



Cuidados cutâneos e dermatoses prevalentes em idosos atendidos em uma clínica privada e sua relação com comorbidades

Prevalent skin and dermatoses care in older adults treated at a private clinic and its relationship with comorbidities

Ana Carolina Mariani¹

Fernanda Santos Pozzi²

Jane de Eston Armond¹

Carmen Guilherme Christiano de Matos Vinagre¹

Resumo

Objetivo: Identificar e avaliar a prevalência das alterações de pele nas pessoas idosas pesquisadas, assim como detectar o fototipo de pele de acordo com a classificação de Fitzpatrick e avaliar se houve associação entre as alterações apresentadas com fatores que as predis põem (tabagismo, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial). Além disso, avaliar o nível de conhecimento dos mesmos em relação aos cuidados com a pele. **Método:** Trata-se de estudo transversal realizado de abril a agosto de 2018 sendo a amostra selecionada por conveniência, 80 idosos frequentadores da clínica privada. Aplicado questionário aos idosos para saber os cuidados com a pele e ficha de atendimento com informações sobre exame físico da pele. Dados analisados pelo método do qui-quadrado ou exato de Fisher. Para determinar o efeito independente das variáveis exploratórias sobre a variável resposta foi utilizada a regressão de Poisson. **Resultados:** trata-se de população de baixa escolaridade, baixa renda que não cuida adequadamente de sua pele e 70% apresentam fototipo 4. A maioria (73%) conhece o que é o câncer de pele e cerca de 50% não faz uso de protetor solar nem hidratante. Não houve diferença significativa entre os sexos ($p > 0,05$). Cerca da metade dos idosos relatou ter sido orientada sobre os cuidados cutâneos. Setenta e dois por cento conhecem os perigos da exposição solar. A alteração cutânea mais encontrada foi a melnose e foi encontrada associação entre diabetes e ceratose. **Conclusão:** Trata-se de população de baixa renda, baixa escolaridade e que se expõe ao sol, não faz uso devido de protetor solar e nem hidratantes, busca informação de saúde com o médico e conhece o que é o câncer de pele.

Palavras-chave:

Envelhecimento.
Envelhecimento da pele.
Dermatoses. Diabetes Mellitus.

¹ Universidade de Santo Amaro, Departamento de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

² Instituto de Pesquisa e Educação em Saúde de São Paulo, Programa de pós graduação em Biomedicina e Farmácia Estética, São Paulo, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence

Carmen Guilherme Christiano de Matos Vinagre
carmchris@yahoo.com

Recebido: 26/09/2019

Aprovado: 20/04/2020

Abstract

Objectives: To identify and assess the prevalence of skin changes in the older adults surveyed, as well as to detect skin phototype according to the Fitzpatrick classification and to assess whether there was an association between the changes identified and predisposing factors (smoking, diabetes *mellitus* and hypertension). Additionally, evaluate the level of knowledge of the subjects regarding skin care. **Method:** A cross-sectional study was conducted in April to August 2018, based on a convenience sample of 80 older adults attending a private clinic. A questionnaire was applied among the subjects to identify their skin care and an answer sheet was completed by the researcher with information about the physical examination of the skin. Data were analyzed by the chi square or Fisher's exact method. Poisson regression was used to determine the independent effect of the exploratory variables on the response variable. **Results:** The sampled population had a low level of education and was low-income and did not take proper care of their skin, while 70% were skin phototype 4. Most (73%) were aware of what skin cancer is and a significant portion 50% did not use sunscreen or moisturizer. There was no significant difference between the sexes ($p>0.05$). About half of the older adults reported having been instructed about skin care. Seventy two percent knew about the dangers of sun exposure. The most common skin alteration was melanosis and an association was found between diabetes and keratosis. **Conclusions:** The study population was low income, with a low level of education. They were exposed to the sun and did not make proper use of sunscreen or moisturizers, but sought health information from their doctor and knew what skin cancer was.

Keywords: Aging. Skin Aging. Skin Diseases. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

Muitos estudos visam abordar o envelhecimento populacional sobre várias perspectivas, porém, o envelhecimento cutâneo, observado do ponto de vista do próprio idoso, ainda não é tão abordado¹.

O envelhecimento cutâneo é um fenômeno complexo e multifatorial. Não há uma única explicação para esse processo e muitos aspectos ainda são desconhecidos². A complexidade se dá pela própria estrutura da pele que é composta pela epiderme, derme, matriz extracelular, estruturas vasculares e anexos cutâneos². Aos 65 anos, há perda da estrutura da derme tornando-se achatada e diminuição da proliferação celular acarretando maior suscetibilidade a traumas e penetração dos agentes infecciosos³.

As doenças crônicas que afetam os idosos, sobretudo o diabetes, podem predispor a feridas⁴, porém, os idosos têm que lidar com muitas outras alterações da pele como a púrpura e a melanose senil, sendo muitas delas confundidas com doenças.

Diante de todas as alterações fisiológicas do envelhecimento⁵ que afetam cerca de 40% dessa

população e que contribuem para a ocorrência de muitas lesões na pele do idoso como: ressecamento, prurido, calosidades, vesículas, bolhas, úlceras, tumores benignos e malignos, é de grande importância que essa população tenha conhecimento dos cuidados necessários para prevenção de doenças de pele⁶ como melanomas, carcinomas, ceratose senil.

O objetivo do presente estudo foi identificar e avaliar a prevalência das alterações de pele nos idosos pesquisados, assim como detectar o fototipo de pele de acordo com a classificação de Fitzpatrick e avaliar se houve associação entre as alterações apresentadas com fatores que as predispoem (tabagismo, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial). Além disso, avaliar o nível de conhecimento dos mesmos em relação aos cuidados com a pele.

MÉTODOS

A pesquisa delineada foi de caráter observacional, sendo o estudo transversal, descritivo e analítico. Estudos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição e permitem identificar a prevalência de um fenômeno de interesse, o que corrobora com os objetivos desta pesquisa.

A pesquisa foi realizada no período de abril a junho de 2018 em uma clínica situada na zona oeste da Grande São Paulo, Brasil, e apresenta clima subtropical. Trata-se de uma clínica de multiespecialidades que atende usuários de plano de saúde. A população frequentadora da clínica é heterogênea, incluindo todos os níveis socioeconômicos, sendo o atendimento na especialidade de dermatologia realizado mediante autorização pelo convênio médico do paciente.

A amostra foi constituída de 80 idosos frequentadores da clínica. Esse número foi alcançado no período proposto da coleta de dados (abril a junho de 2018).

Para calcular o tamanho amostral, utilizou-se o programa de domínio público OpenEpi, versão 3.01⁷. O cálculo baseou-se em um estudo envolvendo 75 pessoas idosas institucionalizadas, onde observou-se alta prevalência (98%) de lesões relacionadas à senescência cutânea⁸. Uma vez que o estudo mencionado apresentava quase a metade dos pacientes (48%) com idade igual ou superior a 80 anos, estimou-se a prevalência de 32% para o presente estudo.

Foram recrutadas pessoas idosas e as informações prévias detalhadas do protocolo foram dadas aos participantes, antes do início do estudo. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução n° 466/2012 e a Resolução n° 510/2016 sob o número do parecer do comitê de ética 2.583.019.

Os critérios de inclusão foram pessoas idosas acima de 60 anos. Já os critérios de exclusão adotados foram analfabetismo e quadros demenciais e psiquiátricos devido à dificuldade de responder a pesquisa por diagnóstico clínico.

Foi utilizado um questionário semiestruturado para traçar o perfil e o conhecimento das pessoas idosas em relação ao envelhecimento cutâneo.

Foi também preenchida ficha de atendimento constituída por dois itens de múltipla escolha, sendo um para definir o fototipo de pele do paciente e o outro com as alterações cutâneas encontradas⁹. As patologias cutâneas encontradas foram devidamente

abordadas e os idosos também foram orientados em relação ao seu quadro clínico e cuidados. Os idosos foram avaliados por intermédio da classificação de *Fitzpatrick*, de acordo com a reação da pele em relação à exposição solar⁹. Essa classificação foi criada por um médico dermatologista para classificar os tipos de pele de acordo com seu comportamento em relação a exposição solar sendo que quanto mais alto o fototipo (4 e 5) a pele mais bronzeia do que queima se exposta ao sol.

Os dados coletados foram de natureza sociodemográfica em que se indaga: idade, sexo, cidade que nasceu, cidade que mora atualmente, renda, tipo de renda (assalariado ou pensionista) e nível de escolaridade. Em relação a dados prévios de saúde, perguntou-se: doenças atuais e tabagismo atual ou prévio (um dos principais fatores de envelhecimento extrínseco da pele).

As variáveis categóricas foram sumarizadas por meio de frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas por meio de mediana e intervalos interquartis (IQR) após verificação de ausência de distribuição normal pelo teste de Shapiro-Wilk, o que impossibilita a utilização de médias pela assimetria dos dados.

O teste do qui-quadrado ou exato de Fisher foram utilizados para avaliar a existência de diferença estatística entre variáveis categóricas e a razão de prevalência (RP) foi utilizada como medida da força dessa associação. Para determinar o efeito independente das variáveis exploratórias sobre a variável resposta foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta para ajustar as covariáveis, as variáveis selecionadas para este modelo tiveram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada ou plausibilidade biológica.

Para a regressão de Poisson, a quantidade de alterações cutâneas identificadas nos idosos avaliados foi dicotomizada em *até duas* e *três ou mais* e foi considerada como desfecho nas análises bivariada e multivariada. A variável *exposição solar* foi dicotomizada em *sim/não*. Para aqueles que responderam *sim*, foi questionado o horário de exposição, sendo as opções de resposta *pela manhã antes da 10h, após as 10h e antes do meio dia, entre 13h e 16h e após as 16h e não* quando a opção marcada foi *não me exponho ao sol*. A pergunta

uso de protetor solar foi dicotomizada em *sim/não*. Para aqueles que responderam *sim*, foi questionado a frequência, sendo as opções *uso sempre* e *às vezes* e *não* quando a resposta foi *não uso*. A variável *hidratação da pele* foi dicotomizada em *sim/não*. Para aqueles que responderam *sim*, foi questionado a frequência, sendo as opções *diariamente* e *raramente/algumas vezes* e *não* quando a resposta foi *não costumo utilizar*. A variável *informações nos últimos 6 meses* a respeito do câncer de pele foi dicotomizada em *sim/não*. Para aqueles que responderam *sim*, foi questionado de qual fonte, sendo as opções *televisão, jornais e revistas, consulta médica, família* e *campanha posto de saúde* e *não* quando a resposta foi *não tenho acesso à informação*.

RESULTADOS

A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica atingindo 57 pessoas idosas (71,25%). Em relação a diabetes, apenas 11 apresentaram a doença (13,75%).

Em relação ao hábito de fumar, apenas 2 (3%) pessoas idosas admitiram que fumavam, enquanto 13 (15%) disseram ser ex-fumantes e 65 (82%) relataram que nunca haviam fumado.

Sobre as orientações em relação aos cuidados cutâneos, 42 (52,5%) pessoas idosas relataram ter recebido essa orientação, enquanto que 38 (47,5%) referiram não terem sido orientados. Ainda, observou-se que 58 (72,5%) participantes do estudo conhecem os perigos de se expor a radiação solar e apenas 22 (27,5%) desconhecem. Foi também observado que pouco mais da metade da população estudada, 43 pessoas idosas (53,8%), se expõem ao sol, enquanto que 37 (46,2%) não se expõem. Em relação ao uso de protetor solar, 43 (53,75%) usam, enquanto 37 (46,25%) relataram não fazer uso. Na amostra, 59 (73,75%) das pessoas idosas relataram saber o que é câncer de pele e, 21 (26,25%) admitiram não saber. Em relação à classificação de Fitzpatrick, 56 (70%) dos participantes do estudo possuíam o fototipo 4 de pele. Em relação à hidratação cutânea, na amostra total, 46 (47,5%) relataram utilizar algum tipo de hidratante enquanto 34 (42,5%) não utilizavam.

Após exame físico da pele, também foram levantadas as principais patologias cutâneas encontradas na amostra conforme Tabela 1.

Os fatores associados à quantidade de alterações cutâneas em idosos foi avaliado por análise bivariada conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 1. Principais patologias cutâneas em idosos (N=80). Jandira, SP, 2018.

| Doença/ Alteração | Masculino N (%) | Feminino N (%) | *p valor | Total N (%) |
|-------------------------|--------------------|-------------------|----------|----------------|
| Xerose | 28 (70) | 19 (47,5) | 0,07 | 47 (58,75) |
| Melanose | 39 (97,5) | 33 (82,5) | 0,06 | 72 (90) |
| Carcinoma Espinocelular | 01 (2,5) | 0 (0) | 1 | 01 (1,25) |
| Púrpura | 07 (17,5) | 09 (22,5) | 0,78 | 16 (20) |
| Ceratose Actínica | 03 (7,5) | 07 (17,5) | 0,31 | 10 (12,5) |
| Ceratose Seborreica | 03 (7,5) | 07 (17,5) | 0,31 | 10 (12,5) |
| Onicomiose | 11 (27,5) | 07 (17,5) | 0,42 | 18 (22,5) |
| Tinea | 05 (12,5) | 01 (2,5) | 0,2 | 06 (7,5) |
| Acrocórdon | 03 (7,5) | 01 (2,5) | 0,62 | 04 (5) |
| Verruga Vulgar | 01 (2,5) | 0 (0) | 1 | 01 (1,25) |
| Papulose Bowenoides | 0 (0) | 03 (7,5) | 0,24 | 03 (3,75) |

*Teste exato de Fisher, $p < 0,05$.

Tabela 2. Análise bivariada dos fatores associados à quantidade de alterações cutâneas em pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.

| Características | Alterações cutâneas N(%) | RP-bruta (IC95%) | * <i>p</i> -valor |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------|
| Sexo | | | |
| Masculino | 40 (50) | 1,93 (1,20-3,09) | 0,004 |
| Feminino | 40 (50) | 1,00 | |
| Renda familiar (salário-mínimo) | | | |
| Até 2 | 79 (98,75) | 1,00 | |
| 3 a 5 | 1 (1,25) | - | - |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | |
| 1 a 4 | 74 (92,5) | 1,00 | |
| 5 a 8 | 6 (7,5) | 0,63 (0,20-2,00) | 0,36 |
| Recebeu orientação sobre cuidados com a pele por profissional da saúde | | | |
| Sim | 42 (52,5) | 0,86 (0,56-1,32) | 0,49 |
| Não | 38 (27,5) | 1,00 | |
| Profissional de saúde que orientou | | | |
| Médico | 41 (51,25) | - | - |
| Enfermeiro | 1 (1,25) | 1,00 | |
| Conhece os perigos de se expor ao sol | | | |
| Sim | 58 (72,5) | 0,66 (0,44-0,98) | 0,06 |
| Não | 22 (27,5) | 1,00 | |
| Exposição solar | | | |
| Sim | 43 (53,75) | 0,90 (0,59-1,38) | 0,64 |
| Antes das 10h | 40 (50) | | |
| Entre 10h e 12h | 1 (1,25) | | |
| Entre 13h e 16h | 2 (2,5) | | |
| Após as 16h | 0 (0) | | |
| Não | 37 (46,25) | 1,00 | |
| Utiliza protetor solar | | | |
| Sim | 44 (55) | 0,86 (0,56-1,31) | 0,48 |
| Não | 36 (45) | 1,00 | |
| Utiliza hidratante para a pele | | | |
| Sim | 46 (57,5) | 0,70 (0,46-1,07) | 0,10 |
| Não | 34 (42,5) | 1,00 | |
| Utilizou pomada, loção ou produto para a pele sem orientação médica | | | |
| Sim | 80 (100) | - | - |
| Não | 0 (0) | 1,00 | |
| Sabe o que é câncer de pele | | | |
| Sim | 59 (73,75) | 0,86 (0,54-1,35) | 0,53 |
| Não | 21 (26,25) | 1,00 | |

continua

Continuação da Tabela 2

| Características | Alterações cutâneas N(%) | RP-bruta (IC95%) | * <i>p</i> -valor |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------|
| Teve acesso a informações sobre câncer nos últimos 6 meses | | | |
| Sim | 24 (30) | 1,35 (0,88-2,04) | 0,19 |
| Não | 56 (70) | 1,00 | |
| Número total de comorbidades | | | |
| Uma | 60 (75) | 1,00 | |
| Duas ou mais | 2 (2,5) | 1,24 (0,79-1,93) | 0,37 |
| Hipertensão arterial sistêmica | | | |
| Sim | 55 (68,75) | 1,10 (0,68-1,78) | 0,69 |
| Não | 25 (31,25) | 1,00 | |
| Diabetes <i>mellitus</i> | | | |
| Sim | 11 (13,75) | 1,76 (1,21-2,57) | 0,03 |
| Não | 69 (86,25) | 1,00 | |
| Doença da tireoide | | | |
| Sim | 8 (10) | 0,71 (0,28-1,78) | 0,41 |
| Não | 72 (90) | 1,00 | |
| Fototipo | | | |
| 1-3 | 10 (12,5) | 1,00 | |
| 4-5 | 70 (87,5) | 1,02 (0,53-1,99) | 0,93 |

* Teste Qui-quadrado, $p < 0,05$.

Não houve associação estatística entre diabetes e xerose ($p=0,18$), melnose ($p=0,23$), carcinoma ($p=0,57$), púrpura senil ($p=0,51$), onicomiose ($p=0,28$), tinea ($p=0,82$), acrocórdon ($p=0,50$), mas houve associação com ceratose (RP, 2,21; IC95%, 1,12-4,36; $p=0,04$).

Não houve associação estatística entre tabagismo e xerose ($p=0,14$), melnose ($p=0,63$), carcinoma ($p=0,75$), púrpura senil ($p=0,47$), ceratose ($p=0,66$), onicomiose ($p=0,12$), tinea ($p=0,89$), acrocórdon ($p=0,10$).

Não houve associação estatística entre hipertensão arterial sistêmica e xerose ($p=0,14$), melnose ($p=0,22$), carcinoma ($p=0,56$), púrpura senil ($p=0,54$), ceratose ($p=0,66$), onicomiose ($p=0,11$), tinea ($p=0,89$), acrocórdon ($p=0,40$).

DISCUSSÃO

Cerca da metade da população de idosos avaliada relatou que nunca havia sido orientada em relação aos cuidados cutâneos para prevenção de doenças da pele. Considerando-se que todos já passaram em consulta pelo menos uma vez na vida, é preocupante que quase a metade desses idosos não terem sido orientados sobre cuidados cutâneos, ainda mais que a maioria é portadora de alguma comorbidade que causa alteração em sua pele.

De acordo com a classificação de Fitzpatrick¹⁰, as pessoas idosas avaliadas em nosso estudo apresentaram fototipo 4, o que corrobora com a menor incidência de queimaduras solares, lesões e câncer de pele, pois quanto mais escura a pele (maior atividade melanossômica), menos sensível e menor o risco de desenvolvimento de lesões.

O índice de tabagismo entre os idosos do presente estudo foi baixo, seja ele atual ou prévio. É consenso que o tabagismo é um dos principais envelhedores extrínsecos da pele, com piora da elasticidade, perda de colágeno e formação de radicais livres¹¹.

Em relação à exposição solar, a maioria dos idosos afirmou ter conhecimento dos perigos decorrentes dessa exposição e dos cuidados cutâneos nesse sentido. Entretanto, ainda é preocupante o fato de 22% dos idosos na amostra não conhecerem os perigos de se expor ao sol, visto que a radiação solar pode provocar queimaduras, envelhecimento e predispor ao câncer de pele^{12,13} que é muito comum nessa faixa etária.

Dentre os cânceres, há uma maior predisposição ao desenvolvimento do carcinoma basocelular e do carcinoma espinocelular no envelhecimento, que não causam mortalidade, porém alteram a qualidade de vida, pois o tratamento dessas lesões pode ser invasivo e alterar a aparência do idoso¹⁴⁻¹⁶. O melanoma pode causar maior mortalidade e apesar de poder ocorrer em qualquer período da vida, os estudos indicam que a exposição solar em qualquer época pode aumentar sua predisposição¹⁴⁻¹⁷.

Além disso, 46,25% dos idosos relataram não utilizar protetor solar, uma das formas de cuidar da pele e se proteger da exposição. O fato de 26,25% dos idosos não saberem o que é o câncer de pele pode justificar a falta de cuidados em relação à proteção solar, pois, de modo geral, as pessoas são mais engajadas a atitudes preventivas se elas conhecem sobre os danos e ou riscos¹⁸. A exposição solar causa também outras alterações como, por exemplo, a elastose solar³ que se traduz no aumento da fragmentação e da porosidade das fibras elásticas na derme^{19,20}.

Em relação à hidratação da pele, observou-se que quase a metade da população avaliada (42,5%) não utilizava nenhum tipo de hidratante, o que é preocupante, visto que a hidratação constitui um importante cuidado com a pele de idosos que é mais xerótica²¹.

A presença de melanose foi bastante prevalente em ambos os sexos das pessoas idosas. A literatura dermatológica aponta para a alta prevalência dessa alteração nos idosos que nada mais é que a tradução do acúmulo de exposição solar ao longo da vida^{5,10,22-28}.

Não se trata de uma lesão maligna ou pré-maligna, mas que causa desconforto estético para muitos idosos.

A presença de xerose foi observada em quase 60% das pessoas idosas, tendo sido maior no sexo masculino, o que vai de encontro a estudos prévios que encontraram incidência de 39,8%⁴ e 58,6%²⁹. O estudo realizado por Jindal et al.²⁸ na Índia aponta uma menor prevalência de alterações cutâneas relacionadas à idade quando consideradas xerose, purpura senil e melanose solar em pessoas idosas, provavelmente devido ao fototipo mais alto prevalente dessa população específica estudada.

A maior parte dos idosos possuía apenas uma comorbidade, sendo a hipertensão a mais frequente, corroborando com estudos anteriores^{4,29-31}, seguida de diabetes, doença da tireoide e tabagismo. O fototipo mais prevalente foi o tipo 4 e a maioria apresentou três ou mais alterações cutâneas, sendo a mais prevalente melanose, seguida de xerose, ceratose, onicomicose, púrpura senil, tinea, acrocórdon e carcinoma.

Na literatura médica já é conhecido que o diabetes pode piorar a qualidade da pele e predispor ao surgimento de úlceras e outras lesões⁴. Neste sentido, no presente estudo, foi observada uma associação entre diabetes e ceratose.

A hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente sendo que 29 pessoas idosas do sexo masculino e 26 do sexo feminino apresentaram a doença. Em relação a outras comorbidades, as mulheres são as que mais apresentaram. Estudos mostram que a hipertensão pode estar relacionada a alterações cutâneas²⁴. No entanto, no presente estudo, não foi encontrada associação dessa comorbidade com as doenças da pele. Foi observada uma associação entre diabetes e ceratose. Na literatura médica já é conhecido que o diabetes pode piorar a qualidade da pele e predispor ao surgimento de úlceras e outras lesões.

Na presente pesquisa, a prevalência das alterações cutâneas relativas ao processo natural de envelhecimento (xerose, purpura e melanose) foi mais elevada que a prevalência de comorbidades, apesar da exposição solar das pessoas idosas ser até as 10h. No entanto, não foi avaliado a exposição solar ao longo da vida, o que pode corroborar para a prevalência das

alterações cutâneas benignas associadas, também, a utilização de hidratantes.

Ainda, os resultados do presente estudo sugerem a necessidade de uma melhor orientação em relação aos cuidados cutâneos por parte dos profissionais de saúde, tendo em vista que, uma parcela considerável dos idosos na amostra não obteve esse tipo de educação e, quando tiveram, a maioria recebeu por parte do médico dermatologista, que nada mais é que o especialista focal. Dessa maneira, são necessários novos estudos que relacionem comorbidades às alterações cutâneas em idosos para que um plano preventivo possa ser implantado para minimizar possíveis danos causados pela excessiva exposição solar e melhorar a qualidade de vida dessa população.

As limitações do estudo se referem, principalmente, a ausência do histórico de exposição solar e aos cuidados com a pele ao longo da vida da população estudada, já que a pele exposta continuamente a radiação ultravioleta pode apresentar danos cumulativos que levam ao aparecimento de alterações cutâneas benignas.

CONCLUSÃO

Avaliando os cuidados cutâneos das pessoas idosas da amostra, em homens e mulheres, conclui-se que, de modo geral, ambos desconhecem os perigos de se expor ao sol e não utilizam protetor solar e hidratantes, hábitos estes, que fazem parte de um cuidado básico para a pele nessa faixa etária.

Em relação aos dados demográficos, trata-se, de modo geral, de população de baixa renda e baixa escolaridade, moradora em sua maioria no município onde a clínica está instalada, cujo fototipo cutâneo mais prevalente é o do tipo 4.

Em relação às dermatoses mais prevalentes na amostra, melnose, xerose, púrpura, ceratose e onicomiose foram as principais. Trata-se de dermatoses comuns, benignas e associadas ao processo natural de envelhecimento, porém as melanoses solares podem ser evitadas com uso adequado de proteção solar.

Edição por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Tuong W, Armstrong AW. Effect of appearance-based education compared with health-based education on sunscreen use and knowledge: a randomized controlled trial. *Am Acad Dermatol*. 2013;70(4):665-9.
2. Pegas LACS, Honorio SKA, Gonzalez VS, Crespo CL, Barreto BR, Nascimento HJ, et al. Dermatoses prevalentes em idosos atendidos em ambulatório de dermatologia de uma unidade básica de saúde (PoliclinicaUniFOA) de Volta Redonda, RJ, entre 2002 e 2010. *Cad UniFOA*. 2013;(ed. esp):39-44.
3. Velarde MC, Demaria M. Targeting senescent cells: possible implications for delaying skin aging: a mini-review. *Gerontology*. 2016;62(5):513-8.
4. Mendes AL, Miot HA, Haddad Junior V. Diabetes mellitus e pele. *An Bras Dermatol*. 2017;92(1):8-19.
5. Neumaier W, Neumaier LFT, Turchiello CM, Lampert MA. Prevalencia de las dermatoses y comorbilidades em ancianos en un ambulatorio de dermatologia. *Rev Argent Dermatol*. 2018;99(2):1-10.
6. Reske R, Pelka D, Walasek A, Machaj Z, Reich A. Skin disorders in elderly subjects. *Int J Dermatol*. 2015;54:332-8.
7. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. Version 3.01 [Internet]. 2013 [atualizado em 06 abr. 2013; acesso em 23 mar. 2020]. Disponível em: www.OpenEpi.com
8. Mattos e Dinato SL, Oliva R, Mattos e Dinato M, 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.
9. Oliveira PK, Tosato MG, Alves RS, Martin AA, Fávero PP, Raniero L. Análise da composição bioquímica da pele por espectroscopia Raman. *Rev Bras Eng Biomed*. 2012;28(3):278-87.
10. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types 1 through VI. *Arch Dermatol*. 1988;124(6):869-71.
11. Wollina U. Smoking and the skin. *Skinmed*. 2017;15(3):197-202.
12. Gu Y, Han J, Jiang C, Zhang Y. Biomarkers, oxidative stress and autophagy in skin aging. *Ageing Res Rev*. 2020;59:101036 [3 p.]

13. Bonté F, Girard D, Archambault JC, DErmoulière A. Skin changes during ageing. *Subcell Biochem.* 2019;91:249-80.
14. Alves JED. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. *Rev Port Divulg.* 2014;40:8-15.
15. Lenzi TCR, Reis CMS, Novaes MRCG. Perfil epidemiológico de idosos com neoplasia cutânea não melanoma assistidos em ambulatório de dermatologia de hospital público. *An Bras Dermatol.* 2017;92(6):887-9.
16. Silva LC, Pessanha AC, Saito DT, Mota IC, Steiner D. Índice diagnóstico de neoplasia cutânea em campanha de combate ao câncer da pele em serviço dermatológico no interior do estado de São Paulo. *Surg Cosmet Dermatol.* 2017;9(4):314-5.
17. Berger TG, Steinhoff M. Pruritus in Elderly Patients: Eruptions of Senescence. *Semin Cutan Med Surg.* 2011;30(2):113-7.
18. Clark A, Hessler JL. Skin care. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2015;23(3):285-95.
19. Lo Turco IGS. Avaliação do conhecimento quanto ao câncer de pele e sua relação com exposição solar em alunos do SENAC de Aparecida de Goiânia. *Rev Bras Geog Med Saúde.* 2010;6(11):31-43.
20. Abadie S, Bedos P, Rouquette J. A human skin model to evaluate the protective effect of compounds against UVA damage. *Int J Cosmet Sci.* 2019;18(7):594-603.
21. Ikarashi N, Kon R, Kaneko M, Mizukami N, Kusunoki Y, Sugiyama K. Relationship between Aging-Related Skin Dryness and Aquaporins. *Int J Mol Sci.* 2017;18;18(7):1-10.
22. Sittart JAS, Zanardi HTF. Prevalência das dermatoses em pacientes da 4ª idade. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2008;6(4):125-9.
23. Miguel LMZ, Jorge MFS, Rocha B, Miot HA. Incidência de dermatoses diagnosticadas em instituição pública: comparação entre 2003 e 2014. *An Bras Dermatol.* 2017;92(3):433-5.
24. Rodrigues NL, Mukamal RC. Doenças comuns do envelhecimento. In: Steiner D, Addor F. *Envelhecimento Cutâneo.* São Paulo: Ac Farmacêutica; 2014. pág. 74-85.
25. Alchorne MMA, Mateus A. Dermatoses associadas ao envelhecimento. In: Steiner D, Addor F. *Envelhecimento Cutâneo.* São Paulo: Ac Farmac; 2014. p. 87-97.
26. Goorochurn R, Viennet C, Granger C, Fanian F, Varin-Blank N, Roy CL, et al. Biological processes in solar lentigo: insights brought by experimental models. *Exp Dermatol.* 2016;25(3):147-7.
27. Reszke R, Pelka D, Walasek A, Machaj Z, Reich A. Skin disorders in elderly subjects. *Int J Dermatol.* 2015;54(9):332-8.
28. Jindal R, Jain A, Roy S, Rawat SDS, Bhardwaj N. Skin Disorders Among Geriatric Population at a Tertiary Care Center in Uttarakhand. *J Clin Diag Res.* 2016;10(3):6-8.
29. Reszke R, Pelka D, Walasek A, Machaj Z, Reich A. Skin disorders in elderly subjects. *Int J Dermatol.* 2015;54:332-8.
30. Tseng HW, Ger LP, Liang CK, Liou HH, Lam HC. High prevalence of cutaneous manifestations in the elderly with diabetes mellitus: an institution-based cross-sectional study in Taiwan. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(8):1631-5.
31. Raveendra L. A clinical study of geriatric dermatoses. *Our Dermatol Online.* 2014;5(3):235-9.