

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Walter Neumaier

**PREVALÊNCIA DAS DERMATOSES E COMORBIDADES EM  
IDOSOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA**

Santa Maria, RS  
2017

**Walter Neumaier**

**PREVALÊNCIA DAS DERMATOSES E COMORBIDADES EM IDOSOS  
ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA**

Dissertação de Conclusão de Curso  
apresentado ao Programa de Pós-graduação  
em Gerontologia da Universidade Federal de  
Santa Maria (UFSM, RS), como requisito  
parcial para obtenção do grau de **Mestre em  
Gerontologia**

Orientadora: Melissa Agostini Lampert (UFSM)

Santa Maria, RS  
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Neumaier, Walter  
PREVALÊNCIA DAS DERMATOSES E COMORBIDADES EM IDOSOS  
ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA / Walter  
Neumaier.- 2017.  
53 p.; 30 cm

Orientadora: Melissa Agostini Lampert  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de  
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2017

1. Idoso 2. Dermatoses 3. Neoplasias 4. Hipertensão  
Arterial Sistêmica 5. Diabetes mellitus I. Agostini  
Lampert, Melissa II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Educação Física e Desporto  
Programa de Pós-graduação em Gerontologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

**PREVALÊNCIA DAS DERMATOSES E COMORBIDADES EM IDOSOS  
ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA**

Elaborada por  
**Walter Neumaier**

Como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Gerontologia**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Melissa Agostini Lampert, Dra. (UFSM)**  
(Orientadora)

---

**Paulo Afonso Beltrame, Dr. (UFSM)**

---

**Fábio Lopes Pedro, Dr. (UNIFRA)**

Santa Maria, 02 de agosto de 2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico à Maria Regina, minha companheira, pelo seu amor, paciência e apoio incondicional aos meus projetos. Ao Luís Felipe, meu filho, que escolheu a Medicina também como profissão, pelos momentos que disponibilizou para discussão científica e redação digital. À minha orientadora, Dra. Melissa Agostini Lampert, por partilhar seu conhecimento, pelo auxílio no percurso científico e pela acolhida como discente mestrando. Aos colegas do Serviço de Dermatologia do HUSM pelo auxílio nos cuidados aos pacientes. Aos idosos que permitiram a realização deste estudo.

## RESUMO

### PREVALÊNCIA DAS DERMATOSES E COMORBIDADES EM IDOSOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA

AUTOR: Walter Neumaier  
ORIENTADORA: Melissa Agostini Lampert

O número de idosos na população brasileira vem crescendo, alcançando 14,3% da população em 2015. A expectativa de vida no Rio Grande do Sul é de 78,4 anos em 2017. Os fatores responsáveis por isso são a redução da mortalidade infantil, queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida. Na literatura brasileira e mundial, existem poucos estudos sobre a prevalência das dermatoses nos idosos.

Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico das alterações de pele e comorbidades que afetam os idosos atendidos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria e a elaboração de um *check-list* para auxílio no diagnóstico de dermatoses nas consultas de dermatologia geriátrica. Realizou-se um estudo transversal analisando dados coletados entre maio e agosto de 2016, sendo incluídos pacientes com idade  $\geq 60$  anos.

Foram analisados 349 pacientes, predominando o sexo feminino (54,2%), raça branca (94,5%), ensino fundamental incompleto (58,8%), agricultor (51,6%) e 58,4% dos pacientes apresentavam fototipo II. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, diabetes mellitus e osteoporose, além disso, encontramos que dentre as 10 dermatoses mais prevalentes, 7 estão associadas com a HAS. O carcinoma basocelular foi a neoplasia mais encontrada, as dermatoses mais prevalentes foram ceratose actínica, xerose cutânea, ceratose seborreica, rugas e poiquilodermia.

Com base nos dados analisados, montou-se um *check-list* para auxílio no diagnóstico das principais dermatoses associadas com cada faixa etária e as principais comorbidades dessa população. Esse estudo enfatiza a necessidade de que novas pesquisas sejam realizadas para um melhor entendimento das dermatoses e comorbidades do idoso.

**Palavras-chaves:** Idoso. Dermatoses. Neoplasias. Hipertensão arterial sistêmica. *Diabetes mellitus*. Dislipidemias.

## ABSTRACT

### PREVALENCE OF SKIN DISEASES AND COMORBIDITIES IN ELDERLY IN A DERMATOLOGIC OUTPATIENT CLINIC

AUTHOR: Walter Neumaier  
ADVISOR: Melissa Agostini Lampert

The number of elderly people in the Brazilian population has been growing, reaching 14.3% of the population in 2015. The life expectancy in Rio Grande do Sul is 78.4 years in 2017. The factors responsible for this are the reduction of infant mortality, drop in fertility and increase in life expectancy. In the Brazilian and world literature, there are few studies on the prevalence of skin diseases in the elderly.

This study aims to characterize the epidemiological profile of skin changes and comorbidities that affect the elderly attended at the dermatology outpatient clinic of the Santa Maria's University Hospital and the development of a check-list to help in the diagnosis of dermatosis in the geriatric dermatology care. A cross-sectional study was conducted analyzing data collected between May and August 2016, and included patients with  $\geq 60$  years old.

A total of 349 patients were studied, predominantly female (54.2%), white (94.5%), incomplete elementary school (58.8%), farmer (51.6%) and 58.4% were phototype II. The most prevalent comorbidities were hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus and osteoporosis; in addition, we found that among of the 10 most prevalent dermatosis, 7 are associated with hypertension. Basal cell carcinoma was the most commonly neoplasm; the most prevalent skin diseases were actinic keratosis, cutaneous xerosis, seborrheic keratosis, wrinkles and poikiloderma.

Based on the analyzed data, a check-list was set up to help in the diagnosis of the main skin diseases associated with each age group and the main comorbidities of this population. This study emphasizes the need for new research to be performed to better understand the dermatosis and comorbidities of the elderly.

**Keywords:** Aged. Skin Diseases. Neoplasms. Hypertension. Diabetes Mellitus. Dyslipidemias.

## LISTA DE SIGLAS

AINE - Anti-inflamatórios não esteroidais  
CBC - Carcinoma basocelular  
CEC - Carcinoma epidermoide  
DM - Diabetes Mellitus  
ECA - Enzima conversora da angiotensina  
EFC - Ensino fundamental completo  
EFI - Ensino fundamental incompleto  
EMC - Ensino médio completo  
HAS - Hipertensão arterial sistêmica  
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria  
MM - Melanoma maligno  
RS - Rio Grande do Sul



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 OBJETIVO .....	12
1.1.1 Objetivo geral .....	12
1.1.2 Objetivos específicos .....	12
1.2 JUSTIFICATIVA .....	13
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>14</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
3.1 DELINEAMENTO .....	18
3.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	18
3.2.1 Critérios de inclusão .....	18
3.2.2 Critérios de exclusão .....	18
3.3 PROCEDIMENTO .....	19
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	19
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	20
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>21</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>42</b>
<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO DA PESQUISA</b> .....	<b>47</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>51</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, considera-se idoso todo o cidadão com 60 anos ou mais, de acordo com o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003). A proporção de idosos na população brasileira vem crescendo com o passar dos anos, sendo que em 2015 o número chegou a 14,3% da população (IBGE, 2016).

A expectativa de vida ao nascer está aumentando nos últimos anos. Em 2017, a expectativa brasileira é de 75,99 anos, já em 2030 esse número chegará à 78,64. No Rio Grande do Sul (RS), a expectativa é de 78,4 anos em 2017 e de 80,84 anos em 2030 (IBGE, 2016).

O Brasil vive um momento de transição demográfica e os principais responsáveis pela alteração do perfil demográfico são a redução da mortalidade infantil, queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida. No momento, o principal determinante é a diminuição da taxa de fecundidade. Patologias como as que alteram os sistemas cardiovascular, digestivo, respiratório, neurológico e também a pele são afetados pelo envelhecimento.

Mudanças metabólicas e degenerativas sofridas pela pele no processo conhecido como envelhecimento, torna a população geriátrica vulnerável à diversas condições dermatológicas (Jafferany et al., 2012). Aproximadamente 40% das pessoas entre 56-75 anos e 83% das pessoas acima de 80 anos tem alguma dermatose, ao passo que 15% das crianças com menos de 10 anos são acometidas (Cvitanovic et al., 2010).

O envelhecimento cutâneo pode ser classificado como intrínseco ou extrínseco. O envelhecimento intrínseco são mudanças caracterizadas pela ação cronológica natural sobre a pele, levando à diminuição da sua espessura, redução da elasticidade devido a alterações no colágeno, queda do fluxo sanguíneo, redução da função imune e comprometimento do processo de reparação celular. O envelhecimento extrínseco resulta de fatores ambientais e hábitos de vida, como exposição solar crônica aos raios ultravioletas e ao tabagismo. Já é consenso que a exposição solar crônica está fortemente relacionada com as neoplasias cutâneas e outras dermatoses (Dinato et al., 2008; Jafferany et al., 2012).

A imunodepressão torna esses pacientes mais suscetíveis à certas infecções como candidíase, herpes-zóster, celulite, impetigo e escabiose norueguesa (Wong e

Koo, 2013). Devido às alterações sofridas no processo do envelhecimento, algumas dermatoses tornam-se mais prevalentes nessa faixa etária: eczemas, prurido, ceratose actínica, ceratose seborreica, psoríase, pênfigo bolhoso, equimoses, úlceras de pressão, neoplasias e infecções virais, bacterianas e fúngicas (Jafferany et al., 2012; Humbert et al., 2016; Wong e Koo, 2013).

Na literatura brasileira e mundial, existem poucos estudos sobre a prevalência de dermatoses nos idosos. Com o crescimento exponencial da população geriátrica, tornam-se necessários estudos deste tipo para que os médicos possam desempenhar sua função considerando peculiaridades dessa faixa etária. Este estudo tem como objetivo descrever a prevalência das manifestações dermatológicas e as comorbidades associadas em idosos em um ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e desenvolver um *check-list* para auxiliar diagnósticos de dermatoses mais prevalentes nos pacientes idosos.

## 1.1 OBJETIVO

### 1.1.1 Objetivo geral

Estudar as manifestações dermatológicas mais prevalentes nos idosos e comorbidades associadas.

### 1.1.2 Objetivos específicos

Identificar as alterações dermatológicas, os dados demográficos e as comorbidades.

Descrever a frequência das alterações dermatológicas e das comorbidades.

Propor um roteiro diagnóstico das principais alterações dermatológicas.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Conhecer dados epidemiológicos das doenças que mais acometem o idoso se faz necessário pelo crescimento deste grupo populacional, especialmente em relação às doenças dermatológicas. Pouca disponibilidade de dados sobre a prevalência das manifestações dermatológicas no idoso na literatura e baseado na premissa que estudos epidemiológicos apresentam indiscutível importância para diretrizes de orientação de medidas de saúde coletiva e individual. Decidimos estudar a prevalência das manifestações dermatológicas em idosos no ambulatório de dermatologia do HUSM.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Envelhecimento é definido como um processo dinâmico e progressivo onde ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com declínio funcional do organismo que termina por levar à morte (Netto, 2006). O envelhecimento é regulado pela genética, porém não influencia igualmente a totalidade dos indivíduos, nem a intensidade é igual para todos os órgãos. Desta maneira temos dois modos de envelhecimento cutâneo: envelhecimento intrínseco e extrínseco (Araújo e Aguilar, 2008; Sampaio e Rivitti, 2007).

O envelhecimento intrínseco corresponde ao envelhecimento cronológico e ao envelhecimento patológico. Já o envelhecimento extrínseco é devido aos fatores inerentes ao meio ambiente como o fotoenvelhecimento, hábitos de vida, fatores ambientais e tabagismo (Moriguchi e Nascimento, 2008). Em ambos, a intensidade e a importância das manifestações irão estabelecer o resultado do envelhecimento. O envelhecimento cronológico segue um padrão determinado, enquanto o envelhecimento patológico poderá ser precoce (síndrome de Hutchinson-Glifford; síndrome de Bloom) (Netto, 2006). Doenças neoplásicas, infecciosas e inflamatórias tendem a aumentar a sua prevalência com o envelhecimento. Alterações histopatológicas da pele envelhecida são perceptíveis na epiderme, derme e hipoderme (Chaimovicz, 2008; Makrantonaki e Zouboulis, 2008).

Uma das funções da pele é a função de barreira, que quando alterada pode corresponder clinicamente à xerose, eczema asteatósico e a uma alteração na absorção percutânea de drogas. A regulação térmica quando alterada pode levar à hipotermia ou hipertermia. A função de percepção sensorial pode estar alterada pela redução dos corpúsculos de Meissner e Paccini, o que resulta em lesões químicas, mecânicas e ao prurido.

Infecções bacterianas, micóticas, virais, dermatite de contato por sensibilização e doenças autoimunes (penfigoide bolhoso) são decorrentes de processos de produção de auto-anticorpos e de imunocomplexos, alterações da imunidade celular e das células de Langherhans (Farage et al., 2009).

Distúrbios da sudorese e hipertermia decorrem de alteração da secreção sebácea e sudorípara da pele. Osteoporose, osteomalácia e fratura podem ser decorrentes de distúrbios da produção de vitamina D (Sampaio e Rivitti, 2007). A

função de renovação celular e cicatrização pode estar alterada ao nível de fibroblastos e ao nível da síntese e degradação do colágeno, acarretando alterações no tempo de cicatrização, diminuição do tempo de crescimento de unhas e anexos, úlceras atróficas e deiscência de cicatrizes cirúrgicas (Jenkins, 2002; Vieira, 2007).

Alterações da função de fluxo circulatório cutâneo irão causar palidez, atrofia de anexos, além de alterar a resposta inflamatória da pele. A alteração na reparação molecular de DNA, outra função da pele, irá desencadear neoplasias benignas ou malignas. Distúrbios na pigmentação podem desencadear hipomelanose e hiper melanose (Jenkins, 2002).

Várias hipóteses baseiam a fisiopatologia do envelhecimento cutâneo e dentre elas podem ser citadas a capacidade limitada de divisão celular, apoptose insuficiente, mutações de DNA desenvolvendo super-genes do envelhecimento, radicais livres, dano oxidativo e alterações de aminoácidos e proteínas da matriz extracelular (Freitas e Machado, 2008; Peryassú, 2001).

Em nível molecular, ocorre parada do crescimento da célula na fase G1, não ocorrendo evolução para a fase S1 (Jenkins, 2002). Há um aumento da expressão dos genes p16 e p21 que são sinalizadores de envelhecimento (Eidt, 2010). No envelhecimento intrínseco ocorre diminuição da proliferação de ceratinócitos, fibroblastos, melanócitos e o aumento das metaloproteinases que degradam o colágeno da matriz dérmica (Jenkins, 2002; Vieira, 2007).

Com o envelhecimento, a pele fica mais fina e perde elasticidade. Torna-se mais seca e as vezes xerótica. Há perda de extensibilidade, aparecem sulcos e a pele adquire aspecto enrugado em várias regiões predominantemente em rosto e mãos. As unhas se fragilizam, tornam-se opacas e distróficas, apresentando também estrias longitudinais (Sampaio e Rivitti, 2007).

Em ambos os sexos, ocorre alopecia difusa e diminuição da espessura dos cabelos. Diminuem também os pelos pubianos e axilares, a canície depende de fatores genéticos e pode atingir todos os pelos do corpo. A diminuição da produção de hormônios (androgênios) pelas gônadas e adrenais leva a uma menor produção de sebo pelas glândulas sebáceas. As glândulas sudoríparas diminuem em número e tamanho, o que altera a resposta de sudorese ao calor (Fitzpatrick et al., 2005).

As doenças e alterações da pele do idoso que não se relacionam a luz solar são: eczema asteatósico, xerose, prurido senil, dermatite eczematosa, penfigoide

bolhoso, psoríase vulgar, farmacodermias, infestações cutâneas, infecções cutâneas, úlceras cutâneas (Araújo e Aguilar, 2008; Brandão e Brandão, 2006; Campbell et al., 1995; Dinato et al., 2008; Makrantonaki e Zouboulis, 2008; Nascimento e Porto, 1990; Sampaio e Rivitti, 2007; SBD, 2006; Sittart e Zanardi, 2008).

O prurido é uma das afecções de maior prevalência no idoso, pode ser contínuo ou se apresentar por surtos e sua intensidade é variável. Atinge as faces extensoras de braços, pernas e coxas. Os fatores de piora incluem o inverno, baixa umidade, temperatura elevada em ambientes aquecidos e banhos demorados e quentes (Bologna et al., 2012). O aspecto inicial é de uma xerose, podendo evoluir para uma lesão eczematosa e apresentar liquenificação. Uma boa história clínica, exame físico apurado e exames laboratoriais são recomendados para excluir doenças sistêmicas.

A xerose corresponde a uma pele envelhecida de aspecto ressecado e descamativo (Paul et al., 2011). Como complicação da xerose, temos o eczema asteatósico que tem como causas banhos frequentes e quentes e ausência de hidratação (emolientes). As dermatites eczematosas são representadas pelo eczema numular, eczema de estase e o líquen simples crônico (Sampaio e Rivitti, 2007).

O eczema numular afeta principalmente o idoso do sexo masculino. Apresenta-se como placas papulovesiculosas em formato de moeda, variando de um à vários centímetros de diâmetro, atingindo principalmente membros inferiores. O eczema de estase é decorrente de alterações de insuficiência venosa crônica dos membros inferiores, atingindo inicialmente o tornozelo. Ocorre com eritema, descamação, pigmentação e fibrose, quando associado à infecção bacteriana pode evoluir para erisipela. Se o início for abrupto, a trombose venosa deve ser excluída (Fitzpatrick et al., 2005). O líquen simples crônico apresenta o aspecto de uma placa liquenificada, muito pruriginosa, com sulcos acentuados e com hiperpigmentação da pele (Sampaio e Rivitti, 2007).

A psoríase no idoso não apresenta as lesões características que ocorrem nas pessoas mais jovens (cotovelos e joelhos), são erupções discretamente eritemato-descamativas e de localização incomum. Certos fármacos desencadeiam ou agravam a psoríase como os AINE, inibidores da ECA, betabloqueadores e lítio (Marques, 2009).

O penfigoide bolhoso é uma bulose autoimune, sem predileção por sexo, cujo quadro apresenta bolhas grandes e tensas sobre uma base eritematosa. É uma



patologia mediada por auto-anticorpos com imunocomplexos, complemento e leucócitos da zona de membrana basal (Bolognia et al., 2012; Fitzpatrick et al., 2005).

As farmacodermias são muito comuns no idoso, principalmente pelo grande número de medicamentos ingeridos, a história do uso de qualquer medicamento é imprescindível para o diagnóstico. As medicações causadoras mais frequentes são as sulfas, antibióticos, analgésicos, AINE e tranquilizantes (Azulay e Azulay, 2006).

As infecções cutâneas compreendem as infecções bacterianas, por dermatófitos, candidose e herpes-zóster. As infecções bacterianas do idoso vão depender de vários fatores predisponentes como insuficiência venosa e arterial, *diabetes mellitus*, trauma, xerose, eczema asteatósico e *tinea pedis* (Laube e Farrel, 2002; Calil e Haddad Jr, 2010; Weinberg et al., 2004; Weinberg e Scheinfeld, 2003). As infecções por dermatófito no idoso são frequentemente representadas pela *tinea pedis* associadas à onicomicose (Loo, 2004; Lupi, 2010; Reis, 2010). A candidose acomete principalmente as áreas intertriginosas como região infra-mamária, inguinal e dobras axilares. São lesões eritematosas e úmidas que podem erodir a epiderme (Ruiz et al., 2010). O herpes-zóster acomete frequentemente os idosos e a complicação mais temida é a neuralgia pós-herpética. Atinge 20% das pessoas sem comorbidades e 50% dos imunocomprometidos. As lesões são vesículas agrupadas que seguem o trajeto de um nervo (torácico, oftálmico, etc.) (Calil e Haddad Jr, 2010).

As infestações estão representadas pela escabiose, causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, com lesões pruriginosas e escoriações visíveis. Em idosos imunossuprimidos pode ocorrer uma variante chamada sarna norueguesa (Huynh e Norman, 2004).

As úlceras cutâneas podem ser causadas por traumas mecânicos, físicos e químicos, infecções difusas, tumores malignos, alterações neurotróficas, sanguíneas e vasculares (Abuchaim et al., 2005; Cavazana et al., 2009; Marini, 2006; Reuben et al., 2009).

As dermatoses pré-malignas encontradas no idoso são ceratose actínica, ceratoacantoma, corno cutâneo e queilite actínica. As dermatoses malignas incluem melanoma maligno (MM), carcinoma epidermoide (CEC), carcinoma basocelular (CBC) (Bolognia et al., 2012; Fitzpatrick et al., 2005).

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 DELINEAMENTO**

Estudo analítico transversal

### **3.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO**

A amostra total foi composta por 304 pacientes, sendo que o cálculo para determinação do tamanho amostral considerou a prevalência de 50% com erro amostral de 5% e o nível de significância também de 5%. Prevendo-se algumas perdas, optou-se por trabalhar com uma amostra maior. No caso, foram avaliados 349 pacientes.

#### **3.2.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos na amostra pacientes com idade igual ou superior a 60 anos que apresentaram alguma das lesões cutâneas descritas no formulário da pesquisa localizado no apêndice A.

#### **3.2.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos da pesquisa pacientes que não concordaram em participar.

### 3.3 PROCEDIMENTO

Os dados foram coletados entre maio e agosto de 2016 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

O histórico familiar das doenças de pele foi indagado aos idosos ou seus acompanhantes, as manifestações dermatológicas foram coletadas através de exames dermatológicos e complementadas pelo exame dermatoscópico, se necessário. As variáveis pesquisadas incluíam dados como sexo, idade, fototipo de fitzpatrick, profissão, escolaridade, patologias associadas, história familiar de doenças dermatológicas e história prévia de câncer de pele.

### 3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os bancos de dados estão instalados em dois computadores do pesquisador. Terminada a fase de digitação, todos os dados do banco foram impressos e conferidos com os questionários originais de coleta.

Após a coleta de dados, os resultados foram tabulados e analisados. Utilizou-se a construção de um banco de dados (*Excel*® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o software *Statistical Package for Social Science 15.0* (SPSS). Realizou-se a análise descritiva e testes não paramétricos para avaliação da associação da faixa etária com relação aos grupos de dermatoses, bem como com cada manifestação dermatológica avaliada, para este fim, foi utilizado o teste qui-quadrado, quando os pressupostos foram atendidos. Após a verificação da associação global entre as variáveis, verificou-se a existência de associação local entre categorias, calculando-se os resíduos ajustados. O resíduo ajustado tem distribuição normal com média zero e desvio padrão igual a 1. Desta forma, caso o resíduo ajustado seja maior que 1,96, em valor absoluto, pode-se dizer que há evidências de associação significativa entre as duas categorias naquela casela analisada. Quanto maior for o resíduo ajustado, maior a associação entre as categorias.

O teste qui-quadrado ainda foi utilizado para verificar a associação entre as manifestações dermatológicas e as seguintes variáveis: raça (branca/(preta, parda e

outras)), hipertensão arterial sistêmica (ausência/presença), osteoporose (ausência/presença), diabetes mellitus (ausência/presença) e patologias associadas (ausência/presença). Bem como para verificar a associação entre lesões malignas e diabetes mellitus.

### 3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo obedece a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob número CAAE: 55280016.5.0000.5346. Os participantes foram informados de todos os detalhes, riscos e benefícios do estudo, o risco era o cansaço e o desconforto que poderia haver ao responder ao questionário, o benefício maior seria o benefício indireto, através do conhecimento gerado pelo estudo. Após estarem cientes do que se trata e com as dúvidas esclarecidas, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, localizado no apêndice B. O pesquisador se responsabilizará por manter o sigilo dos dados coletados. Em apêndice C, o formulário do termo de compromisso de sigilo do pesquisador.

## 4 RESULTADOS

A amostra estudada foi composta de 349 pacientes (idade  $\geq 60$  anos) atendidos no ambulatório de Dermatologia do HUSM de maio a agosto de 2016. Na amostra, 54,2% eram do sexo feminino, com média de idade de 70,02 ( $\pm 7,92$ ) anos, mínima 60 anos e máxima de 94 anos. Dentre os homens, a média de idade encontrada foi de 70,91( $\pm 7,82$ ), com mínima de 60 e máxima de 95 anos. Não havendo diferença entre ambos os sexos em relação a idade ( $p=0,293$ ).

Tabela 01 – Perfil dos 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	160	45,8%
Feminino	189	54,2%
<b>Raça</b>		
Branca	330	94,5%
Negra	2	0,6%
Parda	16	4,6%
Outras	1	0,3%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	7	2,0%
EFI	205	58,8%
EFC	111	31,8%
EMC	21	6,0%
Outros (superior/pós)	5	1,4%
<b>Profissão</b>		
Agricultor	179	51,6%
Do lar	115	33,1%
Outras	53	15,3%
Ignorado	2	0,6%
<b>Fitzpatrick</b>		
I	4	1,1%
II	204	58,4%
III	113	32,3%
IV	22	6,3%
V	4	1,1%
VI	2	0,6%

Verifica-se que a maioria dos pacientes atendidos eram do sexo feminino (54,2%), raça branca (94,5%), com escolaridade definida como ensino fundamental incompleto (58,7%) com a profissão de agricultor (51,6%). (Tabela 01)

Tabela 02 – Análise descritiva variáveis numéricas dos 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade	70,43	7,87	69,00	60	95
Nº de medicações em uso	2,74	2,77	2,00	0	13
Nº de patologias associadas	1,88	1,54	2,00	0,00	8,00

Verifica-se a média de idade geral encontrada foi de 70,43 ( $\pm 7,87$ ) anos, variando de 60 anos a 95 anos. Os pacientes relataram, em sua maioria, tomar em média aproximadamente três medicamentos diários, sendo que alguns disseram não tomar nenhum, enquanto um dos pacientes citou tomar treze medicações. A média do número de patologias associadas foi de aproximadamente dois por paciente, sendo que setenta pacientes citaram não ter nenhuma patologia associada, enquanto que um paciente citou ter oito. (Tabela 02)

Tabela 03 – Distribuição das características sócio-demográficas e clínicas na população total e de acordo com a faixa etária dos 349 pacientes no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>Total</b>	<b>Faixa etária</b>			<b>p-valor</b>
		<b>60-69 N (%)</b>	<b>70-79 N (%)</b>	<b>≥80 N (%)</b>	
<b>Sexo</b>					
Masculino	160(45,8%)	76(42,0%)	56(50,9%)	28(48,3%)	0,308
Feminino	189(54,2%)	105(58,0%)	54(49,1%)	30(51,7%)	
<b>Raça</b>					
Branca	330(94,6%)	171(94,5%)	106(96,4%)	53(91,4%)	0,399
Parda/negra/ignorada	19(5,4%)	10(5,5%)	4(3,6%)	5(8,6%)	
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	7(2,0%)	2(1,1%)	1(0,9%)	<b>4(6,9%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Fundamental Incompleto	205(58,7%)	87(48,1%)	70(63,6%)	<b>48(82,8%)</b>	

Fundamental completo	111(31,8%)	<b>73(40,3%)</b>	33(30,0%)	5(8,6%)	
Médio completo/superior/pós	26(7,4%)	<b>19(10,5%)</b>	6(5,5%)	1(1,7%)	
<b>Patologias associadas</b>					
Não	70(20,1%)	<b>45(24,9%)</b>	19(17,3%)	6(10,3%)	<b>0,038</b>
Sim	279(79,9%)	136(75,1%)	91(82,7%)	<b>52(89,7%)</b>	
<b>Nº de patologias associadas</b>					
Nenhuma	70(20,1%)	45(24,9%)	19(17,3%)	6(10,3%)	
1 a 2	171(49,0%)	80(44,2%)	59(53,6%)	32(55,2%)	0,252
3 a 4	87(24,9%)	44(24,3%)	26(23,6%)	17(29,3%)	
≥5	21(6,0%)	12(6,6%)	6(5,5%)	3(5,2%)	
<b>Medicação em uso</b>					
Não	86(24,6%)	<b>53(29,3%)</b>	27(24,5%)	6(10,3%)	<b>0,014</b>
Sim	263(75,4%)	128(70,7%)	83(75,5%)	<b>52(89,7%)</b>	
<b>Nº de medicações em uso</b>					
Nenhuma	86(24,6%)	53(29,3%)	27(24,5%)	6(10,3%)	
1 a 2	114(32,7%)	55(30,4%)	37(33,6%)	32(37,9%)	
3 a 4	64(18,3%)	36(19,9%)	20(18,2%)	8(13,8%)	0,062
5 a 6	48(13,8%)	19(10,5%)	17(15,5%)	12(20,7%)	
≥7	37(10,6%)	18(9,9%)	9(8,2%)	10(17,2%)	
<b>Histórico familiar de dermatose</b>					
Não	297(85,1%)	152(84,0%)	96(87,3%)	49(84,5%)	0,738
Sim	52(14,9%)	29(16,0%)	14(12,7%)	9(15,5%)	
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>181</b>	<b>110</b>	<b>58</b>	

Verifica-se que existe associação significativa de algumas variáveis do perfil das pacientes em relação a faixa etária. Observa-se que existiu associação significativa da variável escolaridade com a faixa etária, sendo os pacientes analfabetos ou com ensino fundamental incompleto estão associados a faixa etária de 80 anos ou mais, enquanto que os pacientes com ensino fundamental completo ou ensino médio completo ou com ensino superior ou pós estão associados a faixa etária de 60 a 69 anos ( $p < 0,001$ ). (Tabela 03)

Outra associação significativa encontrada é da faixa etária com as patologias associadas ( $p = 0,038$ ), sendo que os pacientes com presença de patologias são mais prevalentes na faixa etária de 80 anos ou mais. Esta mesma associação foi encontrada para a variável referente ao uso de medicação ( $p = 0,014$ ). Sendo que

89,7% dos pacientes nessa faixa etária citaram ter alguma patologia associada, bem como fazer uso de alguma medicação. (Tabela 03)

Tabela 04 – Frequência das principais patologias associadas na população total e de acordo com a faixa etária em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Faixa etária			p-valor
		60-69 N (%)	70-79 N (%)	≥80 N (%)	
HAS	200(57,3%)	86(47,5%)	70(63,6%)	<b>44(75,9%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Dislipidemia	75(21,5%)	<b>48(26,5%)</b>	16(14,5%)	11(19,0%)	<b>0,048</b>
DM	64(18,3%)	33(18,2%)	15(13,2%)	16(27,6%)	0,085
Osteoporose	20(5,7%)	12(6,6%)	5(4,5%)	3(5,2%)	0,744
Hipotireoidismo	25(7,2%)	18(9,9%)	6(5,5%)	1(1,7%)	0,075
Depressão	22(6,3%)	15(8,3%)	6(5,5%)	1(1,7%)	0,183
Artrose	21(6,0%)	11(6,1%)	7(6,4%)	3(5,2%)	0,952
DPOC	17(4,9%)	4(2,2%)	5(4,5%)	<b>8(13,8%)</b>	<b>0,002</b>
Varizes	19(7,5%)	10(8,3%)	5(6,0%)	4(8,3%)	0,803
IC	22(6,3%)	8(4,4%)	8(7,3%)	6(10,3%)	0,239
Obesidade	11(3,2%)	8(4,4%)	3(2,7%)	0(0,0%)	0,234
Gastrite	13(3,7%)	7(3,9%)	6(5,5%)	0(0,0%)	0,205
Câncer	18(5,2%)	5(2,8%)	7(6,4%)	6(10,3%)	0,060
Outras	118(33,8%)	58(32,0%)	40(36,4%)	20(34,5%)	0,747

HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; IC: insuficiência cardíaca

Constata-se a relação entre as principais patologias associadas com a faixa etária dos pacientes entrevistados. Onde evidencia-se que a HAS e DPOC estão associadas significativamente com a faixa etária de 80 anos ou mais ( $p < 0,001$ ) e ( $p = 0,002$ ), respectivamente. Ainda podemos observar que a HAS acomete 75,9% dos pacientes nessa faixa etária. Outra associação observada é da dislipidemia com a faixa etária de 60-69 anos ( $p = 0,048$ ), sendo que esta patologia acomete cerca de 26,5% dos pacientes nessa faixa etária. (Tabela 04)



Tabela 05 – Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos na população total e de acordo com a faixa etária em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Faixa etária			p-valor
		60-69 N (%)	70-79 N (%)	≥80 N (%)	
Ceratoses	175(50,1%)	86(47,5%)	55(50%)	34(58,6%)	0,338
Eczemas	64(18,3%)	37(20,4)	19(17,3%)	8(13,8%)	0,492
Pruridos	32(9,2%)	12(6,6%)	5(4,5%)	<b>15(25,9%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Úlceras	11(3,2%)	2(1,1%)	4(3,6%)	<b>5(8,6%)</b>	<b>0,016</b>
Envelhecimento	158(45,3%)	65(35,9%)	<b>62(56,4%)</b>	31(53,4%)	<b>0,001</b>
Infectocontagiosas	22(6,3%)	10(5,5%)	10(9,1%)	2(3,4%)	0,296
Intertrigos	32(9,2%)	17(9,4%)	9(8,2%)	6(10,3%)	0,889
Nevos	52(14,9%)	24(17,3%)	19(17,3%)	9(15,5%)	0,641
Tumores benignos	30(8,6%)	17(9,4%)	10(9,1%)	3(5,2%)	0,593
Lesões pré-malignas	209(59,9%)	90(49,7%)	69(62,7%)	<b>50(86,2%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Lesões malignas	92(26,4%)	34(18,8%)	<b>38(34,5%)</b>	<b>20(34,5%)</b>	<b>0,004</b>
Alt. ungueais	52(14,9%)	<b>35(19,3%)</b>	11(10%)	6(10,3%)	<b>0,044</b>
Alt. de pelos	33(9,5%)	20(11%)	8(7,3%)	5(8,6%)	0,554
Outras	218(62,5%)	103(56,9%)	74(67,3%)	41(70,7%)	0,076

Nota-se que existiu associação significativa entre alguns grupos de dermatoses com a faixa etária dos pacientes investigados. Observa-se que a faixa etária 80 anos ou mais está associada significativamente com o grupo de dermatoses: prurido ( $p < 0,001$ ), úlceras ( $p = 0,016$ ), lesões pré-malignas ( $p < 0,001$ ) e com lesões malignas ( $p = 0,004$ ), enquanto que a faixa etária de 60 a 69 anos está associada significativamente a alterações ungueais ( $p = 0,044$ ) e a faixa etária de 70 a 79 anos está associada ao envelhecimento cutâneo e as lesões malignas ( $p = 0,004$ ). Os demais grupos de dermatoses não estão associados significativamente a nenhuma das faixas etárias específicas ( $p > 0,05$ ). (Tabela 05)

Tabela 06 – Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos ceratoses, eczemas, pruridos e úlceras na população total e de acordo com a faixa etária em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Faixa etária			p-valor
		60-69	70-79	≥80	

		N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Ceratoses</b>					
Ceratose seborreica	132(37,8%)	60(33,1%)	43(39,1%)	29(50,0%)	0,067
Calosidade	19(5,4%)	10(5,5%)	5(4,5%)	4(6,9%)	0,814
Estucoceratose	7(2,0%)	2(1,1%)	4(3,6%)	1(1,7%)	0,323
Ceratose folicular	-	-	-	-	-
<b>Eczemas</b>					
Eczema seborreico	30(8,6%)	20(11,0%)	7(6,4%)	3(5,2%)	0,229
Eczema de estase	10(2,9%)	3(1,7%)	2(1,8%)	<b>5(8,6%)</b>	<b>0,016</b>
Eczema de contato	6(1,7%)	4(3,1%)	2(1,9%)	0(0,0%)	0,528
Neurodermite	1(0,3%)	0(0,0%)	1(0,9%)	0(0,0%)	-
Outros eczemas	20(5,7%)	12(6,6%)	8(7,3%)	0(0,0%)	0,118
<b>Pruridos</b>					
Prurido asteatósico	9(2,6%)	6(3,3%)	2(1,8%)	1(1,7%)	0,666
Prurido senil	22(6,3%)	6(3,3%)	3(2,7%)	<b>13(22,4%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Prurigo	-	-	-	-	-
Prurido couro cabeludo	-	-	-	-	-
<b>Úlceras</b>					
Úlcera por pressão	-	-	-	-	-
Úlcera por estase	7(2,0%)	1(0,6%)	3(2,7%)	3(5,2%)	0,074
Mal perfurante plantar	-	-	-	-	-
Úlcera arterial da perna	-	-	-	-	-
Úlcera traumática	1(0,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(1,7%)	-

A relação entre as dermatoses dos grupos ceratoses, eczemas, pruridos e úlceras com a faixa etária dos pacientes investigados revela que existe associação significativa entre a faixa etária de 80 anos ou mais com eczema de estase ( $p=0,016$ ) e com prurido senil ( $p<0,001$ ), sendo que os pacientes nessa faixa etária são acometidos por essas doenças no percentual de 8,6% e 22,4%, respectivamente. (Tabela 06)

Tabela 07 – Distribuição das manifestações dermatológicas do grupo envelhecimento cutâneo na população total e de acordo com a faixa etária em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Faixa etária			p-valor
		60-69	70-79	≥80	

		N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Envelhecimento</b>					
Hipomelanose gutata	60(17,2%)	27(14,9%)	25(22,7%)	8(13,8%)	0,174
Rugas	91(26,1%)	31(17,1%)	<b>39(35,5%)</b>	<b>21(36,2%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Telangiectasias	26(7,4%)	14(13,5%)	7(8,2%)	5(4,3%)	0,850
Atrofia	9(2,6%)	5(2,8%)	3(2,7%)	1(1,7%)	0,904
Poiquilodermia	82(23,5%)	24(13,3%)	<b>35(31,8%)</b>	<b>23(39,7%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Pele Romboidal	61(17,5%)	19(10,5%)	<b>28(25,5%)</b>	<b>14(24,1%)</b>	<b>0,002</b>
Púrpura	8(2,3%)	4(2,2%)	3(2,7%)	1(1,7%)	0,913
Cicatriz estelar	6(1,7%)	1(0,6%)	2(1,8%)	3(5,2%)	0,062
Poros dilatados	-	-	-	-	-
Melasma	10(2,9%)	2(1,1%)	6(5,5%)	2(3,4%)	0,094
Hiperplasia sebácea	6(1,7%)	2(1,1%)	4(3,6%)	0(0,0%)	0,149
Pseudomillium coloide	2(0,6%)	1(0,6%)	0(0,0%)	1(0,6%)	-
Rinofima	2(0,6%)	1(0,6%)	1(0,9%)	0(0,0%)	-
Favre-racouchout	-	-	-	-	-
Palidez cutânea	2(0,6%)	0(0,0%)	1(0,9%)	1(1,7%)	-

A relação entre as dermatoses do grupo referente ao envelhecimento cutâneo com a faixa etária dos indivíduos, demonstra que os pacientes pertencentes a faixa etária de 60 a 69 anos não estão associados significativamente com nenhuma das dermatoses estudadas ( $p > 0,05$ ). Já a faixa etária de 70 a 79 anos está associada às rugas ( $p < 0,001$ ), poiquilodermia ( $p < 0,001$ ) e pele romboidal ( $p = 0,002$ ). As mesmas associações significativas são encontradas para a faixa etária  $\geq 80$  anos. (Tabela 07)

Tabela 08 – Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos infectocontagiosas e intertrigos na população total e de acordo com a faixa etária em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Faixa etária			p-valor
		60-69 N (%)	70-79 N (%)	$\geq 80$ N (%)	
<b>Infectocontagiosas</b>					
Foliculite	2(0,6%)	1(0,6%)	0(0,0%)	1(1,7%)	-
Verrugas	12(3,4%)	6(3,3%)	5(4,5%)	1(1,7%)	0,629
Erisipela	4(1,1%)	1(0,6%)	3(2,7%)	0(0%)	-
Candidíase	-	-	-	-	-
Herpes simples	1(0,3%)	1(0,6%)	0(0,0%)	0(0%)	-

Herpes-zóster	-	-	-	-	-
Outras infectocontagiosas	5(1,4%)	1(0,6%)	3(2,7%)	1(1,7%)	-
<b>Intertrigos</b>					
Interdigital-pés	12(3,4%)	5(2,8%)	3(2,7%)	4(6,9%)	0,286
Submamário	2(0,6%)	1(0,6%)	1(0,9%)	0(0%)	-
Inguino-crural	8(2,3%)	5(2,8%)	2(1,8%)	1(1,7%)	0,830
Perleche	-	-	-	-	-
Outros intertrigos	13(3,7%)	7(3,9%)	6(5,5%)	0(0,0%)	0,205

Verifica-se que nenhuma das dermatoses dos grupos infectocontagiosas e intertrigos estão associadas significativamente às faixas etárias estudadas ( $p > 0,05$ ). Podemos observar que as dermatoses mais prevalentes nesses grupos foram outros intertrigos ( $n=13;3,7\%$ ), verrugas ( $n=12;3,4\%$ ) e interdigital-pés ( $n=12;3,4\%$ ). (Tabela 08)

Tabela 09 – Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos nevus, tumores benignos, lesões pré-malignas e malignas na população total e de acordo com a faixa etária em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Faixa etária			p-valor
		60-69 N (%)	70-79 N (%)	≥80 N (%)	
<b>Nevos</b>					
Nevo rubi	32(9,2%)	14(7,7%)	14(12,7%)	4(6,9%)	0,290
Nevo melanocítico	18(5,2%)	8(4,4%)	6(5,5%)	4(6,9%)	0,748
Nevo azul	2(0,6%)	0(0,0%)	1(0,9%)	1(1,7%)	-
Outros nevus	5(1,4%)	5(2,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	-
<b>Tumores benignos</b>					
Acrocórdons	11(3,2%)	7(3,9%)	4(3,6%)	0(0,0%)	0,320
Dermatose papulosa	2(0,6%)	1(0,6%)	1(0,9%)	0(0,0%)	-
Cisto epidérmico	7(2,0%)	4(2,2%)	1(0,9%)	0(0,0%)	0,515
Fibroma mole	7(2,0%)	5(2,8%)	2(1,8%)	0(0,0%)	0,420
Lipoma	4(1,1%)	1(0,6%)	1(0,9%)	2(3,4%)	-
Angioma estelar	2(0,6%)	2(1,1%)	0(0,0%)	0,0(%)	-
<b>Lesões pré-malignas</b>					
Ceratose actínica	201(57,6%)	89(49,2%)	64(58,2%)	<b>48(82,8%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Leucoplasia do lábio	2(0,6%)	1(0,6%)	1(0,9%)	0(0,0%)	-

Corno cutâneo	8(2,3%)	4(2,2%)	3(2,7%)	1(1,7%)	0,913
<b>Lesões malignas</b>					
CBC	62(17,8%)	22(12,2%)	<b>26(23,6%)</b>	<b>14(24,1%)</b>	<b>0,017</b>
CEC	32(9,2%)	12(6,6%)	13(11,8%)	7(12,1%)	0,233
MM	9(2,6%)	4(2,2%)	4(3,6%)	1(1,7%)	0,685

CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma espinocelular; MM: melanoma maligno

As frequências dos grupos de dermatoses do tipo nevus, tumores benignos, lesões pré-malignas e malignas revela que a dermatose mais prevalente entre os pesquisados foi a ceratose actínica que acometeu cerca de 58% da amostra. Em relação a associação das dermatoses destes grupos com a faixa etária dos pacientes, verificou-se que existe associação significativa entre a faixa etária de 80 anos ou mais com a ceratose actínica ( $p < 0,001$ ), bem como existe associação significativa entre os pacientes pertencentes as faixas etárias acima de 70 anos com CBC ( $p = 0,017$ ). Observa-se ainda que nenhuma das faixas etárias estão associadas significativamente com os tipos de nevo e nem com os tumores benignos ( $p > 0,05$ ). (Tabela 09)

Tabela 10 – Distribuição das manifestações dermatológicas dos grupos alterações ungueais, alterações de pelos e outras na população total e de acordo com a faixa etária em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Faixa etária			p-valor
		60-69 N (%)	70-79 N (%)	≥80 N (%)	
<b>Alterações ungueais</b>					
Estrias longitudinais	4(1,1%)	2(1,1%)	1(0,9%)	1(1,7%)	0,892
Ausência de lúnula	-	-	-	-	-
Onicólise	16(4,6%)	12(6,6%)	3(2,7%)	1(1,7%)	0,159
Onicodistrofia	17(4,9%)	11(6,1%)	2(1,8%)	4(6,9%)	0,193
Melanoníquia	1(0,3%)	0(0,0%)	1(0,9%)	0(0,0%)	-
Leuconíquia	2(0,6%)	2(1,1%)	0(0,0%)	0(0,0%)	-
Outras alt. ungueais	33(9,5%)	23(12,7%)	7(6,4%)	3(5,2%)	0,095
<b>Alterações dos pelos</b>					
Alopécia androg. Masc.	4(1,1%)	2(1,1%)	1(0,9%)	1(1,7%)	-
Canície	2(0,6%)	0(0,0%)	1(0,9%)	1(1,7%)	-
Hirsutismo	-	-	-	-	-

Madarose supra-ciliar	1(0,3%)	1(0,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	-
Alopécia androg. Fem.	12(3,4%)	8(4,4%)	4(3,6%)	0(0,0%)	0,272
Hipertricose de orelha	13(3,7%)	4(2,2%)	5(4,5%)	4(6,9%)	0,224
Outras alt. dos pelos	4(1,1%)	4(2,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	-
<b>Outras</b>					
Xerose cutânea	139(39,8%)	54(29,8%)	49(44,5%)	<b>36(62%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Dermatite ocre	9(2,6%)	5(2,8%)	3(2,7%)	1(1,7%)	0,904
Comedão	-	-	-	-	-
Cisto de millium	2(0,6%)	2(1,1%)	0(0,0%)	0(0,0%)	-
Cicatriz	4(1,1%)	0(0,0%)	3(2,7%)	1(1,7%)	-
Vitiligo	11(3,2%)	6(3,3%)	5(4,5%)	0(0,0%)	0,272
Hanseníase	-	-	-	-	-
Outras dermatoses	31(8,9%)	<b>22(12,2%)</b>	8(7,3%)	1(1,7%)	<b>0,040</b>
Melanose solar	61(17,5%)	30(16,6%)	22(20%)	9(15,5%)	0,690
Rosácea	14(4,0%)	10(5,5%)	4(3,6%)	0(0,0%)	0,170
Psoríase	28(8,0%)	<b>22(12,2%)</b>	5(4,5%)	1(1,7%)	<b>0,011</b>

Verifica-se que existe associação significativa entre a faixa etária de 80 anos ou mais com a xerose cutânea ( $p < 0,001$ ), acometendo 62% dos pacientes, essa dermatose acomete quase 40% da população geral do estudo. Outra associação significativa encontrada foi entre outras dermatoses e a faixa etária de 60 a 69 anos ( $p = 0,040$ ), sendo que essas outras dermatoses são diagnosticadas em 12,2% dessa faixa etária. Demonstra-se ainda, a associação significativa da faixa etária de 60 a 69 anos com a psoríase ( $p = 0,011$ ), onde cerca de 12,2% dos pacientes desta faixa etária são acometidos por esse tipo de dermatose. (Tabela 10)

Tabela 11 – Distribuição das 30 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e de acordo com a raça em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Raça		p-valor
		Branca N (%)	Outras N (%)	
Ceratose actínica	201(57,6%)	<b>196(59,4%)</b>	5(26,3%)	<b>0,005</b>
Xerose cutânea	139(39,8%)	132(40,0%)	7(36,8%)	0,785
Ceratose seborreica	132(37,8%)	128(38,8%)	4(21,1%)	0,121
Rugas	91(26,1%)	87(26,4%)	4(21,1%)	0,608

Poiquilodermia	82(23,5%)	79(23,9%)	3(15,8%)	0,415
CBC	62(17,8%)	59(17,9%)	3(15,8%)	0,817
Pele Romboidal	61(17,5%)	<b>61(18,5%)</b>	0(0,0%)	<b>0,039</b>
Melanose solar	61(17,5%)	60(18,2%)	1(5,3%)	0,149
Hipomelanose gutata	60(17,2%)	57(17,3%)	3(15,8%)	0,868
Outras alt. ungueais	33(9,5%)	33(10,0%)	0(0,0%)	0,147
Nevo Rubi	32(9,2%)	32(9,7%)	0(0,0%)	0,154
CEC	32(9,2%)	32(9,7%)	0(0,0%)	0,154
Outras dermatoses	31(8,9%)	29(8,8%)	2(10,5%)	0,796
Eczema seborreico	30(8,6%)	28(8,5%)	2(10,5%)	0,758
Psoríase	28(8,0%)	24(7,3%)	<b>4(21,1%)</b>	<b>0,032</b>
Telangiectasias	26(7,4%)	25(7,6%)	1(5,3%)	0,709
Prurido senil	22(6,3%)	20(6,1%)	2(10,5%)	0,436
Outros eczemas	20(5,7%)	17(5,2%)	3(15,8%)	0,052
Calosidade	19(5,4%)	17(5,2%)	2(10,5%)	0,315
Nevo melanocítico	18(5,2%)	16(4,8%)	2(10,5%)	0,277
Onicodistrofia	17(4,9%)	17(5,2%)	0(0,0%)	0,310
Onicólise	16(4,6%)	15(4,5%)	1(5,3%)	0,884
Rosácea	14(4,0%)	14(4,2%)	0(0,0%)	0,359
Outros intertrigos	13(3,7%)	12(3,6%)	1(5,3%)	0,716
Hipertricose de orelha	13(3,7%)	12(3,6%)	1(5,3%)	0,716
Interdigital-pés	12(3,4%)	12(3,6%)	0(0,0%)	0,398
Verrugas	12(3,4%)	12(3,6%)	0(0,0%)	0,398
Alopecia androg. Fem.	12(3,4%)	11(3,3%)	1(5,3%)	0,653
Acrocórdons	11(3,2%)	10(3,0%)	1(5,3%)	0,588
Vitiligo	11(3,2%)	10(3,0%)	1(5,3%)	0,588

Outras raças: negros/pardos/ignorado; CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma espinocelular

Ao relacionarmos as 30 manifestações dermatológicas mais prevalentes com a raça dos pacientes estudados, evidencia-se que a raça branca está associada a ceratose actínica ( $p=0,005$ ) e pele romboidal ( $p=0,039$ ) e as outras raças (negra, parda e ignorado) estão associadas a psoríase ( $p=0,032$ ). (Tabela 11)

Tabela 12 – Distribuição das 10 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e sua associação com hipertensão arterial sistêmica em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica	p-valor
-----------	--------------------------------	---------

	Total	Osteoporose		p-valor
		Não N (%)	Sim N (%)	
Ceratose actínica	201(57,6%)	73(49,0%)	<b>128(64,0%)</b>	<b>0,005</b>
Xerose cutânea	139(39,8%)	49(32,9%)	<b>90(45,0%)</b>	<b>0,022</b>
Ceratose seborreica	132(37,8%)	46(30,9%)	<b>86(43,0%)</b>	<b>0,021</b>
Rugas	91(26,1%)	25(16,8%)	<b>66(33,0%)</b>	<b>0,001</b>
Poiquilodermia	82(23,5%)	26(17,4%)	<b>56(28,0%)</b>	<b>0,021</b>
CBC	62(17,8%)	23(15,4%)	39(19,5%)	0,326
Pele Romboidal	61(17,5%)	19(12,8%)	<b>42(21,0%)</b>	<b>0,045</b>
Melanose solar	61(17,5%)	27(18,1%)	34(17,0%)	0,785
Hipomelanose gutata	60(17,2%)	17(11,4%)	<b>43(21,5%)</b>	<b>0,013</b>
Outras alt. ungueais	33(9,5%)	16(10,7%)	17(8,5%)	0,480

CBC: carcinoma basocelular

Quando avaliada a associação dos pacientes com HAS em relação as dermatoses, nota-se que das 10 dermatoses mais prevalentes, 7 tem associação significativa com a HAS. Observa-se que existe associação significativa da HAS com a ceratose actínica ( $p=0,005$ ), com xerose cutânea ( $p=0,022$ ), com ceratose seborreica ( $p=0,021$ ), com rugas ( $p=0,001$ ), com poiquilodermia ( $p=0,021$ ), com pele romboidal ( $p=0,045$ ) e com hipomelanose gutata ( $p=0,013$ ). (Tabela 12)

Tabela 13 – Distribuição das 10 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e sua associação com Osteoporose em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Osteoporose		p-valor
		Não N (%)	Sim N (%)	
Ceratose actínica	201(57,6%)	192(58,4%)	9(45,0%)	0,241
Xerose cutânea	139(39,8%)	133(40,4%)	6(30,0%)	0,355
Ceratose seborreica	132(37,8%)	127(38,6%)	5(25,0%)	0,223
Rugas	91(26,1%)	88(26,7%)	3(15,0%)	0,245
Poiquilodermia	82(23,5%)	79(24,0%)	3(15,0%)	0,356
CBC	62(17,8%)	56(17,0%)	6(30,0%)	0,140
Pele romboidal	61(17,5%)	<b>61(18,5%)</b>	0(0,0%)	<b>0,034</b>
Melanose solar	61(17,5%)	54(16,4%)	<b>7(35,0%)</b>	<b>0,034</b>
Hipomelanose gutata	60(17,2%)	56(17,0%)	4(20,0%)	0,732
Outras alt. ungueais	33(9,5%)	32(9,7%)	1(5,0%)	0,417



CBC: carcinoma basocelular

Houve associação entre a presença de osteoporose com melanose solar ( $p=0,034$ ), ainda, verificou-se que os pacientes sem osteoporose estão associados à pele romboidal ( $p=0,034$ ). (Tabela 13)

Tabela 14. Distribuição das 10 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e sua associação com diabetes mellitus em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Diabetes mellitus		p-valor
		Não N (%)	Sim N (%)	
Ceratose actínica	201(57,6%)	168(58,9%)	33(51,6%)	0,280
Xerose cutânea	139(39,8%)	111(38,9%)	28(43,8%)	0,478
Ceratose seborreica	132(37,8%)	105(36,8%)	27(42,2%)	0,426
Rugas	91(26,1%)	64(22,5%)	<b>27(42,2%)</b>	<b>0,001</b>
Poiquilodermia	82(23,5%)	59(20,7%)	<b>23(35,9%)</b>	<b>0,009</b>
CBC	62(17,8%)	53(18,6%)	9(14,1%)	0,391
Pele romboidal	61(17,5%)	42(14,7%)	<b>19(29,7%)</b>	<b>0,004</b>
Melanose solar	61(17,5%)	48(16,8%)	13(20,3%)	0,509
Hipomelanose gutata	60(17,2%)	44(15,4%)	16(25,0%)	0,067
Outras alt. ungueais	33(9,5%)	25(8,8%)	8(12,5%)	0,357

Existiu associação significativa entre DM, rugas ( $p=0,001$ ), poiquilodermia ( $p=0,009$ ) e pele romboidal ( $p=0,004$ ). (Tabela 14)

Tabela 15 – Distribuição das lesões malignas na população total e sua associação com comorbidades em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Diabetes mellitus		p-valor
		Não N (%)	Sim N (%)	
<b>Lesões malignas</b>				
CBC	62(17,8%)	53(18,6%)	62(14,1%)	0,391
CEC	32(9,2%)	30(10,5%)	2(3,1%)	0,064
MM	9(2,6%)	9(3,2%)	0(0,0%)	0,150

CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma espinocelular; MM: melanoma maligno

Verifica-se que não existiu associação significativa de nenhuma das lesões malignas com a DM. Percebe-se, ainda, que dentre as pessoas diabéticas a lesão mais prevalente é o CBC e nenhum paciente apresentava melanoma. (Tabela 15)

Tabela 16 – Distribuição das 10 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e sua associação com dislipidemia em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Dislipidemia		p-valor
		Não N (%)	Sim N (%)	
Ceratose actínica	201(57,6%)	156(56,9%)	45(60,0%)	0,634
Xerose cutânea	139(39,8%)	116(42,3%)	90(30,7%)	0,067
Ceratose seborreica	132(37,8%)	104(38,0%)	28(37,3%)	0,391
Rugas	91(26,1%)	76(27,7%)	15(20,0%)	0,176
Poiquilodermia	82(23,5%)	70(25,5%)	12(16,0%)	0,084
CBC	62(17,8%)	52(19,0%)	10(13,3%)	0,257
Pele Romboidal	61(17,5%)	<b>55(20,1%)</b>	6(8,0%)	<b>0,015</b>
Melanose solar	61(17,5%)	44(16,1%)	17(22,7%)	0,182
Hipomelanose gutata	60(17,2%)	31(18,6%)	9(12,0%)	0,179
Outras alt. ungueais	33(9,5%)	26(9,5%)	7(9,3%)	0,967

CBC: carcinoma basocelular

Verifica-se a existência de associação significativa entre a dislipidemia e a pele romboidal, sendo que os pacientes não dislipidêmicos apresentam maior prevalência desta dermatose. (Tabela 16)

Tabela 17 – Distribuição das 30 manifestações dermatológicas mais prevalentes na população total e sua associação com patologias associadas em 349 pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUSM entre maio e agosto de 2016.

Variáveis	Total	Patologias associadas		p-valor
		Não N (%)	Sim N (%)	
Ceratose actínica	201(57,6%)	36(51,4%)	165(59,1%)	0,243
Xerose cutânea	139(39,8%)	28(40,0%)	111(39,8%)	0,974
Ceratose seborreica	132(37,8%)	21(30,0%)	111(39,8%)	0,131
Rugas	91(26,1%)	11(15,7%)	<b>80(28,7%)</b>	<b>0,027</b>
Poiquilodermia	82(23,5%)	13(18,6%)	69(24,7%)	0,177

CBC	62(17,8%)	15(21,4%)	47(16,8%)	0,370
Pele romboidal	61(17,5%)	12(17,1%)	49(17,6%)	0,934
Melanose solar	61(17,5%)	5(7,1%)	<b>56(20,1%)</b>	<b>0,011</b>
Hipomelanose gutata	60(17,2%)	11(15,7%)	49(17,6%)	0,714
Outras alt. ungueais	33(9,5%)	8(11,4%)	25(9,0%)	0,528
Nevo rubi	32(9,2%)	5(7,1%)	27(9,7%)	0,511
CEC	32(9,2%)	8(11,4%)	24(8,6%)	0,464
Outras dermatoses	31(8,9%)	6(8,6%)	25(9,0%)	0,918
Eczema seborreico	30(8,6%)	6(8,6%)	24(8,6%)	0,993
Psoríase	28(8,0%)	7(10,0%)	21(7,5%)	0,496
Telangiectasias	26(7,4%)	8(11,4%)	18(6,5%)	0,156
Prurido senil	22(6,3%)	2(2,9%)	20(7,2%)	0,184
Outros eczemas	20(5,7%)	7(10,0%)	13(4,7%)	0,086
Calosidade	19(5,4%)	4(5,7%)	15(5,4%)	0,911
Nevo melanocítico	18(5,2%)	4(5,7%)	14(5,0%)	0,814
Onicodistrofia	17(4,9%)	4(5,7%)	13(4,7%)	0,714
Onicólise	16(4,6%)	4(5,7%)	12(4,3%)	0,613
Rosácea	14(4,0%)	<b>6(8,6%)</b>	8(2,9%)	<b>0,030</b>
Outros intertrigos	13(3,7%)	4(5,7%)	9(3,2%)	0,326
Hipertricose orelha	13(3,7%)	3(4,3%)	10(3,6%)	0,782
Interdigital-pés	12(3,4%)	3(4,3%)	9(3,2%)	0,663
Verrugas	12(3,4%)	4(5,7%)	8(2,9%)	0,242
Alopecia androg. fem.	12(3,4%)	1(1,4%)	11(3,9%)	0,302
Acrocórdons	11(3,2%)	1(1,4%)	10(3,6%)	0,356
Vitiligo	11(3,2%)	1(1,4%)	10(3,6%)	0,356

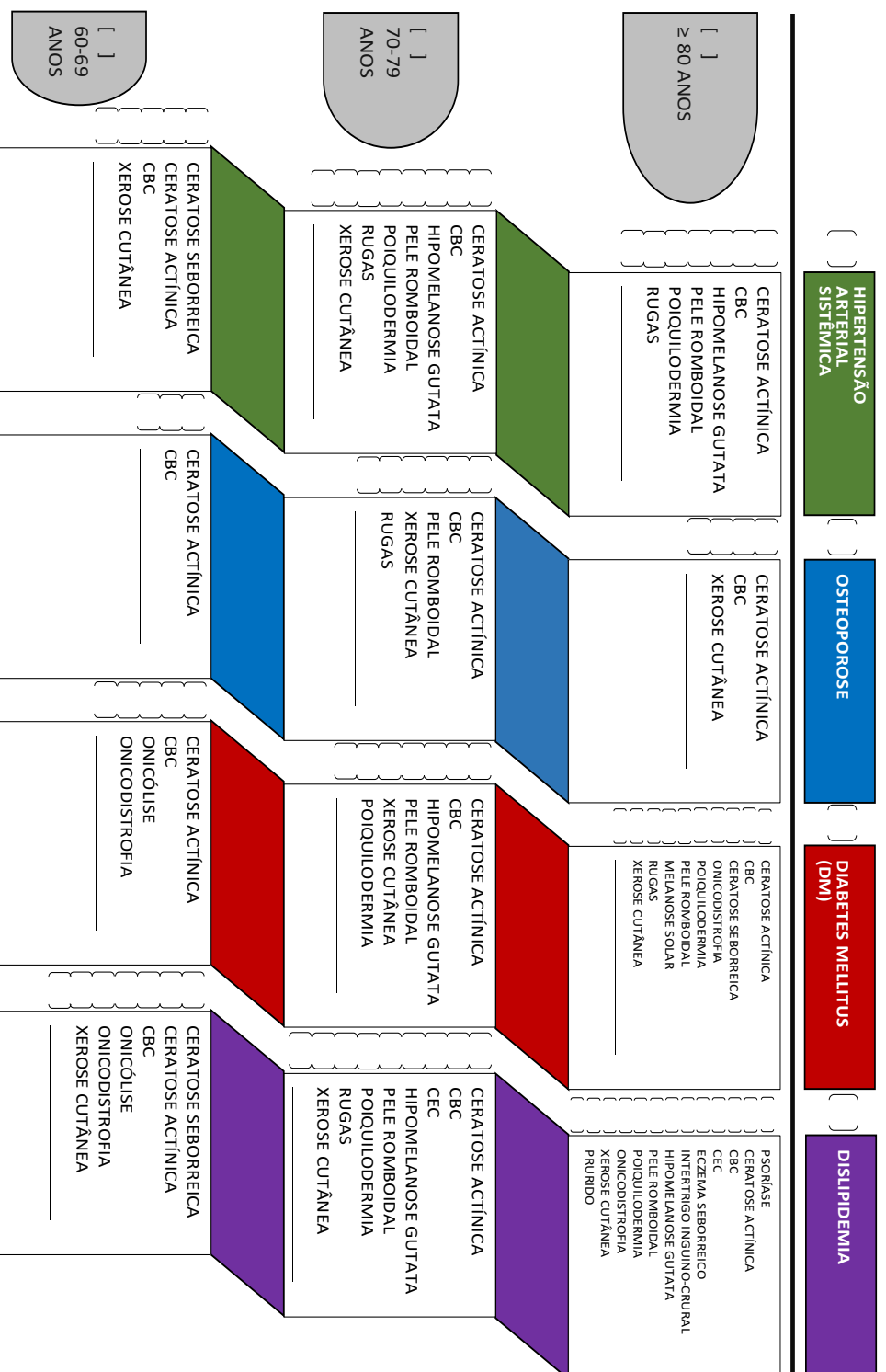
CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma espinocelular

Observa-se que existiu associação significativa entre a presença de patologias associadas com rugas ( $p=0,027$ ) e melanose solar ( $p=0,011$ ). Outra associação significativa encontrada refere a ausência de patologias associadas com rosácea ( $p=0,03$ ). (Tabela 17)

Frente aos achados descritos, criamos um *check-list* para auxílio no diagnóstico das dermatoses nas consultas geriátricas. Relacionamos as mais prevalentes com as principais doenças sistêmicas associadas (HAS, DM, osteoporose e dislipidemia) e a

faixa etária (60-69 anos, 70-79 anos e  $\geq 80$  anos), podendo assim, traçar um caminho mais fácil para o diagnóstico. (Figura 1)

Figura 1 – *Check-list* das dermatoses mais prevalentes associadas com doenças sistêmicas e faixa etária.



**Instruções para preenchimento:**

1. Identificar faixa etária.
2. Identificar comorbidades.
3. Relacionar dermatoses encontradas

## 5 DISCUSSÃO

A população idosa está crescendo e, concomitante a isso, a prevalência das dermatoses nessa população. No presente estudo, prevaleceu a raça branca em 94,5% dos casos assim como nos estudos realizados nas cidades de Santos (Dinato et al., 2008) (86%) e Volta Redonda (Pegas et al., 2013) (67,5%).

Dentre as doenças sistêmicas, houve maior prevalência de HAS, dislipidemia e DM assim como no estudo realizado em Taiwan (Tseng et al., 2014). Já nos estudos realizados na Polônia (Reszke et al., 2015) e Índia (Raveendra, 2014), HAS e DM também estavam entre as mais prevalentes. HAS e DPOC estavam estatisticamente associadas com a faixa etária  $\geq 80$  anos, assim como dislipidemia estava associada com a faixa etária de 60-69 anos.

Os grandes grupos de dermatoses mais prevalentes foram outras dermatoses (62,5%), pré-malignas (59,9%), ceratoses (50,1%) e envelhecimento (45,3%). Esses dados variam em outros estudos, onde foram encontrados como mais prevalentes os eczemas (Yalçin et al., 2006), infectocontagiosas (Pegas et al., 2013), neoplasias malignas (Darjani et al., 2013) e prurido (Raveendra, 2014).

A segunda dermatose mais prevalente foi a xerose cutânea com 39,8% dos casos. Esta alta prevalência também foi encontrada em um estudo polonês em que correspondia a 58,6% (Reszke et al., 2015). Já na faixa etária  $\geq 80$  anos, nosso estudo apresentou 62,1% ( $p < 0,001$ ) dos pacientes com xerose, fato que não ocorreu em outro estudo brasileiro (Sittart e Zanardi, 2008), onde correspondia a 11,4%. Essa discrepância entre nossos estudos pode ser justificada pelo fato de que foram levadas em conta apenas as queixas primárias e secundárias de cada paciente  $\geq 80$  anos nesse trabalho. A ceratose seborreica é uma dermatose extremamente comum e estava presente em 37,8% dos pacientes atendidos. Em outros estudos, mostrou-se mais prevalente ainda, estando presente de 46,6% a 56% dos pacientes (Dinato et al., 2008; Raveendra, 2014; Reszke et al., 2015).

No nosso estudo, nenhuma das dermatoses do grupo infectocontagiosas e intertrigos alcançaram associação significativa às faixas etárias estudadas.

O herpes-zóster é causada pela reativação do vírus varicela-zóster, latente nos gânglios das raízes dorsais da medula espinhal. Em outros estudos, apresentou-se como uma dermatose prevalente na população idosa (Darjani et al., 2013; Jindal et

al., 2016; Raveendra, 2014; Thapa et al., 2012; Yalçin et al., 2006). Curiosamente, no nosso estudo não houve casos dessa doença, o que provavelmente deve-se ao fato de esses pacientes buscarem atendimento nas emergências quando estão com lesões e, quando chegam ao nosso ambulatório, já realizaram o tratamento com melhora das mesmas.

A ceratose actínica pode ser encontrada em todas as raças, mas é mais comum em pessoas de pele clara, em nosso estudo, houve associação estatística entre a raça branca e ceratose actínica. Nosso estudo verificou que as lesões pré-malignas foram as mais comuns em todas as faixas etárias. Dentre essas, a mais comum foi a ceratose actínica (57,6%), e está estatisticamente associada com a faixa etária  $\geq 80$  anos ( $p < 0,001$ ). Esse fato também ocorreu na faixa etária  $\geq 80$  anos no estudo realizado em São Paulo (Sittart e Zanardi, 2008), mas não ocorreu em Taiwan (Darjani et al., 2013).

O câncer de pele não melanoma é a neoplasia maligna mais comum em ambos os sexos no Brasil (INCA, 2015). O CBC é a neoplasia cutânea mais comum, sendo responsável por 70% dos casos (Brandão e Brandão, 2011). A taxa de incidência do CBC também aumenta com a idade, e a idade média do diagnóstico é de 68 anos (Bologna et al., 2015). Dentre as neoplasias malignas, a prevalência se mostrou compatível com a literatura, tendo o CBC como mais prevalente, seguido de CEC e MM. Houve associação entre CBC e as faixas etárias de 70-79 anos e  $\geq 80$  anos.

A pele romboidal caracteriza-se por enrugamento e franzimento cutâneo profundo associado a uma textura semelhante a couro principalmente devido aos efeitos crônicos do fotoenvelhecimento em pacientes de pele clara (Bologna et al., 2015) e, em nosso estudo, também esteve estatisticamente associada com a raça branca. A psoríase, doença cutânea poligênica imunomediada, caracterizada por placas eritemato-descamativas, estava associada com as outras raças (negros, pardos e ignorado).

Nos pacientes hipertensos, houve associação estatística entre essa patologia e ceratose actínica, xerose cutânea, ceratose seborreica, rugas, poiquilodermia, pele romboidal e hipomelanose gutata. Quanto a osteoporose, a melanose solar esteve estatisticamente associada com seu diagnóstico, já sua ausência esteve associada com a presença de pele romboidal.

Em Taiwan, foi realizado um estudo transversal com 313 pacientes, sendo 70 deles portadores de DM. As dermatoses mais prevalentes nesses pacientes foram infecções fúngicas, dermatopatia diabética, púrpura e escabiose. Encontrou-se uma significância estatisticamente comprovada entre DM e úlceras crônicas, dermatopatia diabética e prurido (Tseng et al., 2014). Já em nosso estudo, as mais prevalentes em diabéticos foram ceratose actínica, xerose cutânea, ceratose seborreica e rugas, mas houve associação significativa apenas entre DM e piquilodermia, rugas e pele romboidal. Não houve associação estatística entre as neoplasias malignas e DM.



## 6 CONCLUSÃO

A população idosa está aumentando exponencialmente com a diminuição da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida e com isso, as consultas geriátricas aumentarão em número, trazendo suas particularidades em todas as especialidades. Na dermatologia, ocorre um aumento da incidência de doenças pouco comuns nas outras faixas etárias, o que dificulta o diagnóstico para os médicos, ainda mais quando se tem pouca experiência com essa população.

Várias das manifestações dermatológicas encontradas em nosso estudo são passíveis de prevenção, necessitando abranger o processo de educação em saúde e desenvolvendo atitudes preventivas dessas dermatoses geriátricas na população. Tendo como principal objetivo o envelhecimento saudável, é função das políticas de saúde alcançar o resultado de um envelhecimento ativo e saudável. Recomendamos que novos estudos sejam feitos para desenvolvermos uma melhor logística no atendimento das alterações cutâneas do idoso. Por último, ao entendermos essas alterações, buscaremos novas ações terapêuticas e medidas preventivas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUCHAIM, S.; EIDT, L. M.; VIEGAS, K. Úlceras por pressão, nutrição e envelhecimento cutâneo. In: SCHWANKE, C. H. A. et al. **Atualizações em Geriatria e Gerontologia III: nutrição e envelhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 223-50.

ARAÚJO, M. G.; AGUILAR, C. R. Principais alterações dermatológicas no idoso. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 583-93.

AZULAY, D. R.; AZULAY, R. D. Farmacodermias. In: AZULAY, D. R.; AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 472-82.

BOLOGNIA, J. L.; JORIZZO, J. L.; RAPINI, R. P. **Dermatology**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BOLOGNIA, J. L.; JORIZZO, J. L.; RAPINI, R. P. **Dermatology**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

BRANDÃO, A. R.; BRANDÃO, T. C. R. Envelhecimento cutâneo. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1049-55

BRANDÃO, A. R.; BRANDÃO, T. C. R. Envelhecimento cutâneo. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 1195-202.

BRASIL. Lei n. 10741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)> Acesso em: 24 abr. 2017.

CALIL, D. A.; HADDAD JR, V. Infecções bacterianas na pele. In: LUPI, O.; BELO, J.; CUNHA, P. R. **Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2010. p. 288-95.

CAMPBELL, G. A. M. et al. A pele do idoso: a propósito de 150 observações. **An Bras Dermatol**, v. 70, n. 6, p. 511-4, 1995. ISSN 1806-4841. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/1436/A-pele-do-idoso--a-proposito-de-150-observacoes/>>

CAVAZANA, W. C. et al. Açúcar (sacarose) e triglicerídeos de cadeia média com ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas cutâneas: estudo experimental em ratos. **An Bras Dermatol**, v. 84, n. 3, p. 229-36, 2009. ISSN 1806-4841. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n3/v84n03a03.pdf>>

CHAIMOWICZ, F. Tomada de decisão em geriatria. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 149-55.

CVITANOVIC, H. et al. Skin Disease in a Geriatric Patients Group in Outpatient Dermatologic Clinic Karlovac, Croatia. **Coll Antropol**, v. 34, n. 2, p. 247-251, 2010. ISSN 0350-6134. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23149709>>

DARJANI, A. et al. Skin Disorders among Elder Patients in a Referral Center in Northern Iran (2011). **Dermatol Res Pract**, v. 2013, p. 1-4. ISSN 1687-6113. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722782/>>

DINATO, S. L. M. et al. Prevalência de dermatoses em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 6, p. 543-7, 2008. ISSN 1806-9282. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302008000600020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt/](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt/)>

EIDT, L. M. Manifestações dermatológicas em idosos ambulatoriais, internados e institucionalizados de Porto Alegre – RS. 2010. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10923/3702/>>

FARAGE, M. A. et al. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. **Am J Clin Dermatol**, v. 10, n. 2, p. 73-86, 2009. ISSN 1179-1888. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19222248>>

FITZPATRICK, T. B. et al. **Tratado de Dermatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

FREITAS, P. M.; MACHADO, D. C. Teorias do envelhecimento. In: SCHWANKE, C. H. A. et al. **Atualizações em Geriatria e Gerontologia II: abordagem multidimensional e interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 87-102.

HUMBERT, P. et al. Recommendations for managing cutaneous disorders associated with advancing age. **Clinical Interventions in Aging**, v. 11, p. 141-8, 2016. ISSN 1178-1998. Disponível em: <<http://europepmc.org/articles/PMC4758790>>

HUYNH, T. H.; NORMAN, R. A. Scabies and pediculosis. **Dermatol Clin**, v. 22, n. 1, p. 7-11, 2004. ISSN 1558-0520. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15018008>>

IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades de Federação: 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> Acesso em 24 abr. 2017.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **Coordenação de População e Indicadores de Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>> Acesso em: 24 abr. 2017.

INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. **INCA**, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em 24 abr. 2017.

JAFFERANY, M. et al. Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in an aging population. **Int J Dermatol**, v. 51, p. 509-22, 2012. ISSN 1365-4632. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2011.05311.x/abstract/>>

JENKINS, G. Molecular mechanisms of skin ageing. **Mech Ageing Dev**, v. 123, n. 7, p. 801-10, 2002. ISSN 0047-6374. Disponível em: <[http://jlandbiotech.com/upLoad/down/month\\_1508/201508281511083526.pdf](http://jlandbiotech.com/upLoad/down/month_1508/201508281511083526.pdf)>

JINDAL, R. et al. Skin Disorders Among Geriatric Population at a Tertiary Care Center in Uttarakhand. **J Clin Diagn Res**, v. 10, n. 3, p. 6-8, 2016. ISSN 0973-709X. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27134982>>

LAUBE, S.; FARREL, A. M. Bacterial skin infections in the elderly: diagnosis and treatment. **Drugs Aging**, v. 19, n. 5, p. 331-42, 2002. ISSN 1179-1969. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12093320>>

LOO, D. S. Cutaneous fungal infections in the elderly. **Dermatol Clin**, v. 22, n. 1, p. 33-50, 2004. ISSN 1558-0520. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15018008?dopt=Abstract>>

LUPI, O. Herpes simples. In: LUPI, O.; BELO, J.; CUNHA, P. R. **Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2010. p. 255-61.

MAKRANTONAKI, E.; ZOUBOULIS, C. C. Skin alterations and disease in advanced age. **Drug Discov Today Dis Mech**, v. 5, n. 2, p. 153-62, 2008. ISSN 1740-6757. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740676508000412>>

MARINI, M. F. D. V. Úlceras de pressão. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 981-92.

MARQUES, S. A. Conceito, epidemiologia, genética e imunopatogênese. In: Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Consenso Brasileiro de Psoríase 2009**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2009. p. 1709-25.

MORIGUCHI, Y.; NASCIMENTO, N. M. R. Geriatria preventiva. In: SCHNEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A. **Atualizações em Geriatria e Gerontologia: da pesquisa básica à prática clínica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 87-102.

NASCIMENTO, L. V.; PORTO, J. A. Incidência de dermatoses em idosos. **An Bras Dermatol**, v. 65, n. 3, p. 135-7, 1990. ISSN 1806-4841. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=87883&indexSearch=ID/](http://bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=87883&indexSearch=ID/)>

NETTO, M. P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

PAUL, C. et al. Prevalence and risk factors of xerosis in the elderly: a cross-sectional epidemiological study in primary care. **Dermatology**, v. 223, n. 3, p. 260-5, 2011. ISSN 1421-9832. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/PDF/334631/>>

PEGAS, L. A. C. S. et al. Dermatoses prevalentes em idosos atendidos em um ambulatório de dermatologia de uma unidade básica de saúde (Policlínica UniFOA) de Volta Redonda, RJ, entre 2002 e 2010. **Cadernos UniFOA**, v. 8, n.1, p. 39-44, 2013. ISSN 1809-9475. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/revistas/index.php/cadernos/article/view/85>>

PERYASSÚ, M. A. **Biologia do envelhecimento**. 2001. Disponível em: <<http://www.ipele.com.br/livro/>>

RAVEENDRA, L. A clinical study of geriatric dermatoses. **Our Dermatol Online**, v. 5, n. 3, p. 235-239, 2014. ISSN 2081-9390. Disponível em: <<http://www.odermatol.com/odermatology/32014/1.geriatric-RaveendraL.pdf>>

REIS, C. M. S. Dermatofitoses. In: LUPI, I.; BELO, J.; CUNHA, P. R. **Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2010. p. 103-9.

RESZKE, R. et al. Skin disorders in elderly subjects. **Int J Dermatol**, v. 54, n. 9, p. 332-8, 2015. ISSN 1365-4632. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148310>>

REUBEN, D. B.; HERR, K. A.; PAKALA, J. T. Skin ulcers. In: REUBEN, D. B. et al. **Geriatrics at your fingertips**. New York: The American Geriatrics Society, 2009. p. 217-25.

RUIZ, L. R. B.; FRAMIL, V. M. S.; ZAITZ, C. Candidíases. In: LUPI, O.; BELO, J.; CUNHA, P. R. **Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2010. p. 354-65.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

SITTARD, J. A. S.; ZANARDI, F. H. T. Prevalência das dermatoses em pacientes da 4a idade. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 6, n. 4, p. 125-9, 2008. ISSN 1679-1010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n4/a125-129.pdf/>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 6, p. 549-58, 2006.

ISSN 1806-4841. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a06.pdf/>>

THAPA, D. P. et al. Dermatological problems in geriatric patients: a hospital based study. **Nepal Med Coll J**, v. 14, n. 3, p. 193-5, 2012. Disponível em:  
<<http://nmcth.edu/images/gallery/Original%20Articles/qlz9DP%20Thapa.pdf>>

TSENG, H. W. et al. High prevalence of cutaneous manifestations in the elderly with diabetes mellitus: an institution-based cross-sectional study in Taiwan. **J Eur Acad Dermatol Venereol**, v. 29, n. 8, p. 1631-5, 2015. ISSN 1468-3083. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25178455>>

VIEIRA, F. N. M. **Mecanismos moleculares do envelhecimento cutâneo: dos cromossomos às rugas**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.

WEINBERG, J. M.; SCHEINFELD, N. S. Cutaneous infections in the elderly: diagnosis and management. **Dermatol Ther**, v. 16, n. 3, p. 195-205, 2003. ISSN 1529-8019. Disponível em:  
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1529-8019.2003.01629.x/abstract>>

WEINBERG, J. M.; VAFAIE, J.; SCHEINFELD, N. S. Skin infections in the elderly: diagnosis and treatment. **Dermatol Clin**, v. 22, n. 1, p. 51-61, 2004. ISSN 1558-0520. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15018009>>

WONG, J. W.; KOO, J. Y. M. Dermatogeriatrics: a case for developing a new dermatology subspecialty. **J Dermatolog Treat**, v. 24, n. 5, p. 324-26, 2013. ISSN 1471-1753. Disponível em:  
<<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09546634.2012.671913>>

YALÇIN, B. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. **Int J Dermatol**, v. 45, p. 672-6, 2006. ISSN 1365-4632. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796625>>

## APÊNDICE A – FORMULÁRIO DA PESQUISA

Ambulatório do HUSM:	SAME n°:
Nome:	Somente para controle do pesquisador.
Idade:	Data de nascimento:
Sexo:	(1) Masculino (2) Feminino
Raça:	(1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Outras
Profissão: Atividade atual: Profissão anterior:	Quanto tempo? Quanto Tempo?
Escolaridade:	(1) Analfabeto (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo (4) Médio completo (5) Médio incompleto (6) outro: Superior, pós-graduação, ignorado
Patologias associadas:	Quais?
Medicações em uso:	Quais?
História familiar de doenças dermatológicas:	Quais?
Fototipo (classificação de Fitzpatrick):	1 a 6
História prévia de câncer de pele:	Diagnóstico:

Patologias associadas: HAS, cardiopatia, DM, osteoporose, câncer, infecções, AVE, demência, IRC, pneumonia, artrose, DPOC, anemia, artrite, catarata, glaucoma, gota, hipotireoidismo, próteses ortopédicas, trombose.

<b>Ceratoses</b>	<b>local</b>	<b>Observações</b>
Ceratose seborreica		
Calosidade		
Estucoceratose		
Ceratose folicular		
<b>Eczemas</b>		
Eczema seborreico		
Eczema de estase		
Eczema de contato		
Neurodermite circunscrita		
Outros eczemas		
<b>Pruridos</b>		
Prurido asteatósico		
Prurido senil		
Prurigo		
Prurido couro cabeludo		
<b>Úlceras</b>		
Úlcera por pressão		
Úlcera de estase		
Mal perfurante plantar		
Úlcera arterial da perna		
Úlcera traumática		
<b>Envelhecimento cutâneo</b>		
Hipomelanose gutata		
Rugas		
Telangiectasias		
Atrofia		
Poiquilodermia		
Pele Romboidal		
Púrpura		
Cicatriz estelar		
Poros dilatados		
Melasma		
Hiperplasia sebácea		
Pseudomillium colóide		
Rinofima		
Favre-racouchout		
Palidez cutânea		
<b>Infecção-contagiosas</b>		
Foliculite		
Verrugas		
Erisipela		
Candidíase		



Herpes simples		
Herpes-zoster		
Outras		
<b>Intertrigos</b>		
Interdigital – pés		
Submamário		
Inguino-crural		
Perleche		
Outros		
<b>Nevos</b>		
Nevo rubi		
Nevo melanocítico		
Nevo azul		
Outros		
<b>Tumores benignos</b>		
Acrocórdons		
Dermatose papulosa nigra		
Cisto epidérmico		
Fibroma mole		
Lipoma		
Angioma estelar		
<b>Lesões pré-malignas</b>		
Ceratose actínica		
Leucoplasia do lábio		
Corno cutâneo		
<b>Lesões malignas</b>		
Carcinoma basocelular		
Carcinoma epidermóide		
Melanoma		
<b>Alterações ungueais</b>		
Estrias longitudinais		
Ausência da lúnula		
Onicólise		
Onicodistrofia		
Melanoníquia		
Leuconíquia		
Outras		
<b>Alterações dos pelos</b>		
Alopécia androgenética masculina		
Canície		
Hirsutismo		
Madarose supra-ciliar		

Alopécia androgenética feminina		
Hipertricose de orelha		
Outras		
<b>Outras</b>		
Xerose cutânea		
Dermatite ocre		
Comedão		
Cisto de millium		
Cicatriz		
Vitiligo		
Hanseníase		
Outras		
Melanose solar		
Rosácea		
Psoríase		

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de consentimento livre e esclarecido

**Título do estudo:** Prevalência das dermatoses em idosos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria

**Pesquisador responsável:** Melissa Agostini Lampert

**Instituição/Departamento:** Dermatologia HUSM

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 3213-1780. Avenida Roraima, 1000, HUSM, sala 00, ala 01, 97105-970 - Santa Maria - RS.

**Local da coleta de dados:** HUSM

Eu, Melissa Agostini Lampert, responsável pela pesquisa Prevalência das dermatoses em idosos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende estudar as doenças de pele e outras doenças associadas mais comuns nos idosos no HUSM. Acreditamos que ela seja importante porque vai permitir um conhecimento maior das doenças de pele mais comuns no idoso e também vai permitir que se conheça quais outras doenças que podem ser encontradas.

Para sua realização será feito o seguinte: exame físico e dermatoscópico da pele (visualização da pele com uma lupa) por médico dermatologista sem nenhum desconforto para você, será realizada fotografia das lesões de pele garantindo sigilo da sua identidade.

É importante ressaltar que riscos existem, como o cansaço e o desconforto que pode haver ao responder ao questionário, em decorrência da pesquisa ser realizada dentro de um ambiente ambulatorial do HUSM. Como benefício, poderá ocorrer benefício indireto, através do conhecimento gerado pelo estudo.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores no HUSM ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da UFSM.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pela rede sus e/ou HUSM.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

*Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2o andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.*

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens. As mesmas serão mantidas no ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Melissa Agostini Lampert. Após este período os dados serão destruídos.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento.

Assinatura ou impressão digital do voluntário ou responsável

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Melissa Agostini Lampert

Coordenadora do projeto (responsável pela guarda dos dados coletados)

Santa Maria,

## APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

### Termo de confidencialidade

**Título do projeto:** Prevalência das dermatoses em idosos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria

**Pesquisador responsável:** Melissa Agostini Lampert

**Instituição/Departamento:** Dermatologia HUSM

**Telefone:** (55) 3213-1780

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de indagação ao paciente ou seu acompanhante e exame físico durante a consulta. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário de Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Melissa Agostini Lampert. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., e recebeu o número Caae .....

Santa Maria,

Assinatura do pesquisador responsável.