	0,286	33 (11,2)	2 (11,1)	0,988
Foliculite	31 (12,1)	4 (7,1)	0,286	35 (11,9)	0 (0,0)	0,120
Hiperplasia sebácea	26 (10,2)	7 (12,5)	0,605	32 (10,9)	1 (5,6)	0,475

Tabela 19 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com Câncer e Outras Infecções que não pneumonia em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	Câncer			Outras Infecções		
	Não N (%)	Sim N (%)	P	Não N (%)	Sim N (%)	P
Melanose solar	280 (97,9)	25 (96,2)	0,564	281 (97,6)	24 (100,0)	0,440
Hipomelanose gotata	235 (82,2)	23 (88,5)	0,417	234 (81,3)	24 (100,0)	0,020
Nevo rubi	231 (80,8)	22 (84,6)	0,632	235 (81,6)	18 (75,0)	0,428
Estrias longitudinais	232 (81,1)	18 (69,2)	0,146	233 (80,9)	17 (70,8)	0,235
Rugas	231 (85,8)	19 (73,1)	0,347	231 (80,2)	19 (79,2)	0,902
Nevo melanocítico	225 (78,7)	24 (92,3)	0,097	229 (79,5)	20 (83,3)	0,654
Ceratose seborreica	211 (73,8)	23 (88,5)	0,098	218 (75,7)	16 (66,7)	0,326
Alopecia androg. masculina	64 (22,4)	6 (23,1)	0,935	67 (23,3)	3 (12,5)	0,225
Xerose cutânea	201 (70,3)	20 (76,9)	0,476	205 (71,2)	16 (66,7)	0,640
Telangiectasias	185 (64,7)	20 (76,9)	0,208	186 (64,6)	19 (79,2)	0,148
Ausência de lúnula	140 (49,0)	16 (61,5)	0,219	140 (48,6)	16 (66,7)	0,089
Intertrigo interdigital pés	156 (54,5)	8 (30,8)	0,020	151 (52,4)	13 (54,2)	0,870
Atrofia	149 (52,1)	13 (50,0)	0,838	144 (50,0)	18 (75,00)	0,019
Poiquilodermia	144 (50,3)	13 (50,0)	0,973	141 (49,0)	16 (66,7)	0,096
Ceratose actínica	131 (45,8)	14 (53,8)	0,431	133 (46,2)	12 (50,0)	0,719
Canície	125 (43,7)	17 (65,4)	0,034	132 (45,8)	10 (41,7)	0,694
Hirsutismo	129 (45,1)	8 (30,8)	0,158	124 (43,1)	13 (54,2)	0,292
Pele romboidal	124 (43,4)	12 (46,2)	0,783	126 (43,8)	10 (41,7)	0,843
Madarose supraciliar	110 (38,5)	15 (57,7)	0,055	116 (40,3)	9 (37,5)	0,790
Onicólise	101 (35,3)	7 (26,9)	0,389	100 (34,7)	8 (33,3)	0,891
Púrpura	105 (36,7)	14 (53,8)	0,085	102 (35,4)	17 (70,8)	0,001
Onicodistrofia	105 (36,7)	12 (46,2)	0,341	109 (37,8)	8 (33,3)	0,661
Cicatriz estelar	104 (36,4)	12 (46,2)	0,323	107 (37,2)	9 (37,5)	0,973
Dermatite ocre	105 (36,7)	10 (38,5)	0,860	108 (37,5)	7 (29,2)	0,416
Acrocórdons	91 (31,8)	11 (42,3)	0,275	93 (32,3)	9 (37,5)	0,601
Dermatose papulosa nigra	92 (32,2)	9 (34,6)	0,798	95 (33,0)	6 (25,0)	0,422
Comedão	95 (33,2)	5 (19,2)	0,143	97 (33,7)	3 (12,5)	0,033
Ceratose cotovelo/joelho	87 (30,4)	11 (42,3)	0,211	94 (32,6)	4 (16,7)	0,105
Poros dilatados	76 (26,6)	7 (26,9)	0,969	78 (27,1)	5 (20,8)	0,506
Alopecia androg. feminina	50 (17,5)	6 (23,1)	0,477	50 (17,4)	6 (25,0)	0,349
Hipertricose orelhas	73 (25,5)	6 (23,1)	0,783	75 (26,0)	4 (16,7)	0,310
Eczema seborreico	62 (21,7)	8 (30,8)	0,287	65 (22,6)	5 (20,8)	0,845
Cisto de millium	52 (18,2)	7 (26,9)	0,276	56 (19,4)	3 (12,5)	0,404
Melasma	43 (15,0)	5 (19,2)	0,570	48 (16,7)	0 (0,0)	0,030
Calosidades plantares	42 (14,7)	4 (15,4)	0,923	43 (14,9)	3 (12,5)	0,747
Cicatriz	43 (15,0)	3 (11,5)	0,630	43 (14,9)	3 (12,5)	0,747
Calos plantares	36 (12,6)	4 (15,4)	0,683	40 (13,9)	0 (0,0)	0,051
Leuconíquia	31 (10,8)	4 (15,4)	0,482	29 (10,1)	6 (25,0)	0,026
Foliculite	32 (11,2)	3 (11,5)	0,957	34 (11,8)	1 (4,2)	0,255
Hiperplasia sebácea	27 (9,4)	6 (23,1)	0,030	29 (10,1)	4 (16,7)	0,313

Tabela 20 - Associação das 40 manifestações dermatológicas mais prevalentes com Outras Doenças em 312 idosos do município de Porto Alegre-RS, agosto/2010 a maio/2011.

Manifestação dermatológica	Outras doenças		
	Não N (%)	Sim N (%)	P
Melanose solar	109 (98,2)	195 (97,5)	0,691
Hipomelanose gotata	91 (82,0)	166 (83,0)	0,820
Nevo rubi	95 (85,6)	157 (78,5)	0,127
Estrias longitudinais	91 (82,0)	158 (79,0)	0,528
Rugas	91 (82,0)	158 (79,0)	0,528
Nevo melanocítico	84 (75,7)	164 (82,0)	0,184
Ceratose seborreica	86 (77,5)	147 (73,5)	0,438
Alopecia androg. masculina	20 (18,0)	50 (25,0)	0,158
Xerose cutânea	76 (68,5)	145 (72,5)	0,453
Telangiectasias	66 (59,5)	138 (69,0)	0,090
Ausência de lúnula	58 (52,3)	98 (49,0)	0,583
Intertrigo interdigital pés	61 (55,0)	102 (51,0)	0,503
Atrofia	56 (50,5)	106 (53,0)	0,666
Poiquilodermia	55 (49,5)	102 (51,0)	0,806
Ceratose actínica	54 (48,6)	90 (45,0)	0,536
Canície	44 (39,6)	98 (49,0)	0,112
Hirsutismo	49 (44,1)	87 (43,5)	0,913
Pele romboidal	45 (40,5)	90 (45,0)	0,447
Madarose supraciliar	39 (35,1)	86 (43,0)	0,175
Onicólise	36 (32,4)	72 (36,0)	0,527
Púrpura	38 (34,2)	81 (40,5)	0,276
Onicodistrofia	37 (33,3)	79 (39,5)	0,281
Cicatriz estelar	38 (34,2)	77 (38,5)	0,455
Dermatite ocre	42 (37,8)	73 (36,5)	0,815
Acrocórdons	45 (40,5)	57 (28,5)	0,030
Dermatose papulosa nigra	41 (36,9)	60 (30,0)	0,211
Comedão	39 (35,1)	60 (30,0)	0,352
Ceratose cotovelo/joelho	29 (26,1)	69 (34,5)	0,128
Poros dilatados	24 (21,6)	59 (29,5)	0,132
Alopecia androg. feminina	15 (13,5)	41 (20,5)	0,124
Hipertricose orelhas	23 (20,7)	56 (28,0)	0,158
Eczema seborreico	25 (22,5)	45 (22,5)	0,996
Cisto de millium	23 (20,7)	36 (18,0)	0,558
Melasma	20 (18,0)	28 (14,0)	0,347
Calosidades plantares	19 (17,1)	27 (13,5)	0,389
Cicatriz	12 (10,8)	34 (17,0)	0,141
Calos plantares	11 (9,9)	29 (14,5)	0,247
Leuconíquia	10 (9,0)	25 (12,5)	0,351
Foliculite	16 (14,4)	19 (9,5)	0,189
Hiperplasia sebácea	7 (6,3)	25 (25,0)	0,085

6 DISCUSSÃO

Um dos primeiros resultados desta pesquisa, quando se analisa a distribuição dos participantes quanto ao sexo, diz respeito ao predomínio do sexo feminino (69,9%) quando comparado ao masculino (30,1%). Dados do Censo Demográfico 2010, disponíveis no site do IBGE,⁶ indicam que a distribuição da população de pessoas com 60 anos ou mais, em Porto Alegre, esta referenciada como 62,3% do sexo feminino e 37,7% do sexo masculino. Este predomínio do sexo feminino encontra respaldo na literatura e este aspecto da feminização da velhice já foi constatado por diferentes autores.

De acordo com Camarano,⁷² a menor mortalidade da população feminina explica este diferencial na composição por sexo e faz com que ela cresça a taxas mais elevadas do que a da masculina. Como consequência, quanto mais velha for a faixa etária estudada, maior a proporção de mulheres. Isto leva à constatação de que o mundo dos idosos é um mundo das mulheres.

No entanto, esta mesma autora⁷² lembra que, na população brasileira, a predominância feminina entre os idosos é um fenômeno tipicamente urbano. Esta fala reforça mais ainda os resultados encontrados, pois os três *loci* de coleta desta pesquisa localizam-se na cidade de Porto Alegre, caracteristicamente uma área urbana.⁶ Nas áreas rurais, predominam os homens e este fato implicaria necessidades distintas de estratégias para o cuidado da população idosa. Porém, mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero.

Dados do Censo Demográfico de 2010 do IBGE⁶ reforçam esta tendência à feminização da velhice no território brasileiro. Quando consultamos os dados sobre a distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, percebe-se o predomínio das mulheres sobre os homens na faixa etária dos 60 anos ou mais de idade no Brasil (54,5%) e no Rio Grande do Sul (57,3%). Outros autores também corroboram esta tendência.^{13,19}

Apresentando por *locus* pesquisado, observou-se que na SPAAN 72,8% dos residentes eram do sexo feminino e 27,2%, do masculino. Estes resultados são concordantes com o encontrado por Camanaro,⁷² que observou predomínio, embora não tão significativo, de mulheres (58,8%) entre os residentes de uma ILPI no Rio de Janeiro.

Em Caxias do Sul, outras autoras⁷³ constataram resultado semelhante e verificaram o predomínio de mulheres (61,7%) sobre os homens (38,3%) entre os residentes de uma ILPI naquele município.

No município de Canoas,⁷⁴ também se verificou que, entre o total de idosos institucionalizados, 58,3% eram do sexo feminino. Tal fato comprova a feminização da velhice também nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, já que a presença da mulher idosa é sempre mais acentuada do que a do homem.

No presente estudo, esta tendência de maior prevalência da população das mulheres sobre a população dos homens foi mantida também nos idosos do Ambulatório de Geriatria do HSL e da Unidade de Internação Geriátrica do HSL, embora na Internação a proporção de mulheres tenha sido menor.

Não foram encontrados trabalhos específicos sobre distribuição dos idosos por sexo em ambulatórios e unidades de internação de Geriatria, mas a predominância do sexo feminino entre os idosos institucionalizados se assemelha a daqueles idosos domiciliados que frequentam serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme trabalho realizado em Caxias do Sul,⁷³ justificando estes resultados.

Entretanto, um estudo realizado na Índia,⁷⁵ em outro contexto populacional e no ano de 1996, com 214 idosos entre 60 e 85 anos e não institucionalizados, evidenciou que havia discreto predomínio da população masculina (56,0%). Porém, 51% da amostra foi constituída por população rural, de no máximo 85 anos, diferentemente do que evidenciamos no trabalho com os idosos de Porto Alegre, tanto quanto a procedência quanto a faixa etária.

Com relação à idade dos idosos de Porto Alegre, no momento da coleta dos dados de nosso estudo, constatou-se que, na amostra total, a mesma variou dos 60 aos 103 anos e que a média foi de 78,4 anos. A SPAAN foi o local que apresentou a maior média de idade, talvez pelo fato de abrigar idosos tanto saudáveis quanto aqueles que necessitam atendimento de médico e de enfermagem, pois a população

residente nesta ILPI é bastante heterogênea. Comparando-se as idades entre Ambulatório e Internação, o fato dela ser mais elevada na Internação pode sugerir que os mais idosos seriam portadores de mais doenças que precisam de cuidados de maior complexidade na Internação hospitalar.

Com relação à distribuição dos idosos por faixa etária, analisando-se a amostra total, ficou evidente que houve predomínio de pacientes na faixa etária dos 80 aos 89 anos. Estes achados são corroborados por estudos brasileiros¹³ que apontam que, dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (idade igual ou maior que 80 anos) também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, consituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos.

Analisando-se por *locus* específico, esta tendência de maior distribuição na faixa etária dos 80 aos 89 anos se repetiu tanto na ILPI (39,8%) quanto na Internação (42,9%). Já no Ambulatório, houve predomínio da faixa etária compreendida entre 70 e 79 anos, representada por 37,5% dos idosos.

Comparando-se estes resultados com os de outros autores que fizeram pesquisas sobre residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos e sua distribuição por faixa etária, os achados são diferentes. Em Caxias do Sul,⁷³ a frequência dos idosos na faixa dos 80 aos 89 anos foi mais baixa (30,8%) e em Canoas,⁷⁴ foi de 22,3%. Tanto nas ILPI de Caxias do Sul quanto de Canoas, a faixa etária mais predominante foi a dos 70 aos 79 anos, sendo, respectivamente, 32,7% e 47,6%.

Quanto à raça, nos 312 idosos que fizeram parte deste estudo houve predomínio da raça branca (60,9%), seguida pela parda (26,3%) e negra (12,8%). Este achado se repetiu nos três locais pesquisados (SPAAN, Ambulatório e Internação).

Entretanto, no que diz respeito à predominância da raça branca entre os idosos desta pesquisa, deve-se levar em conta que os achados retratam a realidade da população gaúcha,⁷³ em que, durante o período das imigrações, houve preferência por imigrantes europeus.

Esta característica da população da Região Sul do Brasil ser predominantemente branca, entretanto, não deve levar ao esquecimento da

participação das raças parda e negra que compõem nossa população. Este fato merece destaque, pois as manifestações cutâneas da maioria das doenças são descritas em pacientes de pele clara, sendo poucas as publicações que as abordam na pele mais pigmentada. Como o grau de pigmentação interfere sensivelmente na semiologia dermatológica, o reconhecimento das dermatoses nas peles mais escuras, mesmo aquelas mais comuns, pode ser um desafio na prática médica diária. Por isso, é necessário que o profissional se familiarize com as diferentes nuances que as lesões podem adquirir na pele mais pigmentada,⁷⁶ tendo em vista a heterogenicidade da população brasileira.

Os resultados acerca da escolaridade evidenciaram que nos três locais pesquisados, mais da metade dos idosos não haviam completado o nível fundamental, sendo que na SPAAN a prevalência foi de 77%. Estes valores foram superiores aos encontrados em pesquisa realizada na cidade de Canoas⁷⁴ com idosos residentes em ILPI, em que menos de 70% não tinha concluído nível fundamental. Esta diferença talvez possa ser explicada pelas diferentes dinâmicas de acesso ao ensino nos municípios.

Quanto à existência de comorbidades associadas, observou-se que 94,6% dos 312 idosos deste estudo apresentavam patologias associadas. Este achado é relevante no contexto da Geriatria e da Dermatologia, pelo fato de que as diferentes doenças sistêmicas podem apresentar manifestações cutâneas, podendo haver aumento da prevalência de alterações dermatológicas no idoso e serem necessárias estratégias adequadas para o atendimento integral a sua saúde. Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao fato de que a presença de comorbidades associadas, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis, têm sido as principais causas de óbito na população idosa.¹⁰

Outro resultado constatado em nossa pesquisa é que os idosos da Internação apresentaram maior número de patologias. Na Internação, 36,2% dos idosos eram portadores de cinco ou mais patologias, enquanto que na SPAAN e no Ambulatório a prevalência caiu para 1,9% e 7,7%. Com relação ao número de comorbidades por idoso, outros autores⁴⁹ referem que 85% dos idosos brasileiros têm pelo menos uma enfermidade crônica e que cerca de 15% deles apresentam pelo menos cinco doenças, corroborando nosso achados.

Nesta pesquisa, as comorbidades mais prevalentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica, cardiopatia, *Diabetes mellitus*, osteoporose, câncer, infecção que não pneumonia, acidente vascular encefálico, demência incluindo Alzheimer, insuficiência renal, pneumonia, artrose e doença pulmonar obstrutiva crônica. São doenças que pertencem ao grupo das doenças crônicas, consideradas as principais responsáveis pela mortalidade nos idosos.^{10,13,19}

Dois artigos^{8,9} escritos por pesquisadores que investigaram a prevalência de dermatoses em idosos de instituição geriatria, de serviço de dermatologia e voluntários saudáveis apresentam diagnósticos de doenças sistêmicas concordantes com os encontrados em nossa pesquisa.

O *Diabetes mellitus*, terceira doença mais prevalente nos idosos pesquisados, apresenta inúmeras repercussões cutâneas, que tanto podem colaborar para o diagnóstico inicial quanto indicar falta de controle adequado da patologia.^{51,52}

Os portadores de diabetes são em geral reconhecidos como pacientes mais vulneráveis a uma série de complicações de natureza metabólica e/ou infecciosa, como os processos bacterianos, fúngicos e virais. Somam-se as implicações próprias da doença, como alterações vasculares e neurológicas, que muitas vezes contribuem para agravar as alterações dermatológicas.⁷⁷ Algumas afecções dermatológicas são associadas ao diabetes, tais como necrobiose lipoídica, granuloma anular, escleredema de Bushcke, *Bullose diabeticorum*, xantomias, *pseudoacantose nigricante* e lipodistrofias. Existem ainda as infecções, as úlceras microangiopáticas e o pé diabético, que pode se manifestar pela úlcera neurotrófica plantar.⁷⁷

As manifestações cutâneas das doenças sistêmicas são muitas e variadas,⁴⁸⁻⁵⁴ podendo ser específicas ou inespecíficas.⁷⁸ Diagnósticos como câncer, insuficiência renal, cardiopatia, Parkinson, DPOC, esteatose hepática, desnutrição, anemia, tireoidopatias, dislipidemias, asma, epilepsia e colagenoses, constatados nos idosos desta pesquisa, podem apresentar diferentes manifestações dermatológicas, merecendo olhar atento tanto do Geriatra quanto do Dermatologista.

É importante ressaltar, ainda, que a evolução das manifestações cutâneas decorrentes de doenças sistêmicas encontra-se relacionada ao manejo concomitante da patologia subjacente.⁷⁸

Quanto ao uso de medicação, no presente estudo 94,2% dos idosos usavam algum remédio e a distribuição da prevalência por local pesquisado não demonstrou haver diferença estatisticamente significativa entre os três *locos* pesquisados. O número de remédios utilizados variou entre zero e dezesseis nos três locais pesquisados, sendo a média de 4,4 remédios por cada idoso. A maior média foi encontrada na Internação onde 34,3% dos idosos usavam sete ou mais remédios.

Este resultado remete ao raciocínio de outro aspecto. É do conhecimento dos profissionais da saúde que as desordens sistêmicas podem apresentar inúmeros sinais e sintomas dermatológicos. Porém alguns dos achados cutâneos em vigência de doença sistêmica podem ser resultantes não só da patologia em si, mas das medicações utilizadas em seu tratamento.⁷⁸

Os idosos são o grupo etário que utiliza o maior número de medicamentos na sociedade, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas neste grupo populacional. O tratamento geralmente requer polifarmácia, termo definido pelo Ministério da Saúde¹³ como situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, a qual pode ser acompanhada de reações adversas e também interações medicamentosas.⁷⁹ Além do mais, o surgimento de reações adversas também pode comprometer a adesão ao tratamento e a saúde do idoso.⁵⁵

O conceito de reação adversa a medicações inclui toda consequência não terapêutica do uso da mesma, à exceção de abuso, envenenamento e falência terapêutica. Constitui uma implicação inevitável da terapêutica medicamentosa nos dias de hoje. Já a farmacodermia pode ser conceituada como um quadro particular das reações adversas às drogas e pode ser entendida como qualquer efeito indesejável na estrutura ou função da pele, de anexos cutâneos ou mucosos.⁸⁰ Dentre as reações adversas às drogas, as reações cutâneas (farmacodermia) são as mais frequentemente observadas.^{80,81}

A importância de saber as medicações em uso pelo idoso deve-se ao fato de se conhecer tanto os tipos de reações adversas que elas podem causar quanto a relativa frequência com que ocorrem, pois a polifarmácia aumenta o seu risco.⁸²

Autores, referindo-se à população em geral, sem discriminar por faixa etária, estimam que 5 a 15% dos pacientes tratados com algum medicamento desenvolvam

reação cutânea a medicamentos e que a incidência de reações medicamentosas em pacientes hospitalizados varia de 10 a 30%.⁸³

Já estudos realizados em idosos^{84,85} destacam que como eles estão expostos de forma prolongada e contínua a múltiplos fármacos, o risco de desenvolver reação a medicamentos é maior. Inclusive estudo realizado no Chile⁸⁵ refere que 51,7% dos idosos utilizam um ou mais medicamentos, com uma média de três drogas por paciente. Nossa pesquisa encontrou uma média de 4,4 remédios por idoso.

Foge ao objetivo deste trabalho aprofundar a questão medicamentosa e a polifarmácia utilizada pelo idoso, mas é oportuno ressaltar que as reações podem ocorrer tanto por medicação de uso sistêmico quanto tópico^{85,86}, manifestarem-se de forma leve ou grave⁸⁷, serem causadas por diferentes mecanismos^{85,86,88} e serem desencadeadas por vários grupos farmacológicos.^{83,86,89,90}

Apenas 26,0% dos participantes desta pesquisa confirmaram ter algum familiar com doenças de pele. Este resultado pode estar subdimensionado por um viés de memória, pois vários idosos relataram falta de lembrança e os cuidadores desconhecimento para responder a este questionamento.

Dentre as dermatoses familiares, citadas pelos idosos ou seus cuidadores, encontram-se psoríase, vitiligo, câncer de pele, ceratose seborreica, alergia, eczema de estase, eczema seborreico, reação adversa a fármacos, nevos, melanose, nevo halo, fragilidade capilar, feridas, úlcera de perna, rosácea, sensibilidade ao sol, acne, erisipela, ictiose, neurofibromatose e manifestação cutânea próprias do diabetes. Dentre todos os anteriormente citados, o câncer de pele foi o mais referido pelos idosos neste estudo, seguido pelas alergias, psoríase e nevos.

Sabe-se, através de estudos epidemiológicos das diversas dermatoses, que a história familiar positiva pode ser importante fator de risco para que gerações futuras venham a ser comprometidas por determinada patologia cutânea. Vitiligo,⁹¹ psoríase,⁹² alergias,⁶² carcinoma basocelular,⁹³ ictiose⁹⁴ e neurofibromatose⁹⁵ apresentam evidências de componente genético na sua gênese. O conhecimento de familiares com dermatose como possível fator de risco para o desenvolvimento das mesmas permite trabalhar com prevenção e orientação.

Com relação aos resultados dos 128 tipos de manifestações dermatológicas, encontramos uma média de 18,5 alterações cutâneas por idoso. Comparando-se

nossos achados com dados da literatura, encontramos artigo ⁹⁶ referindo que os idosos apresentam pelo menos uma dermatose, com média de cinco alterações cutâneas. Este artigo avaliou 100 idosos de Serviço Geriátrico comparando-os com 100 idosos de um Serviço de Dermatologia localizados no México.

Outros autores, estudando idosos residentes de uma ILPI em Santos – SP,² encontraram 32 tipos de dermatoses e o número médio por paciente foi 3,73. Entretanto, os autores avaliaram 75 residentes a partir dos 51 anos de idade.

Em relação às Ceratoses, as mais prevalentes e observadas em mais de 10% dos pesquisados foram ceratose seborreica, calos, calosidades e ceratose dos cotovelos e joelhos.

Neste grupo, apesar da ceratose seborreica ter sido a mais frequente na amostra total, não houve diferença estatisticamente significativa quanto a sua distribuição nos três locais pesquisados. Foi menos prevalente na raça negra e nos idosos com DPOC e apresentou tendência a ser mais prevalente em idosos com câncer.

De acordo com diferentes autores, as ceratoses seborreicas são manifestações dermatológicas muito frequentes nos idosos,^{84,93} podendo se manifestar em até 52% deles.⁸⁵ Estudos realizados em instituições geriátricas^{2,9} evidenciam a prevalência da ceratose seborreica de 46,6% a 48%. Campbell e colaboradores⁸ encontraram prevalência de 32% em idosos de serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e em voluntários saudáveis. Em nosso estudo encontramos prevalência de 75%, superior à referenciada pela literatura.

Sittart e Zanardi ⁵ referem que alterações do tipo ceratose seborreica são muito frequentes em idosos de um ambulatório de dermatologia. Outros autores^{21,27,28} destacam que lesões proliferativas benignas como as ceratoses seborreicas são típicas do envelhecimento e frequentes nos idosos.

As ceratoses seborreicas são consideradas manifestações benignas, contudo, às vezes, podem irritar ao contato com roupas ou à manipulação. Apesar de apresentarem bom prognóstico, eventualmente sua aparência clínica pode sugerir diagnóstico diferencial com tumores malignos. ⁹⁷

Além deste aspecto benigno, existe uma entidade clínica denominada Síndrome de Léser-Trélat,^{22,98} em que diversas ceratoses seborreicas surgem

subitamente, que é considerada como manifestação cutânea de paraneoplasia, principalmente do adenocarcinoma abdominal. Nesta pesquisa, uma paciente do Ambulatório com história de emagrecimento apresentou Léser-Trélat e estava em investigação para neoplasia.

As calosidades plantares, observadas em idosos desta pesquisa, foram mais prevalentes nos idosos ambulatoriais e naqueles com idade entre 70 e 79 anos. Já os calos apresentaram tendência para menor prevalência nos idosos internados. Fazendo-se uma análise da associação de comorbidades como fator de risco para a presença de calos houve menor prevalência nos idosos com DM.

A maior prevalência de calosidades plantares em idosos ambulatoriais pode ser devido ao fato deles apresentarem boa autonomia e independência, com maior deambulação em ambiente externo e por maiores distâncias, contribuindo para o surgimento de calosidades em áreas de maior apoio e pressão plantar.

A baixa prevalência de calosidades nos pacientes institucionalizados, apesar da maior parte deles apresentarem autonomia, pode ser devido à restrição de deslocamento das dependências territoriais da ILPI e devido ao trabalho de podólogas voluntárias na Instituição que cuidam dos pés dos idosos. Já nos idosos da Internação a baixa frequência das calosidades plantares pode ser devido à presença de pacientes sem independência e autonomia que passam muito tempo sentados ou acamados. A mesma explicação pode ser usada para os calos plantares que foram menos prevalentes na Internação. Já a menor frequência de calos nos portadores de DM pode ser explicada pelo cuidado que se atribui ao pé diabético.

Theodosat,⁹⁹ em artigo que descreve as doenças dermatológicas nas extremidades inferiores dos idosos, refere que as alterações hiperkeratóticas plantares dos tipos calos e calosidade são alterações comuns que afetam a população geriátrica. Podem se manifestar sobre eminências ósseas ou áreas de atrito e apoio plantar, contribuindo para alteração da marcha, devido à dor, e para o risco aumentado de quedas.

Para este autor, é afecção que merece atenção, pois 30% dos calos e calosidades plantares podem erodir e evoluir para a úlcera plantar. Portanto, é situação geriátrica e dermatológica que necessita intervenção, visando a prevenção

de complicações no idoso. O exame cuidadoso do pé do idoso é necessário e o manejo precoce de problemas como calos e calosidades plantares pode prevenir a diminuição da mobilidade e a diminuição da qualidade de vida dos idosos.

Sittart e Zanardi ⁵ descrevem a presença de calos e calosidades nos membros inferiores de idosos atendidos em um ambulatório de dermatologia como entidades extremamente comuns neste segmento populacional, porém não quantificam a sua frequência. Estudo que avaliou idosos voluntários e de serviço de dermatologia (ambulatório e internação)⁸ evidenciou prevalência de 13,3% de calosidades plantares nos sujeitos pesquisados.

Já outros autores que avaliaram idosos em ILPI na cidade de Santos ² não observaram alterações do tipo calos e calosidades nos idosos institucionalizados e avaliação em uma instituição geriátrica do Rio de Janeiro⁹ encontrou baixa prevalência: três casos entre 150 idosos pesquisados. Estes achados corroboram o encontrado em nossa pesquisa.

Com relação à frequência da ceratose de cotovelos e joelhos foi evidente nesta pesquisa sua maior prevalência nos idosos da Internação, naqueles do sexo masculino, com idade entre 60 e 69 anos, com o ensino médio completo e naqueles com insuficiência renal. Houve tendência para maior frequência naqueles com AVE.

Talvez, justificativas para a maior distribuição da ceratose de cotovelos e joelhos nos idosos da Internação possam estar relacionadas à perda da autonomia do paciente para suas atividades de vida diária e à presença de maior comorbidades, além do próprio processo de envelhecimento cutâneo.

A perda hídrica e a alteração dos lipídios do estrato córneo podem se manifestar, entre tantos achados, como pele seca, descamativa e ceratótica. ¹⁰⁰ O idoso com autonomia e independência mantidas pode utilizar hidratantes para manejar esta questão. Entretanto, a perda das mesmas o impede de realizar a tarefa de passar cremes e loções hidratantes na pele, ficando na dependência de outros para desempenhar esta atividade. Talvez esta seja uma das possíveis causas para a maior prevalência da ceratose de cotovelos e joelhos na Internação e naqueles com AVE.

Em nosso estudo, vários tipos de eczemas foram observados. Os mais frequentes foram o seborreico, o de estase, a neurodermite circunscrita e o de

contato. Em menor frequência, constatou-se o numular, o asteatósico, o disidrótico e o friccional.

Com relação a sua prevalência na população geriátrica, pesquisa realizada em um Centro de Dermatologia de Singapura com idosos acima de 65 anos mostrou que os eczemas são a dermatose mais comum nesta população, apresentando prevalência de 35,3% conforme seus autores.¹⁰¹

O eczema seborreico é um processo inflamatório na pele em áreas com proeminente atividade sebácea¹⁰² e o aumento da atividade das glândulas sebáceas é decorrente tanto do envelhecimento quanto do uso de medicamentos psiconeurológicos que estimulam sua função.⁹⁷ Sua prevalência costuma ser maior em pacientes com patologias psiquiátricas, neurológicas, nos imunossuprimidos pelo vírus HIV e em idosos.¹⁰³ Outros autores destacam o estresse emocional, a quadriplegia e a Doença de Parkinson como condições que aumentam sua incidência,¹⁰⁴ além dos idosos acamados.¹⁰⁵ O encontro destes fatores apontados pelos autores aliado a própria questão do ser idoso justificam a prevalência desta manifestação cutânea. Na nossa pesquisa, o eczema seborreico foi mais prevalente nos idosos do sexo masculino e naqueles com Demência incluindo Alzheimer.

Estudo de prevalência, em idosos de ILPI de Santos,² mostrou que a prevalência do eczema seborreico foi de 8%. Outra pesquisa com idosos de instituição geriátrica do Rio de Janeiro⁹ constatou eczema seborreico em 30,6% dos idosos. Em ambulatório de dermatologia de São Paulo⁵, o eczema seborreico é referido como dermatose frequente entre os idosos que consultam no serviço, porém não há referências a dados numéricos. Nossos resultados evidenciaram prevalência de 22,4%, ficando de acordo com os achados da literatura.

Outro tipo de eczema observado foi o eczema de estase, sendo mais prevalente nos idosos do Ambulatório. Ele costuma estar associado à insuficiência venosa¹⁰⁴ e afeta grande parte da população geriátrica. Com frequência é incorretamente diagnosticado como celulite nos membros inferiores e costuma afetar mais as mulheres do que os homens e um dos fatores predisponentes seria o aumento da pressão nas pernas durante a gestação.⁹⁹

Considerando-se que houve predomínio do sexo feminino na nossa pesquisa era esperado encontrar-se esta manifestação dermatológica. O resultado da

prevalência de 8% de eczema de estase que encontramos no nosso estudo é corroborado por outros autores ² que encontraram esta mesma prevalência em idosos de uma ILPI em Santos.

A neurodermite circunscrita ou líquen simples crônico apresenta relação com atopia, aspecto liquenificado e é bastante pruriginosa. Considerado um eczema do tipo crônico, por vezes ocorre devido ao componente obsessivo de coçar que pode se desenvolver em decorrência do prurido intenso, sendo classificado no grupo das dermatites psicogênicas.¹⁰⁴ De fato, no presente estudo, alguns dos idosos pesquisados apresentavam história de atopia e diagnóstico de distúrbio psiquiátrico ou neurológico associado, corroborando este resultado encontrado.

Nascimento e Porto⁹ observaram raros casos de neurodermite circunscrita em idosos de instituição geriátrica. Estes autores observaram esta manifestação em 4 idosos num total de 150 examinados. Em nosso trabalho, encontramos prevalência de 5,4%, ou seja, 17 casos em 312 idosos pesquisados.

Com relação ao Eczema de contato em idosos, para alguns autores ele costuma ocorrer como em outras faixas etárias, sendo os medicamentos tópicos os mais importantes agentes etiológicos neste grupo.¹⁰⁶ Outros autores acrescentam além do contato tópico, a ingestão de certas substâncias como causadoras deste tipo de eczema.¹⁰⁷ Considerando-se a polifarmácia¹³ utilizada pelos idosos deste trabalho que utilizavam em média 4,4 remédios, justifica-se a observação desta manifestação dermatológica em 4,5% dos idosos.

Wollina ⁸² relata que, apesar da imunossenescência, a prevalência do Eczema de contato em idosos pode variar de 33% a 64%, sendo estas taxas mais altas do que as que encontramos (4,5%). Outros autores ² que investigaram alterações dermatológicas em idosos de ILPI em Santos constataram Dermatite de contato em 8% dos pesquisados.

Alguns estudiosos referem que o eczema de contato não é frequente, porém mais persistente e prolongado nos idosos, provavelmente devido à pele xerótica, ao aumento da permeabilidade cutânea e à menor capacidade de eliminar alérgenos e irritantes que tenham penetrado na epiderme. ⁸⁴

Sobre o eczema asteatósico, observado em poucos participantes no nosso trabalho, diferentes estudiosos acerca da prevalência de manifestações

dermatológicas em idosos^{2,5,8,9} não citam este tipo de eczema nos achados de suas investigações, reforçando os resultados de nosso trabalho.

No entanto, um autor relata que esta é uma das dermatites mais comuns no paciente geriátrico.⁹⁷ Talvez tenhamos encontrado baixa prevalência por termos diferenciado o eczema (com presença de eritema, prurido e xerose) do prurido asteatósico (sem a presença do eritema, apresentando apenas o prurido e a xerose). Outro aspecto lembrado pelo autor do artigo refere-se à importância de se realizar diagnóstico diferencial com as farmacodermias.

O Prurido no idoso é um capítulo que merece atenção especial. Na América do Norte¹⁰⁸ é uma das queixas mais frequentes entre a população geriátrica. Prurido no idoso pode resultar de uma variedade de etiologias, embora a xerose seja a mais comum, doenças sistêmicas e dermatológicas encontram-se associadas ao prurido e são mais prevalentes nos idosos.

O Prurido é definido como uma sensação cutânea que provoca o desejo de coçar. É sintoma comum em várias doenças dermatológicas, no entanto, pode estar associado a doenças sistêmicas, inclusive neoplásicas.¹⁰⁹ Sua incidência aumenta de acordo com a idade, sendo considerado um dos achados mais comuns que acomete indivíduos maiores de 65 anos, podendo acometer um em cada cinco idosos. Em algumas ocasiões pode ser intenso e afetar o sono e a qualidade de vida do idoso.

De acordo com autores peruanos,¹¹⁰ a incidência do prurido pode ser estimada entre 10 e 50% e na maioria dos casos ocorre devido ao ressecamento da pele. Além das causas cutâneas e sistêmicas, existe um grupo pequeno de idosos em que não se consegue determinar a causa, sendo este chamado de prurido senil.

Comparando-se os resultados do nosso trabalho com os achados da literatura, a prevalência do prurido não foi tão alta quanto os achados de outros autores, mas a causa asteatósica foi a mais frequente.

Quanto às Úlceras, verificou-se maior prevalência das Úlceras por Pressão, seguida por úlcera de estase (2,9%), mal perfurante plantar (0,6%), úlcera arterial (0,3%) e úlcera do tipo traumática (0,3%).

A Úlcera por Pressão (6,7%) foi a mais prevalente em nossa pesquisa. Fato relevante a destacar é que dos 21 pacientes que apresentaram Úlcera por Pressão

(UP), 20 deles encontravam-se na Internação. Autores reportam que cerca de um terço dos pacientes hospitalares com mais de 70 anos têm UP.¹¹¹ Entretanto, o fato da quase totalidade ter sido observada na Internação não deve ser usado como indicador operacional da qualidade do atendimento no Setor, pois existe a possibilidade da UP haver iniciado no domicílio ou outro local de residência do idoso.

Diferentes autores têm abordado o tema Úlceras por Pressão (UP) que são afecções de ocorrência comum entre idosos dependentes e com comprometimento da mobilidade. O impacto destas lesões em termos de qualidade de vida, morbidade, mortalidade e custo de tratamento é bastante importante.¹¹² Com relação ao seu tratamento, apesar dos recursos atuais de curativos e substâncias químicas reparadoras do tecido desvitalizado,^{113,114} diversos autores reforçam que o melhor tratamento é a prevenção.^{112,115,116}

Com relação a sua frequência, estima-se que varia de 2 a 24% em pacientes crônicos e de 0,4% a 38% em pacientes com patologias agudas.¹¹⁵ Outros autores¹¹¹ referem que 66% dos pacientes com fratura de Fêmur ou de cervical desenvolvem úlceras por pressão. Estudo com idosos de ILPI² referem que em idosos residentes a prevalência varia de 2,4% a 23%. Em nossa pesquisa, nenhum idoso da ILPI que fez parte do estudo apresentou úlcera por pressão.

Vários são os fatores de risco apontados para o surgimento da UP: condições da pele, estado nutricional, imobilidade, força de cisalhamento, higiene corporal inadequada, dobras de roupas pessoais e de cama, entre outros,^{111,112,115,117,118} sendo importante a observação destes fatores na avaliação do estado físico e geral do idoso.¹¹⁵

Estudo realizado por autores em uma ILPI de Santos,² constatou que 5,3% dos idosos institucionalizados apresentavam úlcera por pressão. Na nossa pesquisa, nenhum idoso da SPAAN apresentou este tipo de afecção dermatológica.

A Úlcera de Estase, presente em poucos idosos (2,9%) deste trabalho, foi mais predominante no sexo feminino. Apresenta sua etiologia relacionada ao aumento da pressão venosa nos membros inferiores⁹⁹ e costuma localizar-se mais comumente na parte inferior e medial das pernas.⁹² Costumam ser mais frequentes em mulheres do que em homens na proporção de três para um,⁸⁴ corroborando o

achado de nosso estudo. Podem surgir como a principal complicação do eczema de estase.¹¹⁰

Esta constatação merece comentário, pois, nos resultados anteriormente apresentados da nossa pesquisa, observamos Eczema de Estase em 8% dos idosos e a prevalência da Úlcera de Estase foi de 2,9%, talvez surgindo como complicação do eczema. Outro aspecto que é importante lembrar é que o uso crônico de produtos para o tratamento das Úlceras de Estase pode predispor à sensibilização e ao Eczema de Contato.⁸²

Outro aspecto a ser considerado é a presença de diabete em pacientes com úlcera de perna como causa de dificuldade de cicatrização,¹¹⁹ exigindo manejo adequado. Embora não tenha sido observado no nosso trabalho, úlceras de pernas crônicas podem ser fator de risco para o desenvolvimento de Carcinoma Epidermóide, é a chamada Úlcera de Marjolin,¹²⁰ merecendo monitoração por parte da Equipe de Saúde.

No presente estudo, alguns resultados próprios do Envelhecimento Cutâneo estiveram presentes em mais de 10% dos idosos pesquisados, tais como melanose solar, hipomelanose gotata, rugas, telangiectasias, atrofia, poiquilodermia, pele romboidal, púrpura, cicatriz estelar, poros dilatados, melasma e hiperplasia sebácea.

O Envelhecimento Cutâneo é um fenômeno fisiológico, progressivo e irreversível, caracterizado basicamente pelo declínio tanto funcional quanto estrutural da pele.¹²¹ Costuma ser dividido em intrínseco^{122,123} e extrínseco ou fotoenvelhecimento.^{124,125} Vários fatores ambientais influenciam o envelhecimento intrínseco, tais como exposição à radiação ultravioleta,¹²⁶ tabagismo,^{127,128} álcool¹²⁹ e baixo peso.¹²⁸ Todos estes fatores ambientais alteram e agravam as manifestações próprias do envelhecimento cutâneo intrínseco: tanto as rugas^{97,130} ficam mais profundas quanto a chance de lesões pré-malignas e malignas aumenta.

A melanose solar (97,8%), alteração cutânea mais prevalente nesta pesquisa, não apresentou relação com nenhum dos fatores demográficos e patologias associadas pesquisados como prováveis fatores de risco para o surgimento das manifestações dermatológicas neste trabalho. Não houve significância na distribuição da melanose em relação à procedência dos idosos, ao sexo, à faixa etária, ao nível de escolaridade, à raça ou associação com comorbidades.

Estudo epidemiológico, comparando as populações chinesa e européia,¹³¹ evidenciou que a melanose solar era achado muito mais prevalente na mulher chinesa (30%) quando comparado à mulher européia (8%). Entretanto, neste artigo, a idade das participantes variou de 20 a 60 anos e não foi possível determinar os motivos para os achados. Ficou dúvida, por parte dos autores do artigo, se a francesa por usar mais cosméticos com fotoproteção ou ter menos melanina e pele mais clara teria menos alterações pigmentares do que as chinesas.

Em Santos, autores² referem a prevalência de melanose solar em idosos residentes de uma ILPI como sendo 53,3%, entretanto a faixa etária estudada foi a partir do 51 anos e foram avaliados 75 idosos. Nascimento e Porto⁹ relatam prevalência de 36% melanose solar em 150 idosos de instituição geriátrica do Rio de Janeiro. Já Campbel e colaboradores⁸ relatam a frequência de 41,3% de melanose em idosos pertencentes a três grupos estudados em Brasília: ambulatório dermatologia, internação dermatológica e colaboradores saudáveis. Estes autores não constataram diferença na distribuição da melanose entre os três grupos estudados. Todos os artigos citados aqui encontraram prevalência menor a que encontramos em nosso estudo.

Autores chilenos⁸⁵ apenas citam que a melanose solar é uma das manifestações cutâneas mais prevalentes acima dos 60 anos. E Sittart e Zanardi,⁵ avaliando 210 idosos na cidade de São Paulo referem a melanose solar como muito frequente entre os idosos de um ambulatório de dermatologia.

Já a hipomelanose gotata (82,7%), segunda manifestação cutânea mais prevalente no presente estudo, foi menos prevalente nos idosos Institucionalizados e mais frequente nos idosos com Comorbidades de uma maneira geral e com Outras Infecções que não pneumonia.

A hipomelanose gotata é achado comum em braços e pernas e permanece com etiologia obscura. É sugerido que o envelhecimento e a perda de funcionamento dos melanócitos estejam entre as causas e sua incidência na população em geral é de 68%.¹³²

Como encontramos prevalência maior do que a referenciada pela literatura que estudou população geral, e como um dos possíveis fatores de risco é o dano solar cumulativo causado pela radiação ultravioleta, pode ser esperado que sua

frequência seja maior nos idosos do que naqueles com menos de 60 anos de idade. Outra explicação pode ser atribuída ao fato de ser dada pouca importância por outros pesquisadores a esta dermatose.

Outro aspecto a considerar é que a hipomelanose gotata foi menos prevalente nos idosos institucionalizados. A população de residentes da ILPI pesquisada é heterogênea e a quase totalidade deles apresenta independência e autonomia, porém o território restrito da Instituição pode ser a explicação para menor exposição solar e menor prevalência da hipomelanose na SPAAN.

Artigo sobre prevalência de dermatoses em 75 idosos residentes de uma ILPI localizada na cidade de Santos ² relata prevalência de 12% desta alteração cutânea no seu grupo estudado. Em uma instituição geriátrica do Rio de Janeiro,⁹ foi encontrada a frequência de 13,3% de hipomelanose gotata. Já a observação de 150 idosos em um ambulatório de Dermatologia de Brasília,⁸ encontrou 44% de frequência de hipomelanose gotata entre idosos de ambulatório de dermatologia, internação geriátrica e voluntários saudáveis. Estes números são inferiores aos encontrados na nossa pesquisa (82,7%).

No entanto, a hipomelanose gotata nem é citada em artigo pesquisando idosos de um ambulatório de Dermatologia em São Paulo. ⁵

As rugas mais frequentes em idosos do sexo feminino, aumentaram sua prevalência conforme o aumento das faixas etárias pesquisadas e diminuíram sua frequência de acordo com o aumento do nível de escolaridade. Houve tendência a ser mais prevalente nos idosos com Osteoporose.

O fato da prevalência das rugas ter sido maior nas mulheres merece estudos posteriores, pois antigamente o trabalho feminino era mais restrito ao lar com uma certa proteção predial ao sol. Talvez possa ser inferida a questão das alterações hormonais próprias da menopausa, com consequente alteração da matriz dérmica e sua relação com o surgimento de rugas.

Artigo pesquisando a pele do idoso em três populações (ambulatório de dermatologia, internação dermatológica e voluntários saudáveis)⁸ encontrou percentual de 94,6% de rugas, igualmente distribuídos entre as três populações que fizeram parte do artigo. Em nosso estudo, encontramos prevalência de 80,4%.

Neste trabalho, as telangiectasias foram mais prevalentes nos idosos do sexo masculino e da raça branca, sendo que sua frequência aumentou de acordo com o aumento do nível de escolaridade. Foi menos prevalente nos idosos com Insuficiência Renal e houve tendência para maior frequência naqueles com Outras doenças.

Estudo chileno ⁸⁵ constatou a prevalência de telangiectasias em 20% dos idosos. Esta mesma prevalência (20,6%) foi encontrada por Campbell e colaboradores⁸ em idosos de serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e voluntários saudáveis, não constatando diferença na sua distribuição nestas três populações estudadas. Pesquisa em idosos institucionalizados² encontrou prevalência mais baixa de telangiectasias (2,6%) nesta instituição, na cidade de Santos. Nossos dados mostram prevalência de 65,7%, superior aos artigos referenciados, podendo-se inferir a maior sensibilidade da pele clara predominante na nossa população.

A atrofia foi mais prevalente nos idosos da ILPI, dos do sexo masculino, naqueles que nunca haviam estudado, aumentou sua prevalência de acordo com o aumento das faixas etárias e foi mais frequente nos idosos com Outras Infecções que não pneumonia.

Comparando-se com dados da literatura, artigo de Campbell e colaboradores⁸ observou prevalência de atrofia em 47,3% dos idosos de três populações distintas (ambulatório dermatologia, internação dermatológica e voluntários saudáveis) não tendo sido detectadas diferenças significativas entre os três grupos. Já Nascimento e Porto,⁹ estudando manifestações dermatológicas em idosos de instituição geriátrica do Rio de Janeiro, constataram prevalência de atrofia em 75,3% dos pesquisados. Nossos resultados (51,9%) foram mais concordantes com os de Campbell e colaboradores.⁸

A poiquilodermia foi menos prevalente nos idosos da ILPI, do sexo feminino, da raça negra, naqueles que nunca haviam estudado e apresentou diminuição na prevalência conforme o aumento das faixas etárias.

Sampaio ²⁸ menciona a poiquilodermia como alteração da pele idosa relacionada à ação cumulativa das radiações solares. Já outros artigos nacionais^{2,5,8,9} de referência sobre prevalência das dermatoses geriátricas não citam

a poiquilodermia em seus resultados. Correlacionando estes dados com os de nossa pesquisa, não foi encontrada resposta para a diminuição de sua frequência com o aumento da idade, sendo que o esperado seria o contrário.

À procura de mais dados de literatura nacional e internacional acerca da prevalência das dermatoses geriátricas,^{27,84,85,97,105,110} outros artigos apenas referem a melanose solar, a telangiectasia, atrofia, poiquilodermia, púrpura como muito comuns nos idosos acima de 60 anos de idade, porém não trazem valores numéricos para que possa ser feita comparação com os resultados do nosso trabalho, que mostrou uma prevalência de 50,3%.

Nesta pesquisa, a manifestação cutânea do tipo pele romboidal foi mais prevalente nos idosos da raça branca. Esta manifestação é definida como sulcos profundos que dividem em losangos uma pele espessa e de cor amarelada, em geral na região da nuca.²²⁻²⁴

Comparando-se com dados da literatura, nossos resultados (43,6%) foram mais elevados. Em idosos de instituição geriátrica do Rio de Janeiro, a prevalência de pele romboidal foi de 16%.⁹ Já outro artigo que avaliou idosos de ambulatório de dermatologia, internação dermatológica e voluntários saudáveis mostrou prevalência de 29,3%⁸ de pele romboidal.

No presente estudo, a púrpura foi mais prevalente nos idosos da Internação, no sexo masculino, da raça branca e apresentou aumento na sua frequência de acordo com o aumento das faixas etárias estudadas. Fazendo-se uma análise da associação de comorbidades foi mais prevalente nos idosos com Demência incluindo Alzheimer, Insuficiência Renal e Outras Infecções que não pneumonia, sendo menos frequente naqueles com Osteoporose.

A púrpura pode ter sido mais prevalente nos idosos internados devido à terapêutica anticoagulante e também como reação adversa a medicações. Entretanto, por vezes pode suscitar dúvidas com outras lesões purpúricas, tais como hematomas, que devem chamar atenção das equipes de saúde para o diagnóstico diferencial de maus-tratos ao idoso. Estudo realizado por dermatologistas chama a atenção sobre os indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais sobre lesões reveladoras de violência e maus-tratos.¹³³

Diferentes autores^{21,23,24,27,28} relacionam a púrpura com o envelhecimento cutâneo. Artigos sobre a prevalência da púrpura evidenciam que sua frequência pode variar entre 12,7% e 29,3% em idosos institucionalizados^{2,9} a 35,3% em idosos de serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e voluntários saudáveis.⁸ Comparando-se com os achados de outros serviços geriátricos^{2,9} encontramos prevalência (38,1%) superior aos citados na literatura.

Em nosso trabalho, a cicatriz estelar apresentou aumento na sua frequência de acordo com o aumento das faixas etárias e tendência para maior prevalência na raça branca. Verificou-se, também, menor prevalência nos idosos com Diabetes (DM).

Não foram encontrados artigos relacionando cicatriz estelar com faixa etária, raça e comorbidades. Dados de literatura sobre sua prevalência em idosos institucionalizados do Rio de Janeiro⁹ evidenciam baixa frequência de cicatrizes estelares: 1 caso em 150 idosos examinados. Ainda em idosos institucionalizados, outros autores² observaram prevalência de 12,0% de cicatrizes estelares.

Campbell e colaboradores⁸ encontraram prevalência de 10% entre idosos de serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e voluntários saudáveis. Outros autores^{21,23,24,27,28} citam as cicatrizes estelares como manifestações próprias do envelhecimento cutâneo, principalmente do fotoenvelhecimento. Todos estes artigos mostram resultados inferiores ao observado em nosso estudo (37,2%).

Com relação aos poros dilatados, ficou evidente nesta pesquisa a menor prevalência nos idosos institucionalizados e com Cardiopatia associada, além da diminuição na sua frequência quanto maior a faixa etária.

Campbell e colaboradores⁸ encontraram prevalência de poros dilatados em 47,3% dos idosos de um serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e voluntários sadios. Nossa observação mostrou prevalência mais baixa (26,6%), entretanto nossos dados foram colhidos em Serviços geriátricos para que fossem minimizados os vieses de seleção.

Quanto ao melasma, sua prevalência foi menor nos idosos da ILPI e diminuiu de acordo com o aumento das faixas etárias pesquisadas. Foi ainda mais prevalente nos idosos com HAS.

O melasma, presente em 15,4% dos idosos desta pesquisa, é considerado uma hipermelanose adquirida, que envolve principalmente a face, além de outras áreas fotoexpostas, e costuma ser mais prevalente em mulheres.¹³⁴ Sua etiopatogenia ainda não está bem esclarecida e, devido a sua natureza recorrente e refratária, o tratamento do melasma é considerado de difícil resposta.¹³⁵

A menor prevalência do melasma nos idosos institucionalizados de nosso estudo pode ser atribuída, dependendo do tempo de institucionalização do idoso, a uma menor exposição solar no espaço territorial da Instituição. Já a maior prevalência em idosos com HAS merece estudos futuros para ver se há associação com diuréticos e outras drogas que possam ser fotossensibilizantes. Não foram encontrados artigos sobre a prevalência de melasma em idosos para que fosse feita comparação com os resultados de nosso estudo.

A hiperplasia sebácea foi mais prevalente nos idosos que haviam completado o ensino fundamental e o médio. Fazendo-se uma análise da associação de comorbidades, foi evidente maior prevalência nos idosos com Câncer.

Estudo com 150 idosos em um Serviço de Dermatologia de Brasília⁸ refere a prevalência de 8,66% de hiperplasia sebácea entre os idosos pesquisados. Com idosos institucionalizados de Santos,² o valor encontrado foi 2,6%. E dados de literatura com população de uma instituição geriátrica do Rio de Janeiro⁹ apontam a frequência da hiperplasia sebácea em 4,6%.

O achado que 10,6% dos idosos do nosso estudo apresentavam hiperplasia sebácea, valor superior aos da literatura, remete ao importante diagnóstico diferencial para esta manifestação dermatológica em um Estado com população de pele clara e de descendência européia, que talvez passe despercebido aos olhos do não-dermatologista: o carcinoma basocelular.^{21,22} A maior prevalência observada em idosos com câncer talvez possa ser atribuída ao efeito adverso de antineoplásicos e de outras medicações usadas no tratamento desta patologia. Ou talvez esta manifestação dermatológica possa ser um marcador, por si, de neoplasia interna.

Apesar da nossa pesquisa ser um estudo epidemiológico de base institucional, merece destaque o fato de que as manifestações dermatológicas do tipo Envelhecimento Cutâneo repercutem no psiquismo do idoso. As primeiras

manifestações da senilidade cutânea poderão acarretar preocupações ao seu portador, sendo que as rugas na mulher e a calvície no homem poderão ser motivos de consultas constantes a especialistas da área da Psiquiatria e Psicologia.¹³⁶

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à necessidade, desenvolvida por algumas pessoas que vivenciam o processo do envelhecimento, do uso de produtos e técnicas antienvelhecimento. Isto necessita uma avaliação criteriosa dos produtos e procedimentos estéticos a serem utilizados, uma vez que não parece haver evidências científicas para a utilização de algumas técnicas e produtos disponíveis.¹³⁷

Por fim, merece atenção a constatação de que muitas lesões observadas no grupo do Envelhecimento Cutâneo são adquiridas e agravadas por componentes ambientais, tais como tabagismo, álcool e exposição inadequada à radiação solar ultravioleta. Referente a isto, merece importância desenvolver com a população medidas para o seu autocuidado através de um processo de Educação em Saúde.¹³⁸ Envolver a educação como processo promotor da saúde do idoso permitirá que o mesmo tenha um envelhecimento ativo e bem-sucedido.⁵⁸

Com relação às manifestações cutâneas Infectocontagiosas foram observados casos de foliculite, verruga, erisipela, candidíase, herpes simples e outras dermatoses tais como pitíriase versicolor, miíase cavitária, molusco contagioso e dermatofitose. Destas, apenas foliculite esteve presente em mais de 10% dos idosos, sendo que mais frequente no sexo masculino. Não foram constatados casos clínicos de herpes zoster, escabiose ou pediculose no presente estudo.

Os dados da literatura referentes às infecções na população em geral¹³⁹⁻¹⁴⁴ mostram fatores predisponentes, aspectos clínicos e terapêuticos sobre as infecções bacterianas (foliculite e erisipela), virais (verrugas, herpes simples e molusco contagioso) e fúngicas (malasseziose, candidíase e dermatofitose), porém não trazem dados sobre a prevalência destas afecções infectocontagiosas.

Sobre a frequência da candidíase, há relatos de que seja mais prevalente em idosos.¹⁴¹ A incidência das verrugas é desconhecida e estima-se sua incidência em 10% entre as crianças e adolescentes.¹⁴⁰ Quanto ao molusco contagioso, os dados sobre incidência e prevalência da infecção são desconhecidos.¹⁴⁰

Na revisão de artigos específicos da população geriátrica, encontramos que as infecções de pele e de partes moles na população em geral e em idosos são semelhantes, mas por causa de alterações na barreira cutânea e imunossenescência os idosos apresentariam um risco maior para desenvolver infecções cutâneas.¹⁴⁵

Estudo com idosos de instituição geriátrica no Rio de Janeiro refere prevalência da foliculite de 0,6%.⁹ Este resultado está abaixo do valor que encontramos na nossa pesquisa (11,2%).

Os dados sobre prevalência de celulite e erisipela em pacientes atendidos em “home care”, de acordo com autores americanos,¹⁴⁵ variam de 1% a 9%, corroborando com os resultados (1,3%) de nosso estudo. Já outro estudo realizado com idosos de uma ILPI em Santos relata prevalência de erisipela de 2,6%.

Alguns artigos americanos^{146,147} alertam para o aumento da incidência de infecções cutâneas por microorganismos meticilina-resistentes (MRSA) e vancomicina-resistentes (VRSA) na população geriátrica, mas não citam dados quantitativos sobre este aumento e não classificam os tipos de infecções cutâneas. Mas, tendo em vista o risco de resistência a antibióticos cada vez maior, este dado merece consideração.

Artigo do Reino Unido¹⁴⁸ relata que a prevalência da colonização de *Proteus mirabilis* e *Pseudomonas aeruginosa*, na população com 65 anos ou mais, aumentou 25% em comparação aos jovens, mas não refere prevalência das piодermites em si. Estes mesmos autores destacam que as infecções nos idosos podem se manifestar de forma atípica.

Um artigo⁹⁹ refere que a prevalência das verrugas não-genitais nos idosos pode variar de 7% a 12% da população. Já Nascimento e Porto⁹ encontraram valores inferiores (1,3%) em idosos de uma instituição geriátrica do Rio de Janeiro. Em nossa pesquisa, encontramos prevalência de 4,8%, que foi intermediária entre estes dois estudos.

Com relação à prevalência de molusco contagioso em idosos, Norman¹⁰⁴ apenas refere que lesões deste tipo também podem ser vistas na população geriátrica, porém sem referenciar dados percentuais. Artigos nacionais de referência no estudo de prevalência das dermatoses geriátricas^{2,5,8,9} nem citam casos de

molusco contagioso acometendo os idosos. Em nossa pesquisa encontramos apenas um caso.

Dados da literatura sobre prevalência do herpes simples referem que 1,3% dos idosos pode ser acometido por esta virose.⁹ Estes achados foram pesquisados em 150 idosos de uma instituição geriátrica do Rio de Janeiro. Este número foi superior ao achado de 0,6% em nosso estudo.

Ainda sobre as infecções virais, revisando-se os dados da literatura,^{21,23,85,145-147} os autores dão muita ênfase para o herpes zoster e o risco de nevralgia pós-herpética nos idosos e estes achados não foram observados no nosso estudo. Talvez pelo fato de que idosos com herpes zoster sejam atendidos em serviços de emergência, ao invés de ambulatório e internação geriátrica.

Com relação às infecções fúngicas, foram observados poucos casos nos idosos que fizeram parte desta pesquisa: candidíase oral, pitiríase versicolor e dermatofitose. As onicopatias de causa fúngica não foram aqui consideradas e serão discutidas mais adiante.

A revisão de um artigo sobre infecções cutâneas fúngicas em idosos¹⁴⁹ refere que são as alterações dermatológicas mais prevalentes neste segmento populacional, porém não traz taxas de prevalência. Menciona infecções causadas por cândida, malassezia e dermatófitos da mesma forma que o encontrado nesta pesquisa, porém sem taxas de prevalência para que fosse feita comparação com nossos resultados.

Estudo com idosos de ILPI em Santos² constatou a prevalência de candidíase oral em 1,3% dos casos. Este mesmo artigo evidenciou que a prevalência da pitiríase versicolor foi de 2,6% entre os participantes da referida pesquisa.

Estudo com idosos de instituição geriátrica no Rio de Janeiro⁹ evidenciou dois casos de dermatofitose em 150 residentes. Nossa pesquisa encontrou um caso em 312 idosos pesquisados. Este mesmo estudo⁹ encontrou um caso de pitiríase versicolor, da mesma forma como nosso resultado.

Apesar de diferentes autores^{9,21,23,150} descreverem o risco de idosos institucionalizados apresentarem escabiose e pediculose, nenhum caso foi observado em nosso estudo com os idosos da ILPI, do Ambulatório e da Internação,

refletindo, provavelmente, a boa qualidade de assistências nos locais estudados. Outro autor ⁸⁵ alerta para o risco de escabiose também em pacientes domiciliares quando se encontram em situação de abandono.

Quanto aos Intertrigos, o mais prevalente foi o interdigital dos pododáctilos (52,6%), seguido por poucos casos de submamário, inguino-crural, comissura labial, prega abdominal, região axilar e interglútea. Em nossa pesquisa, o intertrigo interdigital dos pés foi mais frequente nos idosos do sexo masculino, nos da raça parda e negra e nos idosos com Diabetes.

Intertrigo, que por definição significa o acometimento de dobras cutâneas, pode ter tanto causas infecciosas quanto inflamatórias.⁸⁴ Neste estudo, optamos simplesmente por descrever a área anatômica em que foram observados, sem nos atermos à causa dos mesmos, até porque não foi realizado o exame micológico para investigação de causa infecciosa por fungos.

Revisando artigos de diferentes autores, quando há menção ao acometimento de pregas cutâneas, a grande maioria refere-se à causa de origem fúngica. Pérez-Cotapos ⁸⁴ destaca que o acometimento de pregas cutâneas por *Cândida* é grande, principalmente em idosos diabéticos e obesos. Nascimento e Porto ⁹ referem que das dermatoses flexurais a interdigital dos pododáctilos é a mais prevalente, tendo sido observada em 10% em idosos de uma instituição no Rio de Janeiro. Em nossa pesquisa, encontramos uma prevalência de 52,6% e maior prevalência em diabéticos.

Já sobre o intertrigo mamário dados da literatura referem que sua prevalência em idosos de uma ILPI de Santos ² foi de 5,3% e que em idosos do Rio de Janeiro⁹ foi 2,7%. Nossa observação (3,5%) ficou intermediária aos dois artigos.

Quanto ao intertrigo da comissura labial (quelite angular ou perleche), Pérez-Cotapos⁸⁴ refere que o processo inflamatório surge tanto pela umidade e laxidão na comissura labial quanto pela infecção por *Cândida* que pode se sobrepor. Em idosos de ILPI no Rio de Janeiro,⁹ a prevalência do perleche foi de 0,7%, resultado inferior ao que encontrado em nossa pesquisa (1,9%).

Leite ⁹⁷ refere que áreas de dobras cutâneas apresentam aumento de temperatura e umidade. Como resultado da umidade local, pode ocorrer fratura da camada córnea, com resultante maceração e crescimento de leveduras oportunistas,

principalmente Cândida. Este fenômeno é mais visível nas regiões inframamária, infrabdômnal, inguinal e interdígitos dos pododáctilos. Este autor, porém, não traz números sobre a prevalência do intertrigo nestas áreas para que fosse feita comparação com nossos resultados.

Outros autores^{99,104} referem que o acometimento de dobras interdigitais dos pés pode acometer o idoso tanto por fungos do gênero Cândia quanto por fungos dermatófitos. Outro aspecto referenciado por autores¹⁵¹ é que tanto o intertrigo micótico dos pododáctilos quanto a *Tinea pedis* podem predispor à onicomicose no idoso.

Nossos resultados chamam atenção para a elevada frequência (52,6%) do acometimento interdigital dos pododáctilos. Este fato remete para a importância do exame completo da pele do idoso no momento da consulta, pois, muitas vezes, as fissuras que surgem no local são porta de entrada para infecção bacteriana secundária com risco de evoluir para celulite dos membros inferiores e suas complicações.

Com relação aos Nevos, os mais prevalentes em nossa pesquisa foram o nevo rubi e o melanocítico, seguidos pelo nevo azul. Outros tipos de lesões névicas observados foram mancha café-com-leite, nevo sebáceo, nevo piloso e nevo Spillus.

Neste estudo o nevo rubi foi mais prevalente no sexo feminino e na raça branca. Fazendo-se uma análise da associação de comorbidades como fator de risco para o nevo rubi ocorreu tendência a maior prevalência nos idosos com cardiopatia associada.

Diferentes autores^{5,84,104,151} falam sobre o nevo rubi como sendo frequente no idoso. Uma autora chilena traz citação da prevalência de 29% do nevo rubi entre os idosos do Chile.⁸⁵ Estudo realizado com idosos institucionalizados em ILPI de Santos² mostrou que a prevalência de nevos rubis foi de 33,3%. Valores semelhantes foram encontrados em idosos de instituição geriátrica no Rio de Janeiro,⁹ que mostrou a prevalência de nevo rubi de 32%. Outro estudo feito com idosos de Brasília mostrou prevalência de 59,3% de nevo rubi entre idosos de serviço dermatológico (ambatório e internação) e voluntários saudáveis. Todos estes autores relatam prevalência menor a que encontramos em nosso estudo (81,4%).

Já o nevo melanocítico foi mais prevalente nos idosos da Internação, no sexo feminino e nas raças branca e parda. Ficou evidente a diminuição da sua prevalência com o aumento das faixas etárias estudadas e a menor frequência nos idosos com Diabetes.

Revisão de estudos epidemiológicos informam que após a terceira década começa a diminuir sua incidência.¹⁵² Outro estudo¹⁵³ realizado com a população em geral e idade média de 49 anos, cita que tanto os nevos melanocíticos comuns quanto os atípicos e as efélides diminuem significativamente com o aumento da idade. Estes dados de literatura sobre a diminuição da frequência dos nevos melanocíticos com o aumento da idade corrobora os resultados de nossa pesquisa que evidenciou diminuição da frequência do nevo melanocítico com o aumento da idade.

Estudos de prevalência no nevo melanocítico em idosos brasileiros mostraram que os valores oscilaram de 14,6% em idosos institucionalizados em Santos² a 39,3% em idosos do Rio de Janeiro.⁹ Campbel e colaboradores⁸ referem 53,3% de nevo melanocítico em idosos de serviço de dermatologia e voluntários saudáveis. Estes achados da literatura evidenciam resultados inferiores ao encontrado na nossa pesquisa (79,8%).

Casos isolados de nevo piloso e nevo azul também foram referenciados em estudo com idosos de instituição geriátrica no Rio de Janeiro,⁹ da mesma forma como evidenciamos no nosso estudo.

Com relação aos Tumores Benignos, foram observados, nesta pesquisa, acrocórdons, dermatose papulosa nigra, cisto sebáceo, dermatofibroma, fibroma mole, angioma estelar e lipoma.

No presente estudo, os acrocórdons foram mais prevalentes no Ambulatório, na Internação, na raça branca e nos idosos com Demência incluindo Alzheimer, HAS, DPOC e Outras doenças.

O processo de envelhecimento predispõe a neoplasias tanto benignas quanto malignas. Estudo⁸⁴ evidencia que idosos com 65 anos ou mais de idade são portadores de uma ou mais neoplasias benignas, sendo o acrocórdon uma das mais comuns nesta população. Outros autores reforçam o achado de que o idoso é mais

predisposto a neoplasias benignas como os acrocórdons^{136,151} e que estes são frequentes tipos de tumores benignos.^{28,85}

Artigos relatando valores numéricos citam prevalência de 6,6% de acrocórdons em idosos de ILP de Santos.² Artigo publicado por autores da Índia⁴³ mostrou prevalência de 74,5% entre idosos daquele país. Nossa pesquisa encontrou prevalência de 32,8%. Há estudo associando acrocórdons com Diabetes,⁷⁷ mas não foram encontrados outros artigos correlacionando com as comorbidades de nossa pesquisa.

A Dermatose papulosa nigra foi mais prevalente nas raças negra e parda e apresentou tendência para maior prevalência nos idosos que não tinham completado o nível fundamental e menor prevalência nos portadores de Osteoporose.

Artigo sobre características da pele negra⁷⁶ ressalta que a dermatose papulosa nigra acomete entre 35% e 77% dos negros, sendo que metade costuma apresentar história familiar. Acomete mais as mulheres e apresenta pico de incidência na sexta década. Comparando com os nossos resultados, prevalência de 32,4% e maior frequência nas raças negra e parda, existe concordância com o encontrado na literatura.

Das lesões Pré-malignas observadas nesta pesquisa, a mais prevalente foi a ceratose actínica. Casos isolados de corno cutâneo e de leucoplasia oral também foram observados. A ceratose actínica apresentou aumento de frequência linear de acordo com o aumento da faixa etária e foi mais prevalente na raça branca.

Estudo realizado em Cuba¹⁵⁴ destaca as mudanças no quadro epidemiológico após os 70 anos, com declínio da mortalidade por causas infecciosas e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Reforça também as mudanças que ocorrem na pele com o envelhecimento e a elevação da incidência do câncer de pele que pode ser evitado com o diagnóstico precoce das lesões pré-malignas. Para estes autores, o termo pré-maligno se aplica a todas as lesões de pele que após um tempo se transformam em um tumor maligno.

Este mesmo estudo¹⁵⁴ traz resultados de prevalência da ceratose actínica em idosos residentes em uma ILPI de Cuba, que foi de 19,3%. Em idosos institucionalizados do Rio de Janeiro⁹ sua frequência foi 16% e em Santos² foi de

10,6%. Comparando estes resultados com o nosso trabalho, obtivemos prevalência de 52,4% na ILPI.

Investigação com idosos de serviço de dermatologia (internação e ambulatório) e voluntários evidenciou prevalência de 46% de ceratose actínica nestes três grupos estudados.⁸ Estes dados corroboram nossa pesquisa que encontrou na amostra total prevalência de 46,5% de ceratose actínica.

Outro estudo¹⁵⁵ que fez cruzamento de dados entre presença de ceratose actínica e mortalidade por causas diversas informa que a presença de ceratose actínicas severas foi associada a um risco 45% maior para as mortalidades por doença cardiovascular, câncer e outras causas. Outros sinais de fotoenvelhecimento (telangiectasias e elastose solar) também apresentaram esta associação após análise estatística e eliminação de fatores de confusão. Nossa pesquisa não evidenciou esta associação com outras comorbidades.

Artigos diversos^{21,151,156} referem que a ceratose actínica é uma lesão pré maligna muito comum que ocorre em áreas corporais expostas ao sol e cuja frequência aumenta após os 40-45 anos, afetando cerca de 60% das pessoas de cor clara. Sabe-se que a ceratose acínica é precursora do Carcinoma Epidermóide e autores¹⁰⁴ fazem referência que pode ser fator de risco para o Carcinoma Basocelular e Melanoma Maligno. A importância do seu tratamento precoce justifica-se por estes motivos.^{84,156} Estes dados confirmam o encontrado em nosso estudo que evidenciou que a ceratose actínica foi mais prevalente na raça branca (78,9%) e que sua frequência aumentou de acordo com o aumento da idade dos idosos estudados.

A Leucoplasia, presente em 1,0% dos idosos deste estudo, encontra-se relacionada ao tabagismo e ao álcool. Não foram encontrados estudos de prevalência na população geriátrica, mas é referenciada como lesão pré-maligna.
28,104,151

Com relação às Lesões Malignas, o câncer de pele mais prevalente nesta pesquisa foi o carcinoma basocelular, seguido pelo carcinoma epidermóide e o melanoma maligno.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA),¹⁵⁷ o câncer de pele é o tipo de câncer mais frequente entre os humanos e corresponde a 25% de todos os cânceres registrados no Brasil.

Vários são os fatores de risco que predispõem ao desenvolvimento do Câncer de pele e, em geral, sua frequência aumenta com a idade.¹⁵⁸ Dentre os fatores de risco são apontados pele clara, olhos azuis, cabelos claros, exposição inadequada ao sol ou raios ultravioleta e história familiar de câncer de pele.^{120,151,159}

O carcinoma basocelular representa 75% dos cânceres de pele e costuma iniciar a partir das 5ª e 6ª décadas de vida, apesar de estar se manifestando em pessoas cada vez mais jovens.¹²⁰ Sua evolução é lenta, raramente provoca metástases e costuma manifestar-se no terço superior da face em 90% dos casos.¹⁶⁰ De acordo com a literatura é o tipo de Câncer de pele mais frequente, corroborando o encontrado em nosso estudo.

Estudo com idosos realizado por Campbell e colaboradores⁸ encontrou prevalência de 13,3% para o carcinoma basocelular e pesquisa realizada com idosos de uma ILPI em Santos² encontrou prevalência de 1,3%. Em nossa pesquisa, (4,8%) encontramos valor intermediário entre estes dois trabalhos.

O carcinoma epidermóide é o segundo tipo de câncer de pele mais comum, representa cerca de 20% das neoplasias malignas cutâneas. Costuma se iniciar em pacientes a partir da 5ª década de vida e se originar nas ceratoses actínicas. Pode evoluir com metástases. Nem todos os carcinomas de células escamosas se desenvolvem a partir de ceratoses actínicas, mas o risco de um carcinoma invasivo de células escamosas ao longo da vida em uma pessoa com ceratoses actínicas múltiplas pode ser significativo.¹⁵¹ Em nosso estudo também foi o segundo tipo mais prevalente.

O melanoma maligno é o tipo mais raro, cerca de 5% dos cânceres de pele, porém sua incidência está aumentando e, devido ao seu grande potencial de metastização, pode evoluir para óbito.¹⁵⁹ Foi o menos prevalente na nossa pesquisa, da mesma forma que o relatado na literatura.

Estudo com idosos de serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e voluntários saudáveis encontrou prevalência de melanoma de 0,6%.⁸ Nossos resultados encontraram valor de 0,3%.

O câncer de pele do tipo melanoma pode surgir *ab igne* ou a partir de um nevo melanocítico pré-existente, justificando o uso da dermatoscopia na avaliação de lesões cutâneas.¹⁶¹ Devido ao incremento do método dermatoscópico, o diagnóstico do melanoma tem sido feito cada vez mais nas fases iniciais, fato que tem melhorado a sobrevida dos pacientes com melanoma maligno.¹⁶¹ Outro método auxiliar diagnóstico, ainda não disponível no Rio Grande do Sul, é a microscopia confocal.¹⁶²

Apesar das várias modalidades de tratamento existentes,¹⁶³⁻¹⁶⁵ o melhor recurso ainda é a prevenção e a instituição do tratamento o mais precocemente após o diagnóstico. O tratamento precoce permite tanto economia para os sistemas de saúde,¹⁶⁶ quanto melhor qualidade de vida para o idoso.

A prevenção, através do uso de protetor solar, pode reduzir tanto o aparecimento de ceratoses actínicas quanto do carcinoma epidermóide, porém é controverso para a redução do melanoma.¹⁶⁷

Por outro lado, é assunto discutido na Geriatria Preventiva a importância da exposição solar para o metabolismo da vitamina D e do cálcio na prevenção da osteoporose. Sobre isto, conhecendo-se a importância da exposição solar adequada e uma dieta saudável com correta ingestão de cálcio e vitamina D, a recomendação vigente é prudência na exposição solar, pois a radiação ultravioleta, comprovadamente, desempenha importante papel na carcinogênese e é fator de risco para o câncer de pele.¹⁶⁸⁻¹⁷¹

Além do mais, pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia³⁸ sobre as causas mais frequentes de consulta dermatológica entre pessoas com 60 anos e 65 anos ou mais de idade, mostrou que as lesões pré-malignas e malignas foram os principais motivos referidos, indicando que o uso do protetor solar não pode ser negligenciado nem contraindicado.

Na nossa pesquisa, as alterações ungueais mais observadas foram estrias longitudinais, ausência de lúnula, onicólise, onicodistrofia, leuconíquia e melanoníquia. Menos prevalentes e observadas de forma isolada foram ceratose periungueal, hematoma subungueal, perioníquia, pterígeo ungueal, estrias horizontais, telangiectasias periungueal, unhas em pinça, em baqueta de tambor e unhas amarelas.

As estrias longirudinais ungueais foram mais prevalentes nos idosos da ILPI, no sexo masculino e na raça branca. Ficou evidente o aumento da frequência desta manifestação dermatológica de forma linear de acordo com o aumento da idade. Fazendo-se uma análise da associação de comorbidades como fator de risco para estrias longitudinais ungueais, houve tendência maior frequência na Cardiopatia.

Nascimento e Porto ⁹ observaram as estrias longitudinais em 30,6% dos idosos de uma instituição geriátrica. Já Campbell e colaboradores⁸ constataram a presença de estrias longitudinais em 64% dos idosos de um serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e em voluntários saudáveis. Os idosos do serviço de dermatologia apresentavam doenças sistêmicas associadas. Este último artigo corrobora nossos resultados de associação com doenças sistêmicas. Com relação à frequência, encontramos na SPAAN prevalência maior (91,2%) à que foi citada nos artigos.

No presente trabalho, a ausência de lúnula foi mais prevalente nos idosos da Internação, do sexo masculino, da raça negra e nos idosos com Pneumonia. Houve tendência para maior prevalência nos idosos com Demência incluindo Alzheimer, AVE e Outras doenças associadas.

Estudo realizado com idosos de serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e voluntários saudáveis ⁸ evidenciou prevalência de 84,6% de ausência de lúnula. Este mesmo estudo informou que os idosos do ambulatório e internação apresentavam doenças concomitantes, entre elas AVE, demência e várias outras (câncer, pneumonia, hipotireoidismo, HAS, DM).

Outros autores,⁹ estudando idosos em instituição geriátrica verificaram que 39,3% apresentavam ausência de lúnula. Neste artigo, também há relato de associação com doenças sistêmicas (AVE, câncer, HAS, DM, pneumopatia e outras). Comparando estes dados da literatura com os encontrados em nossa pesquisa, encontramos prevalência (56,9%) que fica entre os valores citados e fica corroborada a associação entre ausência de lúnula com outras doenças.

Já a onicodistrofia apresentou diminuição de sua frequência de acordo com o aumento do nível de escolaridade e maior prevalência nos idosos com Pneumonia. Houve ainda tendência para maior prevalência de onicodistrofia nos idosos com 80 anos ou mais.

Onicodistrofia pode traduzir manifestação de doenças sistêmicas,^{172,173} de outras dermatoses,¹⁷⁴ do próprio envelhecimento da pele e de seus anexos e de traumas. Além destas, pode ter causa tanto inflamatória¹⁷⁵ quanto infecciosa.^{176,177} Na nossa pesquisa observamos que houve diminuição da prevalência de acordo com o aumento da escolaridade, podendo-se inferir que profissões mais intelectualizadas, decorrentes da melhor escolaridade, contribuam para sua diminuição em função da diminuição de traumas de profissões mais braçais desempenhadas por quem tem menos estudo.

Dois artigos^{8,9} sobre prevalência de alterações dermatológicas em idosos relatam que a onicodistrofia pode ocorrer de 28% a 61,3% dos pesquisados. Estes artigos revelam dados de idosos de instituição geriátrica, serviço de dermatologia e voluntários saudáveis, com a particularidade de demonstrarem que havia comorbidades associadas. A prevalência encontrada em nosso estudo (37,7%) encontra-se na faixa de valores citadas nos artigos e também observamos associação com comorbidade.

Embora algumas distrofias ungueais sejam mais frequentes em determinadas faixas etárias, sua classificação é, por vezes, arbitrária. Caracteristicamente a lâmina ungueal do idoso modifica sua composição química, elevando o conteúdo de cálcio e diminuindo o de ferro. Por consequência a lâmina torna-se mais frágil, quebradiça e com sulcos mais profundos (estrias longitudinais) e pode ficar mais espessa (onicogrifose), contribuindo para a observação da onicodistrofia no idoso.^{136,178}

Neste estudo, a onicólise foi mais prevalente nos idosos da Internação e houve tendência para menor prevalência nos idosos do sexo feminino e da raça negra. Não foi constatada associação com nenhuma comorbidade associada.

A causa infecciosa para a onicólise é elevada,⁸⁵ mas a confirmação por exame micológico cultural é difícil, pois a positividade da cultura é baixa e ocorre em apenas 33% dos exames realizados. Além do mais, a onicólise pode ter tanto causa infecciosa quanto fazer parte do quadro de hipertireoidismo.¹⁷⁹

Outros autores relatam que as infecções fúngicas ungueais antigas e sem tratamento são bastante prevalentes.⁹⁸ Para estes autores a terapêutica antifúngica sistêmica ou tópica deve ser instituída tão logo se tenha o diagnóstico e sempre que

possível para prevenir dor local, dificuldade para se calçar, para deambular e alterações ungueais que possam contribuir para quedas no idoso.

Estudo realizado por Campbell e colaboradores⁸ demonstrou que a onicólise estava presente em 13,3% dos idosos pesquisados em um serviço de dermatologia e em um grupo de idosos voluntários e saudáveis. Em nosso trabalho, a onicólise foi observada em 38,7% dos idosos, valor superior ao citado na literatura. Entretanto, não foi evidente a associação com nenhuma comorbidade pesquisada.

Neste trabalho, a leuconíquia foi mais prevalente nos idosos da Internação, naqueles com 90 anos ou mais de idade e nos idosos com Demência e Outras Infecções que não pneumonia.

Para Leite⁹⁷ a leuconíquia pode sugerir tanto traumas locais antigos quanto infecções fúngicas sem tratamento e costuma ser bastante prevalente em idosos. Entretanto este autor não traz dados numéricos para que seja feita comparação com o achado de prevalência de 11,2% do presente estudo. Não foram feitos relatos de associação com comorbidades para que fosse possível comparar com nossa pesquisa.

A melanoníquia ocorre em 50% dos negros, sendo a freqüência e a intensidade da pigmentação relacionadas ao aumento da idade. Traumas ou irradiação solar podem ter papel etiológico.⁷⁶ Campbell e colaboradores⁸ relatam prevalência de 12% de melanoníquia entre os idosos. Em nossa pesquisa, encontramos prevalência de 7,1%, inferior à da literatura. Mas o correto diagnóstico desta manifestação dermatológica se faz necessário, pois é importante realizar o diagnóstico diferencial da melanoníquia com o melanoma ungueal.

Foi evidente nesta pesquisa o elevado percentual de acometimento ungueal nos idosos. Resultados como onicodistrofia, onicólise e leuconíquia sugerem a importância da realização de futuras pesquisas nos idosos, pois há todo um raciocínio e exercício diagnóstico a ser feito, inclusive com a necessidade de exame micológico complementar para esclarecimento das causas destas manifestações ungueais encontradas em nosso estudo.

Em relação às Alterações dos Pelos, foram observados neste estudo alopecia androgenética masculina, canície, hirsutismo, madarose supraciliar, alopecia

androgenética feminina e hipertricose das orelhas. Em menor frequência, rarefação dos pelos nos membros inferiores e hipertricose do nariz.

A alopecia androgenética masculina foi menos prevalente nos idosos da ILPI. Já a alopecia androgenética feminina aumentou sua frequência de acordo com o aumento das faixas etárias estudadas e foi mais prevalente nas idosas com AVE.

Diferentes autores ^{180,181} relatam que a alopecia androgenética é uma das formas mais comuns de queda de cabelo e algumas vezes considerada um sinal fisiológico do envelhecimento. Acrescentam os autores que não deve ser considerada apenas um problema estético, pois pode causar considerável desconforto e alteração na qualidade de vida de alguns pacientes. Destaca-se que além da predisposição genética outras causas podem estar envolvidas em sua gênese. ^{182,183}

Le Voci ¹⁸⁰ refere que cerca de 50% da população masculina acima dos 50 anos e 50% da população feminina acima dos 60 anos é afetada pela alopecia androgenética. Outra autora ¹⁸⁴ refere que 30% das mulheres na pós-menopausa apresentam recessão frontal ou frontoparietal da linha do cabelo, podendo, também, apresentar perda do cabelo como parte da alopecia androgenética padrão feminino.

Já estudo feito com idosos de ILPI ² encontrou a alopecia androgenética, não diferenciando se em homens ou mulheres, em 4,0% dos pesquisados. Autora chilena ⁸⁵ refere que a alopecia androgenética está presente entre homens e mulheres na proporção de 2:1.

Em nosso estudo, encontramos prevalência de 71,4% de alopecia androgenética masculina, mas nossa população estudada foi de idosos que apresentavam 60 anos ou mais. Já entre as mulheres observamos prevalência de 25,5% de alopecia androgenética.

A canície foi menos prevalente nos idosos da ILPI, do sexo feminino e com HAS. Porém foi mais prevalente nos idosos com Demência, AVE, Pneumonia, Insuficiência Renal e Câncer.

Quanto à canície, vários autores a citam como parte das alterações morfológicas da pele do idoso e que surgem como alterações estruturais nos cabelos que levam a sua despigmentação, mas não trazem dados de prevalência. ^{84,98,136}

Um estudo ⁸ com idosos de serviço de dermatologia (ambulatório e internação) e voluntários saudáveis refere a prevalência da canície como 86,6%. Este valor é mais alto do que o que encontramos em nossa pesquisa (45,5%), mas destacamos que 18,9% dos participantes da nossa pesquisa pintavam o cabelo. Este dado pode justificar esta discordância.

No presente estudo, o hirsutismo foi mais prevalente nas idosas com osteoporose e houve tendência a menor prevalência naquelas com Pneumonia.

O aumento da incidência do hirsutismo na mulher em menopausa pode ser explicado pela alteração no equilíbrio entre a produção de estrogênio e androstenediona. ¹⁸⁵ Estudos em idosos demonstraram que a prevalência do hirsutismo variou de 6,6% a 22,6%,^{2,9} números inferiores ao encontrado na nossa pesquisa (43,9%).

A hipertricose das orelhas foi mais prevalente nos idosos da Internação, no sexo masculino e nos idosos com AVE e Pneumonia. Ainda ficou evidente o aumento de sua frequência conforme o aumento da escolaridade.

Com relação à hipertricose das orelhas e do nariz, há referência de que no homem idoso, os pelos do conduto auditivo externo, lóbulos, pavilhões auriculares e fossas nasais aumentam em número e volume, mas não há dados numéricos sobre sua prevalência. ¹³⁶

Quanto à prevalência da hipertricose das orelhas foram encontrados dois artigos. Em idosos de instituição geriátrica a prevalência foi de 24,6%. ⁹ Em idosos de serviço de dermatologia e em voluntários saudáveis a prevalência também foi de 24,6%. ⁸ Estes dois artigos corroboram os resultados de nossa pesquisa que foi de 25,3%.

Neste trabalho, a madarose supraciliar foi mais prevalente nos idosos da internação, nos idosos com AVE e Pneumonia e aumentou sua frequência conforme o aumento das faixas etárias.

A madarose supraciliar, entretanto, não deve ser entendida apenas como sinônimo de envelhecimento cutâneo. Algumas doenças dermatológicas, de importante impacto na Saúde Coletiva brasileira, fazem diagnóstico diferencial com este achado. A Hanseníase costuma apresentar madarose supraciliar que se inicia pela porção lateral da sobrancelha. ¹⁸⁶ A Sífilis secundária também pode apresentar

madarose supraciliar de aspecto mais difuso¹⁸⁷ e uma vez que as Doenças Sexualmente Transmissíveis estão aumentando entre os idosos, esta manifestação remete a importante diagnóstico diferencial na população geriátrica.

Outro aspecto a ser considerado além de causas sistêmicas e infecciosas na população idosa, é o fato de um grande número de medicações terem potencial de causar alopecia.¹⁸⁸ Em nossa pesquisa constatamos que 94,2% dos idosos utilizam algum tipo de medicação, com média de 4,4 medicamentos usados por idoso, sendo que foi referenciado o uso de até 16 remédios. Medicações que fazem parte do cotidiano dos idosos, tais como, betabloqueadores, inibidores da ECA, anticonvulsivantes, antidepressivos, anticoagulantes e antipsicóticos podem induzir alopecia de causa medicamentosa.

Um autor⁹⁸ cita a diminuição de pelos nos membros inferiores, também observada em nossa pesquisa, como decorrência da perda de folículos pilosos nesta região.

Por fim, alterações dos pelos ainda podem ser causadas por deficiências nutricionais, má absorção e alterações hormonais¹⁸⁹, que costumam estar presentes em maior frequência nos idosos. Alterações hormonais surgem pelo próprio processo de envelhecimento e na mulher idosa em decorrência da menopausa.¹⁸⁴ Já alterações nutricionais no idoso são determinadas por fatores como mudanças orgânicas, sensoriais (paladar e olfato, principalmente), presença de doenças, condições da saúde bucal, situação socioeconômica e psicológica.¹⁹⁰

Nesta pesquisa, no grupo das Outras Manifestações dermatológicas, ainda foram observadas xerose cutânea, dermatite ocre, comedão, cisto de millium, cicatrizes que não-cicatriz estelar e vitiligo.

No presente estudo, a xerose apresentou tendência a ser menos prevalente nos idosos do Ambulatório e nos idosos com DPOC.

A xerose cutânea, observada em 70,8% dos idosos deste estudo, pode surgir em decorrência do envelhecimento cutâneo, de hábitos de higiene, como efeito adverso de medicações e como sinalizador de doenças sistêmicas, principalmente as neoplásicas.

Segundo dados da literatura,⁸⁴ 10 a 50% do prurido é secundário a doenças sistêmicas, podendo ter causas renais, hepáticas, endócrinas ou neoplásicas. No

nosso estudo, não foi evidenciada nenhuma associação significativa com as comorbidades que os idosos apresentavam, porém merece lembrança o fato de que 94,6% dos idosos pesquisados apresentavam alguma comorbidade associada,

Dados da literatura sobre a xerose em idosos relatam, além das causas anteriores, a história de dermatite atópica prévia e de pele seca.¹⁹¹ Estes autores encontraram prevalência de 55,6% entre os idosos que participaram de um estudo francês e fazem referência de estudos epidemiológicos conduzidos em “nursing home cares” em que a prevalência da xerose variou de 30 a 75%, corroborando o encontrado em nosso estudo.

Artigo² sobre avaliação de 150 idosos de ILPI apresenta prevalência de 14,6% de xerose cutânea. Já em idosos de outra instituição geriátrica⁹ a prevalência da xerose foi 59,3%. Estudo chileno⁸⁵ refere que a xerose é a dermatose mais frequentemente observada, estando presente em 64% dos idosos. Campbell e colaboradores⁸ referem a xerose em 52,6% dos idosos de serviço de dermatologia e em idosos saudáveis. Estes artigos relatam prevalência inferior à observada em nossa pesquisa.

Outros estudos^{84,97,110,192} apenas referem que a xerose é a dermatose mais comum encontrada em idosos e também a causa mais frequente de prurido neste segmento da população. Um artigo⁹⁹ destaca a xerose em membros inferiores como muito comum em idosos. Estes dados de literatura reforçam a elevada frequência de xerose (70,8%) observada no presente trabalho.

Nesta pesquisa, a dermatite ocre foi mais prevalente nos idosos do Ambulatório, no sexo masculino, com HAS e aumentou sua frequência conforme o aumento das faixas etárias. A dermatite ocre, presente em 36,9% dos idosos desta pesquisa, é referida por outros autores^{97,104,110} como prevalente nos idosos, tendo como causa o depósito de hemosiderna que surge em decorrência do aumento de pressão venosa nos membros inferiores. Porém, não foram encontrados resultados numéricos para comparar com nosso estudo. A HAS dificulta o retorno venoso, colaborando para a instalação de dermatite ocre.

Neste trabalho, o comedão foi menos prevalente nos idosos da Internação e naqueles com Outras Infecções que não pneumonia. Porém foi mais prevalente nos idosos com Artrose.

Talvez esta constatação de menor prevalência em idoso com Infecções possa ser explicada pelo fato de que vários antibióticos apresentam atividade antiinflamatória para a glândula sebácea, podendo diminuir a chance de comedão nos idosos pesquisados. A maior prevalência naqueles com Artrose pode ser devido a medicação esteroide utilizada para o tratamento de alguns casos.

Diferente artigos ^{21,23,27} referem a presença de comedões nos idosos como lesões características de fotoenvelhecimento. Entretanto, estes artigos não trazem dados numéricos sobre sua prevalência para que fosse possível fazer comparações com nossos resultados.

No presente estudo, o cisto de millium foi menos prevalente nos idosos da ILPI e mais prevalente nos da raça branca, com AVE e DPOC. Apenas um artigo ² evidenciou a prevalência de 6,6% de cisto de millium em idoso de ILPI, valor um pouco mais alto do que os 4,9% encontrados na SPAAN.

Nesta pesquisa, a cicatriz que não cicatriz estelar foi mais prevalente nos idosos do sexo masculino, na faixa etária dos 60-69 anos e naqueles que haviam completado o ensino fundamental e ensino médio. Foram observadas cicatrizes quelóides e pós-acne.

A prevalência de vitiligo (2,2%) neste estudo corresponde ao encontrado na população em geral por Machado ¹⁹³ que cita o vitiligo acometendo de 1% a 2% da população mundial. Já Taïeb e Picardo ¹⁹⁴ referem que a prevalência do vitiligo é estimada em menos do que 0,5% de prevalência na população. Entretanto, estes autores não fazem referência específica do vitiligo em idosos.

Por fim, outras manifestações dermatológicas foram observadas isoladamente nesta pesquisa, tais como, *Acantose nigricante*, acne, *Bullose diabetorum*, cisto mixóide, contratura de Dupuytren, *Dermatite neglecta*, dermatoesclerose, efélides, escoriações, farmacodermia, granuloma de corpo estranho, granuloma piogênico, hemangioma, lago venoso, mama extranumerária, livedo, poroma écrino, queimadura térmica, Sinal de Léser Trélat, tatuagem, xantelasma e xerodermia ictiosiforme.

A *Acantose nigricante*, lesão hiperocrômica de aspecto aveludado encontrada em dobras naturais da pele, pode ter relação com obesidade, diabetes e neoplasias.

A *Bullose diabeticorum* pode ser encontrada em pacientes com diabetes ^{52,77} e em nossa pesquisa foi encontrada em idoso da Internação. Pacientes com diabetes também podem apresentar, ainda xantelasma e granuloma anular que verificamos nos idosos participantes deste estudo.

A *Dermatite neglecta* ¹⁹⁵ pode ser indicativa da condição de higiene do idoso e também refletir a situação de cuidado ou abandono do mesmo, caso seja institucionalizado ou apresente perda de autonomia.

As reações adversas a fármacos na pele (farmacodermias) podem ocorrer em maior frequência no idoso, tendo em vista a polifarmácia que utilizam e alterações metabólicas próprias da idade. ^{78,79} Em nossa pesquisa, constatamos dois casos de alergia à amoxicilina com clavulanato em pacientes da Internação Geriátrica e recordamos que a média foi de 4,4 medicamentos usados por idoso, sendo que alguns utilizavam até 16 remédios.

O Sinal de Léser-Trélat, que se caracteriza pelo surgimento súbito de várias ceratoses seborreicas, pode surgir como manifestação de doença maligna interna. ^{53, 54} Este achado foi encontrado em paciente feminina do Ambulatório que estava em investigação de emagrecimento e neoplasia.

A xerodermia ictiosiforme, quando adquirida, pode ser secundária a doenças malignas internas, desordens nutricionais e terapia medicamentosa. ¹⁹² No idoso, quando do surgimento de lesão iciosiforme, estas causas merecem investigação, devido à elevada prevalência de neoplasias neste grupo etário.

Várias foram as manifestações cutâneas observadas nesta pesquisa. Embora a distribuição de algumas delas tenham apresentado diferenças nos três *loci* estudados (ILPI, Ambulatório de Geriatria e Internação geriátrica), há autores⁹⁶ que referem que a distribuição das doenças cutâneas é similar entre pacientes idosos de serviços de geriatria e de dermatologia. Outros ⁸ referem que a distribuição de dermatoses não apresenta diferença quando se comparam idosos de um serviço de dermatologia e idosos saudáveis, à exceção da frequência de neoplasias cutâneas malignas que é mais prevalente em idosos que frequentam serviços de dermatologia.

7 CONCLUSÕES

As várias manifestações dermatológicas observadas nesta pesquisa reforçam a necessidade de se olhar a pele como um importante órgão do corpo humano que necessita avaliação cuidadosa durante o atendimento integral ao idoso. Além do mais, as alterações cutâneas tanto podem acontecer de forma isolada quanto associadas a outras doenças internas.

A presença de doenças associadas nos participantes deste estudo reforça a importância e a necessidade de que os profissionais de saúde estejam aptos a reconhecer os sinais cutâneos das doenças sistêmicas tão frequentes no idoso.

A constatação do uso de vários medicamentos pelos idosos chama atenção para o elevado risco de reações cutâneas adversas a drogas ao qual a população idosa pode estar exposta. A polifarmácia além de ser um dos fatores que aumentam este risco, ainda pode interferir na adesão ao tratamento e na qualidade de vida do idoso.

A ceratose seborreica, presente em 75% dos participantes desta pesquisa, é manifestação cutânea benigna e frequente no idoso. Entretanto, quando ocorre o surgimento súbito de múltiplas destas lesões, pode ser indicativa de neoplasia interna a ser investigada, sobretudo o adenocarcinoma abominal. Nestes casos, pode ser considerada manifestação paraneoplásica e é conhecida como Sinal de Léser-Trélat. A diferenciação entre lesões isoladas e benignas, daquelas sugestivas de paraneoplasia se faz necessária para o correto manejo e condução do caso.

A presença de calos e calosidades plantares, alterações comuns que afetam a população geriátrica, foram observadas em 12,8% e 14,7% dos pesquisados, respectivamente. Estas lesões podem se manifestar sobre eminências ósseas, áreas de atrito e de apoio plantar, contribuindo para alteração da marcha, devido à dor, para o desequilíbrio e para o risco aumentado de quedas. Logo, o manejo destas manifestações se faz necessário tanto para prevenção de quedas quanto

para prevenção de úlceras plantares que podem surgir como complicação dos calos e das calosidades.

O eczema seborreico, observado em 22,4% dos sujeitos deste estudo, costuma ser mais prevalente em idosos e em pacientes psiquiátricos, neurológicos e portadores no vírus da imunodeficiência humana (HIV). Em nossa pesquisa foi mais prevalente naqueles idosos com Demência e o conhecimento desta associação possibilita a prevenção de sua manifestação neste grupo.

As manifestações de fotoenvelhecimento observadas nesta pesquisa podem ser prevenidas e manejadas com medidas simples de proteção solar. O uso de fotoprotetores, de roupas adequadas e respeito aos horários de exposição solar com certeza contribuirão para a redução não só destas manifestações, mas também das fotodermatoses, doenças pré-malignas e malignas observadas nos idosos. Ainda com relação as manifestações de envelhecimento extrínseco, sabe-se que outros fatores ambientais, tais como álcool e tabagismo, também participam do processo e devem ser divulgados e orientados à comunidade em geral e aos profissionais de saúde.

A púrpura, presente em 38,1% dos idosos pesquisados, pode ocorrer devido ao envelhecimento cutâneo e como efeito adverso medicamentoso, principalmente das drogas anticoagulantes. Mas, além destas causas, sua presença na pele pode ser reveladora da suspeita de maus tratos ao idoso, dependendo de sua localização topográfica.

Dos muitos resultados evidenciados neste trabalho, chamou atenção o significativo acometimento das unhas (onicólise, onicodistrofia e leuconíquia) na faixa etária acima dos 60 anos. Sabe-se que, além do próprio envelhecimento cutâneo, outras causas possíveis são traumas, processos inflamatórios e infecciosos. A elevada prevalência de acometimento ungueal em nosso trabalho evidencia a necessidade de novos estudos envolvendo a pesquisa de fungos através da realização de exame micológico direto e cultural, pois a prevalência de onicomicoses nos idosos pode ser elevada. Já a melanoníquia, menos prevalente nesta pesquisa, remete ao importante diagnóstico diferencial com o melanoma ungueal.

A elevada frequência do intertrigo dos pododáctilos, que pode ser porta da entrada para infecções estreptocócicas e estafilocócicas, com consequente instalação de erisipela e risco de processos trombóticos nos membros inferiores, remete para a necessidade de incluir a inspeção cuidadosa dos pés do idoso como rotina na avaliação geriátrica ampla. Acrescenta-se, ainda a sugestão para a realização de novas pesquisas para identificar sua causa, pois pode ser decorrente tanto de processos inflamatórios quanto infecciosos. Em nosso trabalho houve significativa associação com o Diabetes, da mesma forma que o evidenciado pela literatura, reforçando a importância do autocuidado com o pé diabético.

A foliculite, presente em 11,2% dos idosos deste estudo, apresentou prevalência superior aos dados encontrados na literatura e novas pesquisas para apurar as causas para esta discordância se fazem necessárias.

As alterações pilosas do tipo hirsutismo e canície, presentes em quase metade das idosas, e a alopecia androgenética feminina, em 25% das pesquisadas, podem representar importante impacto social na vida de relação das mulheres. Logo, seu manejo não teria propósito apenas estético mas também contribuiria para a manutenção da auto-estima em suas portadoras.

A madarose supraciliar, presente em quase metade dos idosos desta pesquisa, pode ser manifestação própria do envelhecimento cutâneo. Mas também pode ser sintoma de Hanseníase e de Sífilis, dermatoses importantes no contexto da Saúde Coletiva brasileira que necessitam de diagnóstico preciso e tratamento adequado com a finalidade de interromper a cadeia de transmissão destas doenças e evitar a instalação de sequelas.

A xerose, consequente ao envelhecimento cutâneo cronológico, ao fotodano, a alterações hormonais e hábitos inadequados de banho, pode ser manejada com medidas simples de hidratação cutânea e adequação de hábitos do idoso. A xerose pode também ser agravada por medicações diuréticas e antilipídêmicas que compõem a polifarmácia comum neste segmento populacional. O correto manejo da xerose no idoso, permitindo a prevenção do prurido, contribui para sua melhor qualidade de vida e também para a prevenção de outras dermatoses.

A dermatite ocre, constatada em 36,9% dos pesquisados, reflete as alterações vasculares que podem acometer o idoso e a necessidade do manejo interdisciplinar deste grupo etário.

A alta taxa de prevalência de dermatoses pré-neoplásicas neste trabalho, manifestada principalmente pela frequência de 46,5% de idosos com ceratoses actínicas, reforçam a necessidade da Geriatria Preventiva, no seu sentido mais amplo. Acrescento que o fato desta pesquisa abordar as manifestações dermatológicas prevalentes no idoso não significa que a inserção da Dermatologia deva ser apenas curativa na população com mais de 60 anos. Sugere-se um trabalho a ser desenvolvido em que seja feita a “Dermatologia Preventiva” desde o início da infância, através da adoção de medidas de proteção solar.

A hiperplasia sebácea, lesão benigna e sem potencial carcinogênico, faz importante diagnóstico diferencial com o Carcinoma Basocelular e pode confundir até os mais experientes dermatologistas. Existe o risco de superestimar a hiperplasia sebácea e de subdiagnosticar o carcinoma basocelular e o seu correto diagnóstico leva à escolha da terapêutica adequada. Outro aspecto que merece destaque foi sua significativa associação com Câncer constatada em nosso estudo. Neste contexto, futuras pesquisas se fazem necessárias para investigar se a hiperplasia sebácea poderia ser manifestação cutânea do tipo efeito adverso dos antineoplásicos ou se seria manifestação paraneoplásica por si.

Frente ao exposto, faz-se necessário que os dermatologistas e demais profissionais de saúde que prestam atendimento ao idoso estejam preparados para cuidar da população geriátrica no futuro. É necessário fazer prevenção e orientar o manejo das manifestações dermatológicas presentes no idoso.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É difícil determinar a real frequência das doenças cutâneas na população geriátrica, pois nem sempre é possível diferenciar o que é fisiológico daquilo que é patológico. Por isso, nesta pesquisa preferimos usar o termo manifestações dermatológicas ao invés de dermatoses, para que fosse possível abranger todos os aspectos da pele do idoso, tanto os fisiológicos, quanto os patológicos. Além do mais, não existem doenças exclusivas do idoso ou da idade senil, embora sejam observadas com maior frequência algumas de natureza distrófica, degenerativa e neoplásica e em menor frequência as infecciosas e alérgicas.

Comentário pertinente diz respeito ao fato de que os poucos trabalhos que existem sobre prevalência de alterações dermatológicas no idoso não oferecem detalhamento de sua frequência em termos numéricos da maneira como fizemos nesta pesquisa, impossibilitando, em alguns casos, comparação precisa com os achados de outros autores. A maioria dos trabalhos cita as dermatoses e alterações cutâneas como frequentes e comuns ou infrequentes e incomuns. Sob este aspecto esta pesquisa pode ser considerada inédita.

Tendo em vista que várias manifestações dermatológicas observadas neste estudo podem ser prevenidas, faz-se necessário, envolvendo todo o processo de Educação em Saúde, desenvolver atividades preventivas das dermatoses geriátricas, que, por vezes, devem ser iniciadas ainda na infância. Capacitar profissionais de saúde, promover campanhas educativas junto à população e compartilhar informações científicas com nossos pacientes, seus familiares e cuidadores, lembrando-se de respeitar seus saberes prévios e utilizar linguagem acessível à compreensão dos mesmos, são algumas medidas facilitadoras deste processo promotor da saúde.

A divulgação para a comunidade científica das manifestações dermatológicas observadas nesta pesquisa pode contribuir para uma melhor qualidade de vida do idoso e para o envelhecimento bem sucedido. A inclusão do tema Dermatologia

Geriátrica em eventos científicos e periódicos das especialidades da Geriatria e da Dermatologia pode ser uma opção para esta meta.

Desenvolver rotinas de avaliação da pele do idoso e proporcionar medidas terapêuticas próprias para esta faixa etária também são sugestões que ficam para futuras pesquisas. Características próprias da pele geriátrica decorrentes do envelhecimento cutâneo, doenças associadas, medicações em uso e presença ou não de autonomia e de independência por parte do idoso podem contribuir e nortear as terapêuticas mais apropriadas.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável o principal objetivo. A partir dos resultados desta pesquisa é possível sensibilizar gestores e traçar ações políticas para que o cuidado da pele dos idosos faça parte do atendimento integral a sua saúde. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa em que o cuidado à pele esteja presente.

A partir da constatação das diferentes manifestações dermatológicas nos idosos institucionalizados da SPAAN, foi dado início ao processo para que a Equipe de Dermatologia do HSL da PUCRS iniciasse campo de estágio na Instituição para que seus especializandos mantivessem atendimento continuado aos idosos. Este dado reforça a aplicabilidade desta pesquisa e o retorno de ações concretas para a SPAAN.

Gostaria, também, de comentar a interação respeitosa entre as equipes dos três serviços participantes com esta pesquisadora, refletindo a importância do trabalho interdisciplinar, cujo maior objetivo, neste caso, é o atendimento integral ao idoso. Além da acolhida por parte de todas as equipes locais, houve momentos de discussão de casos clínicos e compartilhamento de saberes científico.

Destaco, ainda, a necessidade expressada pelos participantes desta pesquisa de terem acompanhamento dermatológico como parte essencial do atendimento ao idoso. Todos os participantes deste trabalho, bem como seus familiares e cuidadores que estavam presente no momento da avaliação dermatológica,

destacaram a importância do exame dermatológico e agradeceram a oportunidade de terem participado do estudo.

Tendo em vista as manifestações de interesse pela avaliação dermatológica e a quantidade de manifestações dermatológicas encontradas nos sujeitos desta pesquisa, recomendamos que novos estudos sejam feitos com este enfoque dermatológico no contexto da Geriatria. Talvez possa ser sugerida a participação do dermatologista na equipe interdisciplinar que presta atendimento ao idoso.

Finalizando, esta pesquisa não tem, de modo algum, a pretensão de esgotar o assunto, mas sim de abordar de, modo pioneiro em nosso meio, os diferentes aspectos das manifestações dermatológicas em idosos de Porto Alegre e reforçar a necessidade de cuidados que este órgão precisa sob a logística do atendimento integral à saúde do idoso.

Por último, acrescento que o entendimento das alterações cutâneas e dermatoses do idoso permitem não apenas ações terapêuticas e curativas para esta população, mas, também, permite que sejam traçadas medidas preventivas desde os segmentos populacionais mais jovens, pois:

“O público que é tratado pela Geriatria não é apenas o idoso. É a criança, o adolescente, o adulto jovem que amanhã será um idoso, é o familiar do idoso, é todo aquele que deseja atingir a velhice com boa saúde e com qualidade de vida... Sabemos que quanto mais precoces forem os cuidados de ordem preventiva melhores serão os resultados.”

(Yukio Moriguchi, prefácio, Terra. 2005, p. 9-10)

REFERÊNCIAS

1. Netto MP. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.2-12.
2. Dinato SLM, Oliva R, Dinato MM, Macedo-Soares A, Bernardo WM. Prevalência de dermatoses em idosos residentes em instituição de longa permanência. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(6):543-7.
3. Chaimowicz F. Tomada de decisão em geriatria. In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p.149-55.
4. Nascimento LV. Dermatologia geriátrica? An Bras Dermatol. 2001; 76(6):649-52.
5. Sittart JAS, Zanardi FHT. Prevalência das dermatoses em pacientes da 4ª idade. Rev Soc Bras Clin Med. 2008;6(4):125-9.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [site na Internet].[acesso 2012 jan 3]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/index.php>
7. Carneiro G. História da dermatologia no Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2002.
8. Campbell GAM, Guimarães RM, Caldas G, Motta JOC. A pele do idoso: a propósito de 150 observações. An Bras Dermatol. 1995;70(6):511-4.
9. Nascimento LV, Porto JA. Incidência de dermatoses em idosos. An Bras Dermatol. 1990;65(3):135-7.
10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v.12)
11. Duarte JE, Melo RV, Azevedo RS. Cuidando do cuidador. In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p.371.
12. Andrade CF, Andrade MEF. Geriatria clínica e preventiva. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. Dermatologia estética. São Paulo: Atheneu; 2004. p.72-6.
13. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Caderno de Atenção Básica nº19; Série A. Normas e Manuais Técnicos)

14. Pereira AMVB, Schneider RH, Schwanke CHA. Geriatria, uma especialidade centenária. *Sci Med*. 2009;19(4):154-61.
15. Peryassú MA. *Biologia do envelhecimento* [monografia na Internet] 2001 [acesso 2012 jan 11]. Disponível em: <http://www.ipele.com.br/livro/>
16. Freitas PM, Machado DC. Teorias do envelhecimento. In: Schwanke CHA, Gomes I, Pedro REL, Schneider RH, Lindôso ZCL, organizadores. *Atualizações em geriatria e gerontologia II: abordagem multidimensional e interdisciplinar*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009. p.106-11.
17. Moriguchi Y, Nascimento NMR. Geriatria preventiva. In: Schneider RH, Schwanke CHA, organizadores. *Atualizações em geriatria e gerontologia: da pesquisa básica à prática clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008. p.87-102.
18. Moriguchi Y, Jeckel Neto EA. Pele. In: *Biologia geriátrica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. p.12-5.
19. Krämer U, Schikowski T. Alterações demográficas recentes e suas conseqüências para a dermatologia. In: Gilchrest BA, Krutmann J, editoras. *Envelhecimento cutâneo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.1-11.
20. Porto JA, Nascimento LV. Senescência cutânea. *An Bras Dermatol*. 1990;65(3):111-2.
21. Araújo MG, Aguilar CR. Principais alterações dermatológicas no idoso. In: Moraes EN. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p.583-93.
22. Barrios MM. *Dermatologia geriátrica*. [monografia na Internet] [acesso 2012 jun 6]. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1748/dermatologia_geriatrica.htm
23. Brandão AR, Brandão TCR. Envelhecimento cutâneo. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1049-55.
24. Nascimento LV. Envelhecimento cutâneo. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.708-11.
25. 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. *An Bras Dermatol*. 1998;73(6):523-30.
26. Suehara LY, Simone K, Maia M. Avaliação do envelhecimento facial relacionado ao tabagismo. *An Bras Dermatol*. 2006;81(1):34-9.
27. Makrantonaki E, Zouboulis CC. Skin alterations and disease in advanced age. *Drug Discov Today Dis Mech*. 2008;5(2):e153-62.
28. Sampaio SAP, Rivitti EA. Alterações na pele do idoso. In: Sampaio SAP, Rivitti EA, editores. *Dermatologia*. 3ª.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.1313-22.
29. Silva IM. Senilidade cutânea. In: *Acne, alopecias e senilidade cutânea em cosmética dermatológica*. Porto Alegre: Kosmos; 1977. p.131-63.

30. Jenkins G. Molecular mechanisms of skin ageing. *Mech Ageing Dev.* 2002;123(7):801-10.
31. Oriá RB, Ferreira FVA, Santana EN, Fernandes MR, Brito GAC. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. *An Bras Dermatol.* 2003;78(4):425-34.
32. Vieira FNM. Mecanismos moleculares do envelhecimento cutâneo: dos cromossomos às rugas. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
33. Bagatin E. Mecanismos do envelhecimento cutâneo e o papel dos cosmeceúticos. *Rev Bras Med.* 2009;66(ed. especial):5-11.
34. Costa A. Hidratação cutânea. *Rev Bras Med.* 2009;66(ed. especial):15-21.
35. Hofmeister HA, Miki C, Nunes LR, Pereira GC, Azulay RD. Ácido glicólico no envelhecimento cutâneo. *An Bras Dermatol.* 1996;71(1):7-11.
36. Kede MPV. Abordagem terapêutica. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.55-72.
37. Reinoso YD, Mendonça IRSM, Azulay DR, Hofmeister HA, Azulay RD. Envelhecimento cutâneo extrínseco: tratamento com tretinoína. *An Bras Dermatol.* 1993;68(1):3-6.
38. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. *An Bras Dermatol.* 2006;81(6):549-58.
39. Polat M, Yalçın B, Calişkan D, Alli N. Complete dermatological examination in the elderly: an exploratory study from an outpatient clinic in Turkey. *Gerontology.* 2009;55(1):58-63.
40. Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Oztaş P, Hayran M, Alli N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol.* 2006;45(6):672-6.
41. Kohl E, Steinbauer J, Landthaler M, Szeimies RM. Skin ageing. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25(8):873-84.
42. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10(2):73-86.
43. Grover S, Narasimhalu CR. A clinical study of skin changes in geriatric population. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009;75(3):305-6.
44. Asakura K, Nishiwaki Y, Milojevic A, Michikawa T, Kikuchi Y, Nakano M, et al. Lifestyle factors and visible skin aging in a population of Japanese elders. *J Epidemiol.* 2009;19(5):251-9.
45. Souissi A, Zeglaoui F, El Fekih N, Fazaa B, Zouari B, Kamoun MR. Skin diseases in the elderly: a multicentre Tunisian study [abstract]. *Ann Dermatol Venereol.* 2006;133(3):231-4.
46. Syrigos KN, Tzannou I, Katirtzoglou N, Georgiou E. Skin cancer in the elderly. *In Vivo.* 2005;19(3):643-52.
47. Khaled A, Ben Mbarek L, Zeglaoui F, Ezzine N, Fazaa B, Kamoun MR. Epidemiologic study of cutaneous cancers in aged persons [abstract]. *Tunis Med.* 2008;86(10):895-8.

48. Estrella RR, Estrella E. Doenças cutâneas de origem pulmonar, cardíaca, gastrointestinal e renal. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.1137-50.
49. Beltrame V, Orso ZA, Gomes I. Doenças crônicas e envelhecimento. In: Schwanke CHA, Gomes I, Pedro REL, Schneider RH, Lindôso ZCL, organizadores. Atualizações em geriatria e gerontologia II: abordagem multidimensional e interdisciplinar. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009. p.96-105.
50. Roselino AMF. Doenças de origem metabólica e nutricional. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.1091-110.
51. Alchorne MMA, Pimentel DRN. Doenças de origem endócrina. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.1111-35.
52. Jelinek JE. Dermatoses reported to be more frequent in Diabetes. In: The skin in diabetes. Philadelphia: Lea & Febiger; 1986. p.175-202.
53. Azulay-Abulafia L. Paraneoplasias. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.1207-15.
54. Azulay-Abulafia L, Azulay MM, Azulay DR, Azulay RD. Manifestações cutâneas reveladoras de neoplasia. In: Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.575-80.
55. Trentin CSN, Werlang MC, Gomes I. Adesão ao tratamento farmacológico e riscos da automedicação. In: Schwanke CHA, Gomes I, Pedro REL, Schneider RH, Lindôso ZCL, organizadores. Atualizações em geriatria e gerontologia II: abordagem multidimensional e interdisciplinar. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009. p.73-8.
56. Azulay DR, Azulay RD. Farmacodermias. In: Dermatologia. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.472-82.
57. Pinto JMN, Issa MCA. Erupções por drogas. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.483-94.
58. Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Maurício HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. Ciên Saúde Coletiva [periódico na Internet] 2009 [acesso 2009 jun 6]:14(supl 1):1579-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800031
59. Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados. Relatório social 2009. Porto Alegre; 2009. p.6.
60. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica [site na Internet]. [acesso 2012 jun 6]. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/iggppg/geronbio/>
61. Souza ACA, organizador. Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS: o berço da geriatria acadêmica no Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.

62. Pires MC, Cestari SCP. Definição e epidemiologia. In: Dermatite atópica. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2005, p.15-26.
63. Nascimento LV. Técnicas semióticas de avaliação do envelhecimento cutâneo. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. Dermatologia estética. São Paulo: Atheneu; 2004. p.49-50.
64. Werner B. Biópsia de pele e seu estudo histológico. Por quê? Para quê? Como? Parte I. An Bras Dermatol. 2009;84(4):391-5.
65. Werner B. Biópsia de pele e seu estudo histológico. Por quê? Para quê? Como? Parte II. An Bras Dermatol. 2009;84(5):507-13.
66. Manela-Azulay M, Cuzzi T, Pinheiro JCA, Azulay DR, Rangel GB. Métodos objetivos para análise de estudos em dermatologia cosmética. An Bras Dermatol. 2010;85(1):65-71.
67. O software estatístico SPSS: Statistic Package for Social Sciences. Semioblog: blog do Grupo de Estudos em semiologia médica (GESME). João Pessoa: UFPB. 26 out. 2009 [acesso 2012 jun 3]. Disponível em: <http://semiologiamedica.blogspot.com.br/2009/10/o-spss-statistical-package-for-social.html>
68. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos – Resolução 240/97. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
69. Goldim JR. Pesquisa em idosos [texto na Internet] atualizado em 29/07/2000 [capturado 2009 mar 25]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/pesqid.htm>
70. Goldim JR. Bioética e envelhecimento [texto na Internet] atualizado em 14/03/2004 [capturado 2009 mar 25]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/velho.htm>
71. Clotet J, Goldim JR, Francisconi CF. Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.
72. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cañado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.88-105.
73. Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: Cortelletti IA, Casara MB, Herédia VBM, organizadoras. Idoso asilado: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: EDUCS/EDIPUCRS; 2004. p.13-60.
74. Groenwald R. Idosos asilados no município de Canoas. In: Cortelletti IA, Casara MB, Herédia VBM, organizadoras. Idoso asilado: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: EDUCS/EDIPUCRS; 2004. p.117-33.
75. Chopra A. Skin diseases in the elderly. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 1999;65(5):245-6.
76. Alchorne MMA, Abreu MAMM. Dermatologia na pele negra. An Bras Dermatol. 2008;83(1):7-20.

77. Minelli L, Nonino AB, Salmazo JC, Neme L, Marcondes M. Diabetes mellitus e afecções cutâneas. *An Bras Dermatol*. 2003;78(6):735-47.
78. Lee A. Skin manifestations of systemic disease. *Aust Fam Physician*. 2009;38(7):498-505.
79. Morrone FB, De Carli GA. Atenção farmacêutica ao paciente idoso In: Schneider RH, Schwanke CHA, organizadores. *Atualizações em geriatria e gerontologia: da pesquisa básica à prática clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008.p.137-50.
80. Criado PR, Criado RFJ. Farmacodermias. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.215-27.
81. Tayah M. Reações cutâneas adversas às drogas. In: Sittart JA, Pires MC, editores. *Dermatologia para o clínico*. 2ª.ed. São Paulo: Lemos- Editorial; 1998. p.151-61.
82. Wollina U. Geriatric dermatology. *Clin Dermatol*. 2011;29(1):1-2.
83. Silveiras MRC, Abbade LPF, Lavesso M, Gonçalves TM, Abbade JF. Reações cutâneas desencadeadas por drogas. *An Bras Dermatol*. 2008;83(3):227-32.
84. Pérez-Cotapos ML. Enfermedades de la piel. In: Brizzolara S, Carrasco VH, Fuentes P, Girossman M, Molina JC. *Compêndio de geriatria clínica*. [acesso 2009 jul 1]. Disponível em www.labomed.cl/enfer.htm+der
85. Soto-Paredes R. Dermatología geriátrica. *Bol Esc Med*. 2000;29(1/2):64-7.
86. Lazzarini R, Duarte I, Braga JCT, Ligabue SL. Dermatite alérgica de contato a medicamentos de uso tópico: uma análise descritiva. *An Bras Dermatol*. 2009;84(1):30-4.
87. Criado PR, Criado RFJ, Vasconcellos C, Ramos RO, Gonçalves AC. Reações cutâneas graves adversas a drogas – aspectos relevantes ao diagnóstico e ao tratamento – Parte I – Anafilaxia e reações anafilactóides, eritrodermias e o espectro clínico da síndrome de Stevens-Johnson & necrólise epidérmica tóxica (Doença de Lyell). *An Bras Dermatol*. 2004;79(4):471-88.
88. Trakatelli M, Charalampidis S, Novakovic LB, Patsatsi A, Kalabalikis D, Sotiriadis D. Photodermatoses with onset in the elderly. *Br J Dermatol*. 2009;161(Suppl 3):69-77.
89. Sanches JA Jr, Brandt HRC, Moure ERD, Pereira GLS, Criado PR. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos – Parte I. *An Bras Dermatol*. 2010;85(4):425-37.
90. Criado PR, Brandt HRC, Moure ERD, Pereira GLS, Sanches JA Jr. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos – Parte II. *An Bras Dermatol*. 2010;85(5):591-608.
91. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V. Vitiligo: a comprehensive overview Part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(3):473-91.

92. Marques SA. Conceito, epidemiologia, genética e imunopatogênese. In: Consenso Brasileiro de Psoríase 2009. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2009. p.15-21.
93. Terzian LR. Carcinoma basocelular. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.1709-25.
94. Elian AH. Genodermatoses da ceratinização. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.249-69.
95. Larralde M, Boggio P. Outras genodermatoses. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.285-310.
96. Vargas-Alvarado A, Salinas-Martínez R, Ocampo-Candiani J. Epidemiologia de la dermatosis en pacientes geriátricos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009;47(3):285-9.
97. Leite RMS. Dermatoses no paciente idoso. In: Hargreaves LHH. Geriatria. Brasília: Seep; 2006. p.189-95.
98. Souza EM, Towersey L. Dermatoses paraneoplásicas. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.141-7.
99. Theodosat A. Skin diseases of the lower extremities in the elderly. Dermatol Clin. 2004;22(1):13-21.
100. Addor FAS, Curi T. Hidratação em dermatologia. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.265-7.
101. Yap KB, Siew MG, Goh CL. Pattern of skin diseases in the elderly seen at the National Skin Centre (Singapore) 1990. Singapore Med J. 1994;35(2):147-50.
102. Dermatoses em idosos: uma área em expansão. Inform.Ação Magistral. 2010(15):11-7.
103. Puig Sanz L. Eczema seborreico y caspa. Farm Prof. 2002;16(11):72-3.
104. Norman RA. Geriatric dermatology. Dermatol Ther. 2003;16(3):260-8.
105. Graham-Brown RAC. The ages of man and their dermatoses. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology. 7th.ed. London: Blackwell Science; 2004. p.2900-5.
106. Duarte I, Kobata C, Lazzarini R. Dermatite de contato em idosos. An Bras Dermatol. 2007;82(2):135-40.
107. Nedorost ST, Stevens SR. Diagnosis and treatment of allergic skin disorders in the elderly. Drugs Aging. 2001;18(11):827-35.
108. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. Skin Therapy Lett. [periódico na Internet] 2010 [acesso 2010 out 14]:15(8):5-9. Disponível em: <http://www.skintherapyletter.com/2010/15.8/2.html>
109. Alchone MMA, Pereira SM. Prurido no idoso. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.393-402.

110. Tirado-Cedano J, Martinez-Raygada S. Cuidados de la piel del anciano. *Dermatol Peru*. 2008;18(2):106-10.
111. Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. Pressure pulse. In: Champion RH, Burton JL, Burns T, Breathnach S, editors. *Rook/Wilkinson/Ebling: textbook of dermatology*. 6th.ed. London: Wiley-Blackwell; 1998. p.897-92.
112. Marini MFDV. Úlceras de pressão. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.981-92.
113. Reuben DB, Herr KA, Pakala JT. Skin ulcers. In: *Geriatrics at your fingertips*. New York: The American Geriatrics Society; 2009. p.217-25.
114. Cavazana WC, Simões MLPB, Yoshii SO, Amado CAB, Cuman RKN. Açúcar (sacarose) e triglicerídeos de cadeia média com ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas cutâneas: estudo experimental em ratos. *An Bras Dermatol*. 2009;84(3):229-36.
115. Abuchaim S, Eidt LM, Viegas K. Úlceras por pressão, nutrição e envelhecimento cutâneo. In: Schwanke CHA, Silva IG Filho, Antunes MT, Closs VE, organizadores. *Atualizações em geriatria e gerontologia III: nutrição e envelhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. p.223-50.
116. Silva MCS. Previna-se das escaras. In: Terra NL, organizador. *Previna-se das doenças geriátricas*. 2ª.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005. p.200-3.
117. Garcia AD, Thomas DR. Assessment and management of chronic pressure ulcers in the elderly. *Med Clin North Am*. 2006;90(5):925-44.
118. Mendonça RJ, Coutinho-Netto J. Aspectos celulares da cicatrização. *An Bras Dermatol*. 2009;84(3):257-62.
119. Minatel DG, Enwemeka CS, França SC, Frade MAC. Fototerapia (LEDs 660/890nm) no tratamento de úlceras de perna em pacientes diabéticos: estudo de caso. *An Bras Dermatol*. 2009;84(3):279-83.
120. Enokihara MY, Enokihara MMSS. Carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.29-35.
121. Steiner D, Addor FAS. Envelhecimento cutâneo. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.195-204.
122. Nascimento LV. Avaliação e classificação do envelhecimento cutâneo. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.45-50.
123. Robert L. O envelhecimento da pele. In: *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget; 1994. p.212-22.
124. Montagner S, Costa A. Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. *An Bras Dermatol*. 2009;84(3):263-9.
125. Lima AF. Fotoenvelhecimento [livro na Internet].[acesso 2012 jan 11]. Disponível em: <http://www.ipele.com.br/livro/>

126. Rexbye H, Petersen I, Johansens M, Klitkou L, Jeune B, Christensen K. Influence of environmental factors on facial ageing. *Age Ageing*. 2006;35(2):110-5.
127. Kennedy C, Bastiaens MT, Bajdik CD, Willemze R, Westendorp RG, Bouwes Bavinck JN; Leiden Skin Cancer Study. Effect of smoking and sun on the aging skin. *J Invest Dermatol*. 2003;120(4):548-54.
128. Freiman A, Bird G, Metelitsa AI, Barankin B, Lauzon GJ. Cutaneous effects of smoking. *J Cutan Med Surg*. 2004;8(6):415-23.
129. Martires KJ, Fu P, Polster AM, Cooper KD, Baron ED. Factors that affect skin aging: a cohort-based survey on twins. *Arch Dermatol*. 2009;145(12):1375-9.
130. Kede MPV. Classificação do envelhecimento facial. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.50-5.
131. Nouveau-Richard S, Yang Z, Mac-Mary S, Li L, Bastien P, Tardy I, et al. Skin ageing: a comparison between chinese and european populations. A pilot study. *J Dermatol Sci*. 2005;40(3):187-93.
132. Hexsel DM, Zechmeister M, Hexsel CL. Leucodermias actínicas: abordagem clínica e terapêutica. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.293-9.
133. Gondim RMF, Muñoz DR, Petri V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. *An Bras Dermatol*. 2011;86(3):527-36.
134. Sacre RC. Melasma: abordagem clínica. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.255-7.
135. Steiner D, Feola C, Bialeski N, Morais e Silva FA. Tratamento do melasma: revisão sistemática. *Surg Cosmet Dermatol*. 2009;1(2):87-94.
136. Pagnano PMG. Envelhecimento da pele e conseqüências. *J Bras Psiquiatr*. 1990;39(1):37-41.
137. Gorzoni ML, Pires SL. Há evidências científicas na medicina antienvhecimento? *An Bras Dermatol*. 2010;85(1):57-64.
138. Mouriño Mosquera JJ, Stobäus CD. Educação para a saúde: desafio para sociedades em mudança. 2^a.ed. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS; 1983.
139. Calil DA, Haddad V Jr. Infecções bacterianas na Pele. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.288-95.
140. Hélène S. Verrugas virais e molusco contagioso. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.510-7.
141. Ruiz LRB, Framil VMS, Zaitz C. Candidíases. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.25-8.

142. Reis CMS. Dermatofitoses. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.103-9.
143. Lupi O. Herpes simples. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.255-61.
144. Zaitz C, Ruiz LRB, Framil VMS. Malassezioses. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.305-8.
145. Anderson DJ, Kaye KS. Skin and soft tissue infections in older adults. Clin Geriatr Med. 2007;23(3):595-613, vii.
146. Weinberg JM, Scheinfeld NS. Cutaneous infections in the elderly: diagnosis and management. Dermatol Ther. 2003;16(3):195-205.
147. Weinberg JM, Vafaie J, Scheinfeld NS. Skin infections in the elderly. Dermatol Clin. 2004;22(1):51-61.
148. Laube S, Farrell AM. Bacterial skin infections in the elderly: diagnosis and treatment. Drugs Aging. 2002;19(5):331-42.
149. Loo DS. Cutaneous fungal infections in the elderly. Dermatol Clin. 2004;22(1):33-50.
150. Huynh TH, Norman RA. Scabies and pediculosis. Dermatol Clin. 2004;22(1):7-11.
151. Danahy JF, Gilchrest BA. Dermatologia geriátrica. In: Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB, editores. Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
152. Pereira FBC, Krause K, Azulay DR, Azulay RD. Nevos melanocíticos. In: Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.527-32.
153. Schäfer T, Merkl J, Klemm E, Wichmann HE, Ring J; KORA Study Group. The epidemiology of nevi and signs of skin aging in the adult general population: results of the KORA-survey 2000. J Invest Dermatol. 2006;126(7):1490-6.
154. Montenegro Valera I, Mora Alpizar MC, González Cabrera Y, Durán Marrero K. Precancerosis en la piel: morbilidad y control en el paciente geronte. Rev Cuba Med Gen Integr. [periódico na Internet] 2003 [acesso 2012 jun 6]:19(6):[10p.]. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
155. He W, Zhu F, Ma X, Zhao X, Zheng M, Chen Z, et al. Actinic skin damage and mortality--the First National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. PLoS One. 2011;6(5):e19907.
156. Nasser N. Dermatoses pré-cancerosas. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.148-52.

157. Instituto Nacional de Câncer [site na Internet]. [acesso 2012 jun 6]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
158. Covolo AM, Silva LT, Ramos AM, Terra NL. Previna-se do câncer de pele. In: Terra NL, organizador. Previna-se das doenças geriátricas. 2ª.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005. p.61-70.
159. Almeida FA, Belfort FA. Melanoma Cutâneo. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.309-14.
160. Nicola P de. Geriatria. Porto Alegre: D.C. Luzzatto; 1986.
161. Paschoal FM, Hirata SH. Dermatoscopia: nevos versus melanoma. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.110-3.
162. Braga JCT, Di Giacomo TB, Rezze GG. Microscopia confocal no diagnóstico por imagem. Bol Inf Grupo Bras Melanoma. [periódico na Internet] 2011 jul/ago/set [acesso 2012 jun 6];54:[4p] Disponível em: <http://www.gbm.org.br/gbm/boletim/Edicao54.pdf>
163. Lima EA, Pimentel ERA. Tratamento do carcinoma basocelular e do carcinoma espinocelular. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.496-9.
164. Hegde UP, Chakraborty N, Kerr P, Grant-Kels JM. Melanoma in the elderly patient: relevance of the aging immune system. Clin Dermatol. 2009;27(6):537-44.
165. Marsden JR, Newton-Bishop JA, Burrows L, Cook M, Corrie PG, Cox NH, et al; British Association of Dermatologists Clinical Standards Unit. Revised U.K. guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010. Br J Dermatol. 2010;163(2):238-56.
166. Souza RJSP, Mattedi AP, Rezende ML, Corrêa MP, Duarte EM. Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo – Brasil. An Bras Dermatol. 2009;84(3):237-43.
167. Schalka S, Reis VMS. Fator de proteção solar: significado e controversias. An Bras Dermatol. 2011;86(3):507-15.
168. Gilaberte Y, Aguilera J, Carrascosa JM, Figueroa FL, Romaní de Gabriel J, Nagore E. La vitamina D: evidencias y controversias. Actas Dermosifiliogr. 2011;102(8):572-88.
169. Maia M, Maeda SS, Marçon C. Correlação entre fotoproteção e concentrações de 25 hidroxí-vitamina D e paratormônio. An Bras Dermatol. 2007;82(3):233-7.
170. Sivamani RK, Crane LA, Dellavalle RP. The benefits and risks of ultraviolet tanning and its alternatives: the role of prudent sun exposure. Dermatol Clin. 2009;27(2):149-54, vi.
171. Gilchrest BA. Vitamin D and health in the 21st century: an update. Sun exposure and vitamin D sufficiency. Am J Clin Nutr. 2008;88(2):570S-7S.

172. Yarak S, Araújo TMA. Afecções ungueais nas doenças sistêmicas: o que as unhas podem dizer-nos. *Rev Bras Med.* 2009;66(6, n.esp):15-9.
173. Mendonça IRSM. Onicodistrofia nas doenças sistêmicas. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.238-40.
174. Mendonça IRSM. Onicodistrofia nas principais dermatoses. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.234-5.
175. Nakamura R, Azulay-Abulafia L. Onicopatias inflamatórias: psoríase e líquen plano. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia.* São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.357-63.
176. Azulay DR. Onicopatias infecciosas. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia.* São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.353-6.
177. Seebacher C, Brasch J, Abeck D, Cornely O, Effendy I, Ginter-Hanselmayer G, et al; German Society of Dermatology; German-speaking Mycological Society. Onychomycosis. *Mycoses.* 2007;50(4):321-7.
178. Mendonça IRSM. Onicodistrofia no idoso. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.232-4.
179. Schneider JB, Norman RA. Cutaneous manifestations of endocrine-metabolic disease and nutritional deficiency in the elderly. *Dermatol Clin.* 2004;22(1):23-31, vi.
180. Le Voci F. Alopecias não cicatriciais. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia.* São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.17-22.
181. Tosti A, Piraccini BM. Androgenetic alopecia. *Int J Dermatol.* 1999;38(Suppl 1):1-7.
182. Rutowitsch M. Alopecia androgenética masculina. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.173-9.
183. Fillipo AA. Alopecia androgenética feminina. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.181-4.
184. Mendes AMD. Alterações cutâneas decorrentes de variações hormonais na mulher. In: Ramos-E-Silva M, Castro MCR. *Fundamentos de dermatologia.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.1933-9.
185. Costa V. Hipertricose e hirsutismo: abordagem clínica. In: Kede MPV, Sabatovich O, editoras. *Dermatologia estética.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.205-8.
186. Talhari S, Neves RG, Penna GO, Oliveira MLV. *Hanseníase.* 4ª.ed. Manaus: Gráfica Tropical; 2006.
187. Ministério da Saúde (Brasil). Portal da Saúde Sus + [site na Internet]. [acesso 2012 jun 3]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

188. Pillans PI, Woods DJ. Drug-associated alopecia. *Int J Dermatol.* 1995;34(3):149-58.
189. Sinclair R. Diffuse hair loss. *Int J Dermatol.* 1999;38(Suppl 1):8-18.
190. Antunes MT, Louzada ML. Recomendações de nutrientes na abordagem nutricional do idoso: um estudo de revisão. In: Schwanke CHA, Silva IG Filho, Antunes MT, Closs VE, organizadores. *Atualizações em geriatria e gerontologia III: nutrição e envelhecimento.* Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. p.61-72.
191. Paul C, Maumus-Robert S, Mazereeuw-Hautier J, Guyen CN, Saudez X, Schmitt AM. Prevalence and risk factors for xerosis in the elderly: a cross-sectional epidemiological study in primary care. *Dermatology.* 2011;223(3):260-5.
192. Palmissano C, Norman RA. Geriatric dermatology in chronic care and rehabilitation. *Dermatol Nurs.* 2000;12(2):116-23.
193. Machado MCR. Vitiligo. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR, organizadores. *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia.* São Paulo: AC Farmacêutica; 2010. p.518-22.
194. Taïeb A, Picardo M. Epidemiology, definitions and classification. In: Picardo M, Taïeb A, editors. *Vitiligo.* Berlin: Springer-Verlag; 2010. p.13-24.
195. Martin LMM, Mendes MF, Takaoka LE, Martin MM, Martim BM. Dermatitis neglecta: relato de dois casos. *An Bras Dermatol.* 2010;85(2):217-20.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa

DADOS () AMBU () INTER () INSTIT	nº ficha:
Nome:	(somente para controle da pesquisadora)
IDADE: _____ anos	DATA DE NASCIMENTO: _____
SEXO:	<p>(1) masculino</p> <p>(2) feminino</p>
RAÇA:	<p>(1) branca</p> <p>(2) negra</p> <p>(3) parda</p> <p>(9) outras</p>
PROFISSÃO:	<p>Atividade atual: _____ Há quanto tempo? _____</p> <p>Profissão anterior: _____ Quanto tempo? _____</p>
ESCOLARIDADE:	<p>(1) analfabeto</p> <p>(2) fundamental incompleto</p> <p>(3) fundamental completo</p> <p>(4) médio incompleto</p> <p>(5) médio completo</p> <p>(6) superior incompleto</p> <p>(7) superior completo</p> <p>(8) pós-graduação</p> <p>(9) ignorado</p> <p>(10) alfabetizado que nunca foi para a escola</p>
PATOLOGIAS ASSOCIADAS:	

Quais? _____			
MEDICAÇÕES EM USO:			
Quais? _____			
HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇAS DE PELE:			
(1) Sim. Qual? _____			
(2) Não			
(9) Ignorado			
MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS	SIM/NÃO	LOCAL	OBS
CERATOSES Calos pés Calosidades plantares Ceratose seborreica Outras: _____			
ECZEMAS E PRURIDERMIAS Eczema de contato Eczema seborreico Eczema de estase Eczema numular Prurido asteatósico Prurido senil Prurido couro cabeludo Outras: _____			
ENVELHECIMENTO (SENESCÊNCIA) Aspereza Atrofia Cicatrizes estelares Poiquilodermia solar Poros dilatados Pseudomilium colóide Rosácea Rinofima Rugas Síndrome de Favre-Racouchot Telangiectasias Hiperplasia sebácea Hipomelanose			

<p>Melanose solar Palidez cutânea Pele romboidal Púrpura senil (de Bateman) Outras: _____</p> <p>INFECTO-CONTAGIOSAS Candidíase Dermatofitoses Pitiríase versicolor Escabiose Pediculose Herpes simples Herpes zoster Verrugas Foliculite Erisipela Outras: _____</p> <p>INTERTRIGOS (DERMATOSES FLEXURAS) Perleche (comissural) Intertrigo interdigital Intertrigo submamário Intertrigo ínguino-crural Outras: _____</p> <p>NEVOS Nevo melanocítico Nevo azul Nevo rubi Outros: _____</p> <p>ONICOPATIAS Ausência da lúnula Estrias Onicodistrofia Onicólise Outros: _____</p> <p>PÊLOS Alopecia androgenética feminina Alopecia androgenética masculina Hipertricose das orelhas Hirsutismo Outros: _____</p> <p>TUMORES BENIGNOS Acrocórdon Angiomas estelar Cisto sebáceo</p>			
---	--	--	--

<p> Dermatose papulosa nigra Dermatofibroma Fibroma mole Lipomas Outros: _____ </p> <p> ÚLCERAS Úlcera por pressão Úlcera de estase Úlcera de perna arterial Úlcera neurotrófica plantar (MPP) Outras: _____ </p> <p> OUTRAS Farmacodermias Líquen escleroatrófico Pênfigos Penfigóide bolhoso Psoríase Vitiligo Xerose cutânea Outras: _____ </p>			
<p> DERMATOSES PRÉ-MALIGNAS Ceratose actínica Ceratoacantoma Corno cutâneo Outras: _____ </p> <p> DERMATOSES MALIGNAS Carcinoma basocelular Carcinoma epidermóide Malanoma maligno Outras: _____ </p>			

APÊNDICE B – Ofício CEP 750/10 PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-750/10

Porto Alegre, 06 de agosto de 2010.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05133 intitulado "**Dermatoses em idosos ambulatoriais, internados e institucionalizados de Porto Alegre - RS**".

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e finais deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Dermatoses em idosos ambulatoriais, internados e institucionalizados de Porto Alegre – RS.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Esta pesquisa tem por objetivo principal identificar quais as doenças de pele e sua frequência nos idosos (pessoas com mais de 60 anos) atendidos em Centro de Referência em Geriatria (ambulatório e internação) e residentes em Instituição de Longa Permanência em Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Ela pretende contribuir para o melhor conhecimento destas doenças e para a melhoria do atendimento aos idosos, tanto no sistema público quanto privado de saúde.

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 dos dados se dará através do exame físico e dermatoscópico da pele por médica dermatologista e não prevê nenhum desconforto para você. Será realizada fotografia das lesões de pele, garantindo-se o sigilo de identidade. Se for necessário exame adicional para confirmar lesão de difícil diagnóstico clínico, como biópsia de pele, o maior desconforto que se prevê é a picada da agulha para injetar o anestésico na pele antes da coleta do material. Caso seja necessário seguir acompanhamento e tratamento dermatológico, você poderá ser encaminhado aos serviços que prestam atendimento pela rede SUS.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ (inserir nome do idoso ou responsável), RG: _____ declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa “Dermatoses em idosos ambulatoriais, internados e institucionalizados de Porto Alegre – RS” 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 pela pesquisadora. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão em participar do estudo. A médica Letícia Eidt (pesquisadora 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 ser encaminhado a serviços que prestam atendimento via rede SUS.

Caso tiver novas perguntas sobre esta pesquisa, posso chamar a médica Letícia Eidt (pesquisadora responsável) no telefone (51) 39011436.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento.

Nome do idoso ou responsável: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

Nome e assinatura da pesquisadora: _____

Responsável pelo projeto: MD Letícia Maria Eidt, telefone (51) 39011436

Orientador do projeto: Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho, telefone (51) 3336-8153 Ramal 222

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (OF.CEP-750/10, protocolo 10/05133, datado de 6 de agosto de 2010). Contato: (51) 33203345.