

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ana Carolina Mariani

**O ENTARDECER DA PELE:
OS CUIDADOS CUTÂNEOS, AS DERMATOSES
PREVALENTES (E SUA RELAÇÃO COM DIABETES
MELLITUS) EM IDOSOS ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA
PRIVADA NO MUNICÍPIO DE JANDIRA/SP**

São Paulo
2019

Ana Carolina Mariani

**O ENTARDECER DA PELE:
OS CUIDADOS CUTÂNEOS, AS DERMATOSES PREVALENTES
(E SUA RELAÇÃO COM DIABETES MELLITUS) EM IDOSOS
ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA PRIVADA NO MUNICÍPIO DE
JANDIRA/SP**

Dissertação Apresentada ao Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro – UNISA, como Requisito Parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Guilherme Christiano de Matos Vinagre.

Co-orientadora: Profa. Dra. Jane de Eston Armond.

São Paulo

2019

M286e Mariani, Ana Carolina

O entardecer da pele: os cuidados cutâneos, as dermatoses prevalentes (e sua relação com diabetes mellitus) em idosos atendidos em uma clínica privada no município de Jandira/SP / Ana Carolina Mariani – São Paulo, 2019.

63 f. il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Santo Amaro, 2019.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Carmen Guilherme Christiano de Matos Vinagre

Coorientadora: Prof^a. Dra. Jane de Eston Armond

1. Envelhecimento cutâneo. 2. Dermatoses em idoso. 3. Diabetes mellitus. 4. Doenças de pele. I. Vinagre, Carmen Guilherme Christiano de Matos, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Ana Carolina Mariani

**O ENTARDECER DA PELE:
OS CUIDADOS CUTÂNEOS, AS DERMATOSES PREVALENTES
(E SUA RELAÇÃO COM DIABETES MELLITUS) EM IDOSOS
ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA PRIVADA NO MUNICÍPIO DE
JANDIRA/SP**

Dissertação Apresentada ao Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro – UNISA, como Requisito Parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Guilherme Christiano de Matos Vinagre.

Co-orientadora: Profa. Dra Jane de Eston Armond.

Cidade de São Paulo, 06 de Fevereiro de 2019

Banca Examinadora

Profa Dra Carmen Guilherme Christiano de Matos Vinagre

Profa Dra Patrícia Colombo

Prof Dra Fernanda Santos Pozzi

Conceito Final

Ao meu marido Matheus Oliva da Costa por todo carinho,
amor, dedicação, paciência e apoio em todos os
momentos da minha vida. Te amo até a eternidade.
Aos meus pais por todo amor incondicional e
compreensão.
A minha irmã Carina por compreender minhas “viagens” e
por entrar nelas. Amo vocês.
As minhas queridas e amadas avós, que me inspiraram a
escrever este trabalho, Maria da Conceição e Gladice
Mariani (*in memoriam*). Amo vocês para sempre.

AGRADECIMENTOS

A todos meus colegas da pós graduação por essa caminhada nos últimos dois anos, compartilhamos dores, medos, expectativas e muito conhecimento.

Aos meus queridos colegas de trabalho da UNISA obrigada por compreenderem e por me apoiar neste ano de convivência

A minha querida amiga Claudia Dias Ollay (super revisora) sua amizade não se explica, não se troca e não se compra. Amizade verdadeira, sincera e rara nesses tempos.

A minha querida “mãe paulistana” Rosa Koda por todos seus conselhos, carinho e amor. É uma honra ser merecedora desse carinho imensurável.

Aos professores da Unisa por todo conhecimento compartilhado, pela troca de ideias e por terem me inspirado.

A minha orientadora Carmen por toda paciência e dedicação nesses dois anos de parceria.

A Dra Jane Armond por todo carinho, confiança, parceria e por acreditar e confiar em meu trabalho.

RESUMO

Introdução: A população brasileira também está envelhecendo e ainda não está preparada para lidar com os anseios das faixas etárias maiores. Os idosos atendidos nos serviços de atenção primária e nos serviços privados dos convênios, devem ter sua saúde avaliada em sua totalidade, e por essa razão, os profissionais devem saber também como abordar, orientar, tratar e acompanhar, os que padecem de doenças da pele, por esse motivo, esse trabalho irá traçar o perfil dos cuidados cutâneos da população idosa, além disso, levantar as dermatoses mais prevalentes nessa faixa etária, e traçar o perfil sociodemográfico dos idosos participantes da pesquisa, e assim, os resultados do presente estudo poderão contribuir com a literatura especializada sobre o tema e reforçar a importância dos cuidados cutâneos em idosos. **Objetivos:** Apresentar os cuidados cutâneos adotados por idosos frequentadores de uma clínica privada no município de Jandira, as dermatoses mais prevalentes nesse grupo de idosos e sua relação com o diabetes mellitus. Específicos: Avaliar o perfil sociodemográfico de idosos atendidos em uma clínica privada no município de Jandira, detectar o fototipo de pele de acordo com a classificação de Fitzpatrick, avaliar a prevalência de alterações cutâneas em idosos com idade inferior e superior a 70 anos. **Método:** Trata-se de estudo transversal realizado em abril a agosto de 2018 sendo a amostra por conveniência, 80 idosos frequentadores da clínica privada em Jandira. Aplicado questionário aos idosos para saber os cuidados com a pele e ficha de atendimento preenchida pela pesquisadora com informações sobre exame físico da pele. Dados analisados pelo método do qui quadrado. **Resultados:** trata-se de população de baixa escolaridade e baixa renda que não cuida adequadamente de sua pele. A maioria desconhece o que é o câncer de pele e uma parcela significativa não faz uso de protetor solar nem hidratante. Não houve diferença significativa em relação aos cuidados cutâneos se comparados idosos e idosas. **Conclusões:** Os objetivos da pesquisa foram contemplados. A dermatose mais prevalente é a melanose solar com 90% de idosos acometidos seguido da xerose com 58,7%. O fototipo mais encontrado é o 4 (84,1%). Em relação aos cuidados cutâneos temos que 72,5% dos idosos conhecem os perigos de se expor ao sol, porém 53% se expõem ao sol e 45% não utilizam proteção solar. Em relação ao uso de hidratantes 42,5% não utilizam. 100% dos idosos já fizeram uso de pomadas e medicamentos dermatológicos sem orientação médica. O diabetes mellitus aumentou o risco de se ter mais de uma alteração cutânea.

Palavras chave: Envelhecimento cutâneo. Dermatoses no idoso. Diabetes. Doenças de pele.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian population is also aging and not yet prepared to deal with the longings of the older age groups. Elderly persons attending primary care services and private services should have their health evaluated in their entirety, and for this reason professionals should also know how to approach, guide, treat and follow up those who suffer from skin diseases, therefore, this work will outline the skin care profile of the elderly population, in addition, raise the most prevalent dermatoses in this age group, and outline the sociodemographic profile of the elderly participants of the research, and thus, the results of the present study may contribute to the literature on the subject and reinforce the importance of skin care in the elderly. **Objectives:** To present the cutaneous care adopted by elderly people attending a private clinic in the municipality of Jandira, the most prevalent dermatoses in this group of elderly people and its relation to diabetes mellitus. **Specific:** To evaluate the sociodemographic profile of elderly patients attending a private clinic in the municipality of Jandira, to detect the skin phototype according to the Fitzpatrick classification, to evaluate the prevalence of cutaneous alterations in the elderly over 70 years of age. **Method:** It is a cross-sectional study conducted in April to August of 2018, being the sample for convenience, 80 elderly people attending the private clinic in Jandira. A questionnaire was applied to the elderly to know the skin care and answer sheet filled out by the researcher with information about physical examination of the skin. Data analyzed by the chi square method. **Results:** This is a low-income and low-income population that does not take proper care of their skin. Most are unaware of what skin cancer is and a significant portion does not use sunscreen or moisturizer. There was no significant difference in skin care compared to the elderly and the elderly. **Conclusions:** The objectives of the research were contemplated. The most prevalent dermatosis is solar melanose with 90% of affected elderly followed by xerosis with 58.7%. The most commonly found phototype is 4 (84.1%). Regarding skin care, 72.5% of the elderly know the dangers of sun exposure, but 53% are exposed to the sun and 45% do not use sun protection. Regarding the use of moisturizers 42.5% do not use. 100% of the elderly have used ointments and dermatological drugs without medical advice. Diabetes mellitus increased the risk of having more than one cutaneous change.

Keywords: Skin aging. Dermatoses in the elderly. Diabetes. Skin diseases.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.	31
Gráfico 1: Procedência dos idosos da clínica de Jandira/SP.....	32
Tabela 2: Comorbidades e quantidade total de comorbidades dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.....	33
Tabela 3: Tabagismo dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.....	34
Tabela 4: Perfil de cuidados cutâneos dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.....	36
Tabela 5: Fototipos cutâneos dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.....	42
Tabela 6: Prevalência das dermatoses dos idosos atendidos em Jandira, SP.....	43
Quadro 1: Prevalência de dermatoses dos idosos de Jandira/SP.....	44
Tabela 7: Análise bivariada dos fatores associados à quantidade de alterações cutâneas em pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.....	46
Tabela 8: Análise multivariada dos fatores associados à três ou mais alterações cutâneas em pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.....	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	A evolução etária da população brasileira.....	13
2.2	Senilidade e Senescência.....	14
2.3	Anatomia Cutânea Normal.....	16
2.4	O Envelhecimento Cutâneo.....	16
2.5	O Envelhecimento Extrínseco e Intrínseco da pele humana.....	17
2.6	Aspectos Moleculares do Envelhecimento Cutâneo.....	19
2.7	Principais Patologias Cutâneas do Envelhecimento.....	20
2.8	Aspectos Psicológicos do Envelhecimento.....	22
2.9	Políticas Públicas em Saúde do Idoso.....	23
3	Objetivos.....	24
3.1	Geral.....	24
3.2	Específicos.....	24
4	MÉTODO.....	25
5	DISCUSSÃO E RESULTADOS	31
6	CONCLUSÃO.....	49
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
8	REFERENCIAS.....	51
9	ANEXO A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	57
10	ANEXO B Termo de Compromisso e Confidencialidade.....	59
11	ANEXO C Declaração para co participante.....	60
12	APENDICE A Questionário Cuidados Cutâneos em Idosos.....	61
13	APENDICE B Ficha de Atendimento Médico do Exame da Pele.....	63

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional já é cenário conhecido pelos países desenvolvidos como Canadá e Inglaterra, países esses, que em termos de saúde pública contam com médicos de família ou de atenção primária, assim como acontece no Brasil.

A população brasileira também está envelhecendo e ainda não está preparada para lidar com os anseios das faixas etárias maiores. Os idosos atendidos nos serviços de atenção primária e nos serviços privados dos convênios, devem ter sua saúde avaliada em sua totalidade, e por essa razão, os profissionais devem saber também como abordar, orientar, tratar e acompanhar, os que padecem de doenças da pele. Na prática médica diária dessa pesquisadora percebe-se um desconhecimento dos próprios idosos em como cuidar adequadamente de sua pele, e também por parte dos profissionais médicos que atuam na área, que não dão a devida importância ao assunto e não sabem orientar e abordar adequadamente sobre a pele desses pacientes.

Há na literatura pesquisada ausência de protocolo que auxilie essa prática, como pode ser percebido pelo próprio caderno de atenção básica do ministério da saúde, envelhecimento e saúde da pessoa idosa⁴. Neste caderno, não há um manual oficial específico para a abordagem das doenças de pele para os profissionais médicos. Outras referências^{5,6} também apontam ausência de protocolos e conhecimento por parte dos profissionais médicos, em relação à área de dermatologia.

Em relação ao conhecimento da própria população acima, de sessenta anos de idade, no que concerne aos cuidados com a pele, não há estudos específicos voltados para essa faixa etária. O que encontramos são estudos feitos com a população mais jovem⁷ e com a população adulta jovem^{8,9}. Estes estudos demonstram que a população jovem conhece os efeitos danosos do sol, e, mesmo assim, não se protege adequadamente e, aparentemente, aprende mais cuidados com a pele através da mídia do que com os profissionais da saúde.

Compreender a realidade do idoso e o contexto social no qual ele está inserido é essencial para auxiliá-lo em seu processo de envelhecer e a propor medidas de prevenção em saúde compatíveis com sua realidade, por esse

motivo, esse trabalho irá traçar o perfil dos cuidados cutâneos da população idosa, além disso, levantar as dermatoses mais prevalentes nessa faixa etária, e traçar o perfil sociodemográfico dos idosos participantes da pesquisa, e assim, os resultados do presente estudo poderão contribuir com a literatura especializada sobre o tema e reforçar a importância dos cuidados cutâneos em idosos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A evolução etária da população brasileira

Os estudos recentes e os meios de comunicação relatam que a população brasileira está envelhecendo progressivamente, fenômeno já vivenciado por populações em países desenvolvidos^{10,11} e que essa transição demográfica traz maiores impactos no longo prazo¹¹. Reportagem recente¹² publicada pela folha de São Paulo em 2015 relata que em 15 anos o estado de São Paulo terá mais idosos que jovens, mas ainda está despreparada. Essa mesma matéria faz pesquisa com alguns idosos residentes na cidade, os quais relatam as dificuldades que enfrentam na metrópole, sobretudo, no que diz respeito aos meios de locomoção.

Essa mudança na estrutura etária da população trará transformações na vida social e epidemiológica. A expectativa de vida da população brasileira é de 78 anos de idade com tendência a aumentar¹³. Este fenômeno se deve aos avanços da saúde pública e medicina, como por exemplo, saneamento básico, vacinas e advento dos antibióticos¹³.

Esse processo de transição demográfica se deu de forma acelerada nas duas últimas décadas. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões na década de 60 para 20 milhões em 2008, o que corresponde a um aumento de quase 700% em menos de 50 anos¹⁴. A estimativa é que a cada ano no Brasil são incorporados mais 650 mil idosos¹⁴.

Essa população exige novo enfoque nas políticas públicas de promoção a saúde visto que as demandas dessa faixa etária são diferentes de populações mais jovens. Os idosos apresentam doenças crônicas e degenerativas que muitas vezes os levam a frequentar com mais frequência o sistema de saúde, seja ele público ou privado¹⁴. Observando-se a distribuição dos idosos nas diferentes regiões do Brasil, observa-se que é na região sudeste onde eles estão mais concentrados, sobretudo no estado de São Paulo¹⁰. Um questionamento importante a se fazer quando analisados esses números é o porquê esse fenômeno ocorreu?

Na primeira metade do século XX foi proposta a teoria da transição demográfica baseada na relação entre crescimento populacional e

desenvolvimento econômico¹⁵. De acordo com essa teoria, o desenvolvimento econômico permitiu a modernização da sociedade o que mudou as taxas de natalidade e mortalidade nos países europeus. Porém, não se pode afirmar que esse modelo ocorre de forma idêntica em todas as sociedades, pois as mudanças nas taxas de mortalidade e natalidade possuem múltiplos fatores explicativos¹⁵.

O Brasil passou por algumas fases de transição demográfica¹⁵. Na primeira fase, a população era muito jovem (por volta de 18 anos) e poucos idosos, 4 a 5%. Na segunda fase, meados da década de 60 e 70, níveis de natalidade e fecundidade ainda elevados, porém queda da mortalidade e início do envelhecimento populacional.

Foi a partir da década de 70, que se iniciou a revolução demográfica com níveis de natalidade, fecundidade e mortalidade drasticamente reduzidos. Esperança de vida passou para acima dos 60 anos de idade¹⁵. O número de filhos por mulher reduziu de 6 filhos por mulher para 2,9 filhos. Essa transição demográfica não ocorreu de forma homogênea nas regiões brasileiras, porém por volta de 2010 as taxas de mortalidade e de fecundidade caíram em todas as regiões¹⁵.

Podemos considerar que o país ainda se encontra em processo de transição acelerada com o envelhecimento progressivo da população brasileira, e essa população possui demandas específicas de saúde e por essa razão um trabalho que compreenda essa faixa etária se torna relevante ao nível social e para auxiliar as políticas públicas, sobretudo o que concerne aos cuidados com a pele, pois os custos tanto financeiros quanto sociais com alterações cutâneas não são baixos.

2.2 Senilidade e Senescência

Após compreendermos o processo de envelhecimento populacional brasileiro, é importante compreender como se dá esse processo. Portanto, devemos compreender os termos senilidade e senescência. Envelhecer é um processo natural que envolve mudanças de estilo de vida e de comportamentos para alcance de um envelhecimento saudável¹⁶. O envelhecimento já se inicia

ao nascimento e esse processo se dá de forma gradativa e só é percebido a partir da terceira década de vida, com algumas alterações estruturais evoluindo até as perdas funcionais com o passar das décadas¹⁶. Cada indivíduo envelhece à sua maneira, a depender de seu estilo de vida. Se exposto a estresse, cigarros, sedentarismo, hábitos alimentares, esse envelhecimento será ou não com qualidade¹⁶. Essa mudança de hábitos também se reflete na pele.

Envelhecimento não deve ser tratado como sinônimo de doença. Pode-se diferenciar senescência de senilidade com a constatação de que o idoso com envelhecimento considerado normal consegue gerenciar a própria vida enquanto que o senil não consegue¹⁷. Importante ressaltar que mesmo no envelhecimento normal (senescência) há perdas seja ela físicas ou mentais¹⁷. O indivíduo se torna mais lento, fisicamente e mentalmente. Na senilidade, essa perda é ainda maior com desorganização mental e incapacidade física¹⁷.

O envelhecimento normal não deve apresentar sintomas de patologias¹⁷. O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, universal e biológico¹⁸. Porém o que é considerado normal do patológico é controverso e acima de tudo devemos considerar o que o indivíduo acredita ser o normal para si mesmo¹⁸.

Uma outra maneira de classificar o envelhecimento é através da capacidade funcional¹⁹, ou seja, como uma pessoa é em um ambiente físico e social em comparação com pessoas de sua mesma idade cronológica. Para cada idade cronológica é esperado que se consiga realizar determinada atividade, porém é possível um idoso de 90 anos ser funcionalmente falando ter capacidade de um de 70¹⁹.

Muitos estudos, como os já citados nesse texto, visam abordar o envelhecimento populacional sobre várias perspectivas porém o envelhecimento cutâneo observado do ponto de vista do próprio idoso ainda não é tão abordado. Alguns, inclusive, avaliam como promover educação em saúde de forma efetiva para indivíduos jovens em relação ao envelhecimento da pele, mas o que fazer em relação ao indivíduo já idoso que já sofre com os efeitos danosos do sol? ²⁰.

E como promover educação em saúde para os idosos? Para responder esses questionamentos devemos saber como essa população cuida da própria pele para propor um processo de educação efetivo.

2.3 Anatomia Cutânea normal

A pele humana possui várias funções, além da proteção (couraça) corporal, tais como interface com o meio ambiente, termoregulação, função imunológica (apresentação de antígenos) e funções endócrinas (através das glândulas sebáceas)⁴². Basicamente, é composta pela epiderme e derme. A epiderme é mais externa e é responsável por produzir células especializadas (ceratinócitos) que são anucleadas e queratinizadas e responsável pela couraça protetora e por ser barreira com relativa impermeabilidade para perda de líquidos⁴². Essa mesma impermeabilidade que protege também contra os microrganismos⁴². Na epiderme também se encontram os melanócitos que são células dendríticas derivadas da crista neural e responsável pela cor da pele (produção de melanina)^{41,42,52}. Células de Langerhans que são responsáveis por apresentação de antígenos também se encontram na epiderme⁷³.

A derme é mais interna e é nela que encontramos os fibroblastos (produtores de colágeno e elastina), e também toda a rede vascular e nervosa da pele. O folículo piloso, assim como as glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas também estão inseridos no tecido celular subcutâneo logo abaixo da derme^{42,73}. A derme que confere força, elasticidade e armazena água⁷³. As glândulas sudoríparas e sebáceas assim como o pelo e as unhas são denominados anexos da pele. Toda essa rede de células atua em conjunto para a manutenção das funções da pele e compreensão mínima dessas células e seu funcionamento ajudará a compreender o envelhecimento cutâneo citado adiante.

2.4 O envelhecimento cutâneo

O envelhecimento cutâneo é um fenômeno complexo e multifatorial. Não há uma única explicação para esse processo e muitos aspectos ainda são desconhecidos¹. A complexidade se dá pela própria estrutura da pele que é composta pela epiderme, derme, matriz extracelular, estruturas vasculares e anexos cutâneos^{1,42,73}.

As mudanças que ocorrem na pele do idoso não só ocorrem do ponto de vista estrutural (o que os idosos visualizam), mas também do ponto de vista

molecular (o que eles não veem, o que ocorre internamente) ¹. Postula-se que o envelhecimento cutâneo se inicia de dentro para fora e as alterações internas já se iniciam a partir dos 30 anos de idade², com redução das fibras musculares e da massa músculo esquelética, processo denominado sarcopenia². Aos 65 anos há perda da estrutura da derme tornando-se achatada e diminuição da proliferação celular ao nível dos fibroblastos, células de langerhans e ceratinócitos acarretando maior suscetibilidade a traumas e penetração dos agentes infecciosos².

A camada mais superficial da pele, a epiderme se origina no ectoderma, onde não há vasos sanguíneos e a espessura varia de acordo com a região do corpo³. A cada quatro semanas há renovação da epiderme, pois é ela a camada protetora contra a ação dos microrganismos. Além disso, é responsável por reter água, eletrólitos, sintetizar queratina e melanina. É dividida em estrato córneo, camada granulosa, camada espinhosa e camada basal³. É importante compreendermos essas estruturas anatômicas normais para entendermos as alterações moleculares e estruturais descritas a seguir.

2.5 O envelhecimento intrínseco e extrínseco da pele humana

O tempo transforma a pele de maneira intrínseca ou cronológica e fatores ambientais como exposição solar e tabagismo podem transformá-la, processo denominado envelhecimento extrínseco^{4,5}.

Do ponto de vista genético as alterações ocorrem já nos cromossomos com diminuição dos telômeros (repetições nucleopeptídicas) e essa redução é associada ao envelhecimento celular⁴. De maneira extrínseca a radiação ultravioleta do sol causa dano direto ao DNA, pois provoca mutações no gene supressor tumoral p53, predispondo o indivíduo aos cânceres de pele⁶

A partir do momento em que os fatores internos se iniciam, a pele ficará mais vulnerável aos fatores externos pois a permeabilidade cutânea aumenta e as funções termorregulatórias, neurossensoriais e do sistema imune diminuem⁷. Portanto, as pessoas idosas possuem necessidades de cuidados com a pele diferenciados sejam eles, cosméticos ou de proteção⁵⁰. Conhecer esses efeitos se torna essencial para os profissionais que cuidam e atendam essa faixa etária.

Além da radiação solar que agride a pele, outro fator extrínseco de agressão é o tabagismo. O tabagismo não só acelera o processo de envelhecimento causando elastose prematura como também causa aumento na produção de metaloproteinases na matriz intracelular que degradam o colágeno.^{20,21,28,50} O tabagismo contribui para a proliferação anormal dos queratinócitos da pele ocasionando rugas. Além disso, diminui o fluxo sanguíneo capilar diminuindo o aporte de oxigênio e nutrientes da pele, diminuindo as fibras de colágeno e elastina.²⁸ Os fatores extrínsecos podem e devem ser controlados e incluem a exposição solar, tabagismo, poluição, e demais fatores do estilo de vida como dieta, atividade física e a posição do rosto ao dormir.^{28,44,47}

De maneira didática, podemos dizer que o envelhecimento intrínseco é inevitável e ocorre como consequência natural das mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo ao envelhecer e que já é determinado geneticamente⁵⁰.

Fatores étnicos também influenciam, visto que, peles mais pigmentadas como a pele negra, por exemplo, possuem maior proteção à radiação solar se comparada as caucasianas.⁴³ Outro fator intrínseco que contribui ao envelhecimento cutâneo são os fatores hormonais. Alterações nos níveis de hormônio tireoidiano, estrógeno e de testosterona alteram a síntese lipídica da epiderme, tornando-a atrófica, por exemplo.^{8,42,72} Alguns medicamentos como os utilizados para redução dos níveis de colesterol (estatinas) podem induzir a descamação anormal da pele⁷⁴. Os idosos utilizam esses medicamentos de forma rotineira. Postula-se que as estatinas, provocam alterações cutâneas de 4 tipos: reações auto imunes, reações de ressecamento da pele, reações graves (síndrome Steven Johnson) e reações alérgicas⁷⁴. As lesões na pele podem surgir até meses após suspensão da droga⁷⁴. Em estudos histopatológicos foram encontrados vacuolização da camada basal e apoptose (morte) dos ceratinócitos⁷⁴. Portanto, orientar os idosos a hábitos de vida saudáveis e observar atentamente o uso de medicações, contribui também para prevenção de danos a pele.

2.6 Aspectos moleculares do envelhecimento cutâneo

Após a compreensão das alterações provocadas pelo envelhecimento da pele, alguns estudos buscam a expressão de marcadores para diagnóstico

precoce dessas alterações, sobretudo na prevenção do câncer de pele. Dentre eles o marcador de proliferação celular Ki-67 e a expressão do p53^{35,50}. Altas taxas destes marcadores refletem o grau de malignidade. O estudo em questão⁶ relata que a expressão desses marcadores associadas a análise histológica e a apresentação clínica sugerem um diagnóstico mais seguro de câncer. Entretanto, ainda não podemos utilizar de forma isolada estes marcadores³⁵.

Quinases e proteínas também atuam na pele acelerando o processo de envelhecimento^{21,35}. A exposição solar produz espécies reativas do oxigênio (produtos da interação da luz do sol com as células da pele) resultando na expressão das quinases como a proteína 1 (AP-1) e o fator de transcrição nuclear (NK-Kb)³⁵. A ativação da AP-1 estimula genes desintegradores da matriz celular como as metaloproteínas (MMP1, MMP3, MMP9) que clivam o colágeno da pele, inclusive, colágeno do tipo VII que é importante para manter a integridade dérmica³⁵.

As espécies reativas de oxigênio também são conhecidas por radicais livres (RL) e são moléculas capazes de danificar outras através do estresse oxidativo, acarretando danos nas células e tecidos do corpo³⁵. Em relação ao gene de supressão tumoral p53, ele bloqueia o ciclo celular em caso de mutação, induzindo a morte das células danificadas. Tanto o envelhecimento extrínseco quanto o intrínseco são capazes de ativar mutações ao gene p53³⁵.

Ao longo da idade, há uma diminuição dos glicosaminoglicanos dentre eles o ácido hialurônico aumentando assim a perda de água provocando o ressecamento da pele nos idosos. Esse processo é agravado ainda mais pela diminuição das glândulas sudoríparas e sebáceas na pele do idoso provocando diminuição da lubrificação natural da pele³⁵. Essa alteração explicaria o ressecamento (xerose) na pele do idoso e a queixa de prurido entre essa faixa etária^{35,51,54}.

Embora os estudos estejam cada vez mais apurados para a descoberta desses marcadores moleculares a prevenção (evitar a exposição solar) e a adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo a restrição calórica (inibe a formação tumoral espontânea ou induzida e aumenta tempo de vida dos organismos estudados)³⁵ mesmo nas faixas etárias mais velhas ainda é a principal forma de prevenção.

2.7 Principais patologias cutâneas do envelhecimento

Quando abordamos as doenças de pele nos idosos os profissionais sempre têm em mente as feridas crônicas. As doenças crônicas que afetam os idosos, sobretudo o diabetes, podem predispor tais feridas, porém, os idosos têm que lidar com muitas outras alterações, sendo muitas delas confundidas com doenças, um exemplo é a púrpura senil.

Dentre as alterações não patológicas do envelhecimento cutâneo citam-se^{26,29,32,38,39,41,44,51,53,54}:

- a) Aprofundamento do sulco nasogeniano por enfraquecimento muscular facial
- b) Ptose palpebral (queda da pálpebra) por alterações na própria pálpebra
- c) Efélides (ou sardas) por alteração na produção de melanina
- d) Telangectasias e purpura senil por fragilidade vascular e alterações na microvasculatura
- e) Prurido e xerose cutânea. O ressecamento da pele (xerose) se traduz muitas vezes em coceira (prurido) e é um relato frequente dos idosos.

Como já relatado anteriormente a exposição solar causa muitas alterações como, por exemplo, a elastose solar^{55,56} que se traduz no aumento da fragmentação e da porosidade das fibras elásticas na derme e que a literatura estrangeira muitas vezes adota o termo “dermatoheliose”⁵⁶.

Alguns autores separam as alterações de pele do idoso por categorias^{51,53} como alterações eritêmato-escamosas, infecções, neoplasias benignas, lesões pré-malignas, lesões malignas, mudanças relacionadas a idade e outras⁵³. As alterações relativas a idade, já foram abordadas.

Dentre as alterações eritêmato escamosas a mais comum encontrada nos trabalhos pesquisados^{51,52,53,54} é o eczema. Os eczemas englobam a dermatite seborreica, dermatite atópica, dermatite de contato e o eczema numular. Esse grupo de doenças se enquadra nesse grupo por produzirem eritema (vermelhidão) e descamação, porém cada uma possui sua particularidade.

A dermatite seborreica no idoso deve ser reconhecida, pois o aparecimento súbito de múltiplas lesões de dermatite seborreica pode ser sinal de neoplasia interna/síndrome paraneoplásica^{54,56}. Essa afecção pode ainda

causar prurido. Outro ponto que devemos considerar em relação ao idosos, é o uso de medicamentos que podem causar alteração na pele, por exemplo, os inibidores da enzima conversora da angiotensina (enalapril) que podem induzir urticária⁷⁴, alteração que faz parte do espectro das lesões eritemato-escamosas.

As alterações que ocorrem com o envelhecimento intrínseco mudam a imunologia cutânea tornando o idoso mais suscetível à sensibilização a fragrâncias, medicamentos tópicos, dentre outros acarretando a dermatite de contato^{52,53,54}. Nesse sentido, as infecções fúngicas também se tornam prevalentes com destaque para a candidíase e onicomicoses^{1,6,54}.

Dentre os cânceres há uma maior predisposição ao desenvolvimento do carcinoma basocelular e do carcinoma espinocelular no envelhecimento. Estes tipos de câncer não causam mortalidade, porém alteram a qualidade de vida, pois o tratamento dessas lesões pode ser invasivo e alterar a aparência do idoso^{32,33}. 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 predisposição, portanto o uso de protetor solar deve ser indicado também para os idosos^{32,33,54}.

Outra alteração muito comum nos idosos são as úlceras venosas⁶. As úlceras causam dor, edema e dermatite crônica no membro acometido. A dificuldade que o sangue tem para retornar ao coração ocorre por perda muscular e alterações nos vasos sanguíneos dos membros inferiores formando as úlceras⁶. Concluimos, ao final desta sessão do trabalho, que as alterações fisiológicas do envelhecimento, quanto os fatores externos, contribuem para a ocorrência de muitas lesões na pele do idoso, portanto, devemos estar atentos a essas alterações para saber orientar e propor adequadamente cuidados com a pele para essa faixa etária.

2.8 Aspectos psicológicos do envelhecimento

Este trabalho busca compreender como é representada a população de idosos do município de Jandira no Estado de São Paulo, em relação a cuidados com a pele, portanto recorreremos ao conceito de representação social da psicologia social. De modo sintético, podemos dizer que representação é a

“reprodução daquilo que se pensa”^{18,37}, buscamos compreender como o idoso vivencia seu próprio envelhecimento da pele e se ele realmente pratica o que ele acredita fazer.

Na literatura vemos que a juventude é idealizada e a velhice é sinônimo de decadência, perdas e de doenças o que pode gerar uma certa “fobia” de envelhecer, gerascofobia⁵⁹. Há diferenças dessa visão de velhice na zona rural e urbana. Na zona rural, o indivíduo se considera velho quando não consegue mais trabalhar e na urbana, quando há ausência de saúde^{18,37,59}. A velhice, como sinônimo de decadência e ausência de papéis sociais, começou assim ser vista a partir da segunda metade do século XIX^{59,63}.

Porém em muitas sociedades, sobretudo chinesas e japonesas, há imagens positivas da velhice o que nos ensina que a ideia de velhice ser sinônimo de deterioração e perdas não é universal¹⁹. Estereótipos muitas vezes refletem ideias distorcidas e errôneas da realidade¹⁹. Muitas vezes as pessoas caracterizam outras como velhas quando há perdas na esfera cognitiva com lapsos de memória, diminuição da atenção, orientação e concentração. Entretanto, esse declínio cognitivo se dá por outros motivos e não pelo envelhecimento em si, como doenças (depressão) e desuso (falta de prática), fatores comportamentais (uso de álcool e drogas) e fatores sociais como solidão e isolamento¹⁹.

2.9 Políticas Públicas em Saúde do Idoso

Nessa sessão do trabalho buscamos compreender como estão as políticas públicas em saúde do idoso e se há alguma forma de prevenção aos danos cutâneos em relação a essa população. Vemos na literatura pesquisada que apesar dos idosos terem sido considerados na Lei Eloy Chaves de 1923, foi apenas a partir de 1994 que foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI)^{14,15}.

Isso só foi possível devido à discussão do cenário internacional sobre o envelhecimento populacional. Em 1982, ocorreu a primeira assembleia mundial sobre envelhecimento em Viena. Nessa ocasião, a visão que se tinha dos idosos era de pessoas independentes financeiramente e com poder de compra. Importante ressaltar que essa era a visão dos países desenvolvidos e que o cenário brasileiro era bem diferente, pois os idosos dependiam de assistência

previdenciária¹⁵. Em 2003 foi sancionado o estatuto do idoso que confere proteção social ao indivíduo idoso e ainda garante, por lei, o desconto de 50% em atividades artísticas, culturais, de lazer e ainda acesso preferencial¹⁵.

Porém vemos que o acesso do idoso aos serviços de saúde ainda é precário mesmo em unidades clínicas dos convênios, a fila de espera para consultas ainda é longa e para especialistas entre eles o dermatologista ainda é demorada. Qualificar os profissionais que atuam na porta de entrada do sistema, a atenção primária, pode mudar essa realidade para a população dessa faixa etária.

Na pesquisa realizada da literatura vemos que não há protocolos bem definidos para o atendimento dermatológico dessa população. O manual técnico⁵ sobre dermatologia na atenção básica não contém protocolos para nortear os profissionais e nem sempre ele está disponível nas unidades básicas ou não há tempo para consultá-lo. O manual técnico saúde da pessoa idosa não tem protocolo para a abordagem das doenças de pele nessa faixa etária. Algumas cartilhas analisadas até abordam os carcinomas de pele, mas não há estudos que abordem se essas informações chegam até a essa população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar os cuidados cutâneos adotados por idosos frequentadores de uma clínica privada no município de Jandira, assim como as dermatoses mais prevalentes nesse grupo e sua relação com o diabetes mellitus.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar o perfil sociodemográfico de idosos atendidos em uma clínica privada no município de Jandira.
- Detectar o fototipo de pele de acordo com a classificação de Fitzpatrick.
- Avaliar a prevalência de alterações cutâneas em idosos com idade inferior e superior a 70 anos.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa delineada é de caráter observacional, sendo o estudo transversal, descritivo e analítico. De acordo com Rouquayrol, 2013, os estudos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição e permite identificar a prevalência de um fenômeno de interesse.

4.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Clínica Jandira, localizada em Jandira, município da grande São Paulo, no período de abril a junho de 2018. Trata-se de uma clínica de multiespecialidades que atende os principais convênios de saúde. Em relação à área de dermatologia, a clínica conta com três profissionais, entre eles, a pesquisadora.

A população frequentadora da clínica é heterogênea, incluindo todos os níveis socioeconômicos, sendo o atendimento na especialidade de dermatologia autorizado pelo convênio médico do paciente. Quando há necessidade, pacientes são encaminhados para outras especialidades dentro da própria clínica. A Clínica Jandira está situada no centro da cidade de Jandira sendo a clínica bastante conhecida na cidade e são realizados em média 300 atendimentos médicos por dia. A especialidade médica de dermatologia é uma das mais procuradas na clínica tendo em média 30 consultas por período de atendimento (cada período sendo de 04 horas).

Em relação ao município, Jandira era um distrito criado pela lei nº 233, de 24/12/1948 sendo desmembrada de Itapevi e subordinada ao município de Cotia, em 28/02/1964, através da lei estadual nº 8092, foi desmembrada de Cotia, se tornando um município autônomo. O nome Jandira veio do Tupi-guarani e significa “favo de mel”²⁵. Trata-se de uma cidade dormitório com aproximadamente 100 mil habitantes e por ser menor em relação as cidades vizinhas não é um município atrativo para as grandes indústrias. A cidade tem

dificuldades de reter médicos e outros profissionais da saúde⁶⁶, ou seja, consultas com especialidades, incluindo a dermatologia podem ser demoradas.

4.3 Amostra

A amostra foi constituída de oitenta idosos frequentadores da clínica, sendo quarenta idosos e quarenta idosas. A amostragem é por conveniência. Este número foi alcançado no período proposto da coleta de dados (abril a junho de 2018). Foram incluídos no estudo, idosos que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem sido devidamente informados sobre todos os procedimentos envolvidos no estudo.

Idosos acima de 60 anos foram incluídos e não houve limite superior de idade assim como não houve exclusão em relação a estado civil, situação sócio econômica, dentre outros. Em se tratando dos critérios de exclusão foram adotados o analfabetismo e quadros demenciais e psiquiátricos devido à dificuldade de responder a pesquisa.

4.4 Instrumentos de pesquisa

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário semiestruturado (Apêndice 1), aplicado aos idosos pela pesquisadora, este questionário foi desenvolvido pela autora do trabalho, não se trata de um questionário validado. Também preenchida ficha de atendimento com o objetivo de assinalar o fototipo e as patologias cutâneas encontradas (Apêndice 2). As patologias cutâneas encontradas nos idosos foram devidamente abordadas e os idosos também foram orientados em relação ao seu quadro clínico e cuidados. As lesões não foram fotografadas.

A aplicação do questionário serviu para traçar o perfil e o conhecimento dos idosos em relação ao envelhecimento cutâneo. A ficha de atendimento foi constituída por dois itens de múltipla escolha, sendo um para definir o fototipo de pele do paciente e o outro com as alterações cutâneas encontradas.

A classificação dos fototipos foi criada por um médico dermatologista que deu o nome a classificação (Fitzpatrick) de acordo com a reação da pele quando exposta a radiação solar, denominamos, Fototipo 1: sempre queima e nunca bronzeia (geralmente pessoas de pele branca e olhos claros). Fototipo 2: queima bastante bronzeia pouco, Fototipo 3: queima um pouco, bronzeia um pouco, Fototipo 4: nunca queima e sempre bronzeia, Fototipo 5: pele negra nunca queima²¹.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

A clínica autorizou a realização da pesquisa, segundo declaração de coparticipante (anexo 3). A pesquisa se iniciou após aprovação do comitê de ética em pesquisa sob o número de protocolo 2.583.019, CAAE 85685518.6.0000.0081.

4.6 Coleta de dados

Na primeira etapa, foi realizado um pré-teste, ou seja, antes do início da pesquisa propriamente dita, a pesquisadora aplicou o questionário e a ficha de atendimento para verificar se realmente o instrumento é adequado. Não houve dificuldades na aplicação dos questionários aos idosos, pela pesquisadora. Pré teste realizado em fevereiro 2018, dados descartados pois realizado antes da autorização do comitê de ética.

Na segunda etapa, após aprovação do Comitê de Ética, os idosos foram convidados a participar da pesquisa e, na ocasião, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicitando a confidencialidade em que a identidade do participante será sigilosa. Os dados, porém, poderão ser publicados posteriormente. Os idosos foram convidados na ocasião de consulta médica dermatológica da pesquisadora. Ocorreu também o preenchimento da ficha de atendimento e o exame físico dermatológico na mesma consulta, com a médica pesquisadora. Os dados coletados foram de natureza sócio demográfica (cabeçalho dos questionários), em que se indaga: idade, gênero,

cidade que nasceu, cidade que mora atualmente, renda, tipo de renda (assalariado ou pensionista) e escolaridade. Em relação a dados prévios de saúde, pergunta-se: doenças atuais, e tabagismo atual ou prévio (um dos principais envelhecedores extrínsecos da pele). O corpo do questionário é composto das seguintes perguntas:

1. O/A Sr (a) já foi orientado alguma vez em relação a cuidados com a pele por um profissional da saúde? Sim ou Não? Esse questionamento é importante pois é uma forma de avaliar se os cuidados cutâneos fazem parte da rotina de educação em saúde que deve ser feita pelos profissionais da área. Além disso, presumisse que um paciente orientado reconheça as alterações cutâneas em seu corpo e busque auxílio ao visualizar sinais de alerta.

2. Qual profissional fez essa orientação? 1- Médico de pele () 2- Generalista () 3- Enfermeiro () 4- Ginecologista () 5- Outro () . Essa pergunta objetiva conhecer quem faz orientação de saúde em relação aos cuidados com a pele.

3. Você conhece os perigos de se expor ao sol? Conhece ou Desconhece? Apesar do apelo midiático e da indústria cosmética incentivar o uso de protetores solares desejamos saber de fato se os idosos têm conhecimento dos riscos de se expor ao sol.

4. Você se expõe ao sol? Sim ou Não? Com esse questionamento buscamos conhecer se os idosos se expõem ao sol. Ao parar para responder à pergunta eles podem pensar sobre o assunto.

A exposição solar assim como o tabagismo são os principais envelhecedores extrínsecos da pele. E são fatores de risco que podem ser prevenidos ou descontinuados.

5. Quanto ao uso do protetor solar, você usa ou não usa? Conhecer sobre o uso ou não de protetor solar. Protetor solar é uma maneira efetiva de se proteger da radiação ultravioleta (um dos principais envelhecedores extrínsecos da pele).

6. Quanto ao uso de hidratantes, você usa ou não usa? A pele do idoso é sabidamente xerótica, portanto, seria necessário nessa faixa etária a utilização de hidratantes. O que faz parte dos cuidados cutâneos além do uso de proteção solar.

7. Você sabe o que é câncer de pele? Sim ou Não? Compreender se conhecem uma das principais patologias cutâneas provocadas pela radiação solar.

8. Você já utilizou alguma pomada/loção/produto para a pele sem orientação médica? Sim ou Não? Algumas alterações cutâneas como a tinea corporis (provocada por fungos) sofrem modificação ao utilizar pomadas contendo corticosteróides (tinea incógnita) e, como esses produtos são adquiridos sem receita médica, desejamos com essa pergunta verificar essa questão com a faixa etária idosa.

9. Nos últimos seis meses, você obteve informações a respeito do câncer de pele através de: 1-Televisão () 2-Jornais e revistas () 3-Consulta Médica () 4-Família () 5-Não tem acesso informação () 6-Campanha no posto de saúde (). Esse questionamento visa compreender por qual veículo de comunicação os idosos buscam informações de saúde.

4.7 Análise de dados

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 desta 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 essa análise, 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 pergunta “horário de exposição solar” foi dicotomizada em “sim” quando as opções

marcadas foram “pela manhã antes das 10 h”, 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” quando a resposta marcada foi “uso sempre” e “às vezes” e “não” quando “não uso”. A pergunta “quanto a hidratação da pele” foi dicotomizada em “sim” quando a resposta foi “utilizo hidratantes diariamente” e “utilizado hidratantes raramente/algumas vezes” e “não” quando “não costumo utilizar hidratantes”. A pergunta “nos últimos seis meses você obteve informações a respeito do câncer de pele através de” foi dicotomizada em “sim” quando as opções respondidas foram “televisão”, “jornais e revistas”, “consulta médica”, “família” e “campanha posto de saúde” e como “não” quando marcada a opção “não tem acesso informação”.

Todas as análises foram realizadas por meio do software Stata Statistical Software® 13.0 (College Station, Texas, Estados Unidos) e foi considerado como significativo p-valor < 0,05 no teste bicaudal. O programa estatístico utilizado para a comparação de dados entre os gêneros foi o Bioestat 5.3. As análises e estratificação foram realizadas nos meses de julho e agosto de 2018.

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Após o período de coleta dos dados (24/03/18 a 21/06/18) iniciou-se a sistematização dos dados coletados. A pesquisa se encerrou com oitenta (80) idosos, sendo quarenta do gênero feminino e quarenta do gênero masculino. As quantidades iguais para cada grupo se dá para melhor uniformização das amostras.

5.1 Dados Sociodemográficos e de saúde

Foram avaliados 80 pacientes, com idade mediana igual a 67,0 anos (IQR, 63,5-69,5). A maioria apresentou idade até 70 anos, renda familiar e escolaridade baixa, com naturalidade do estado de São Paulo e residentes em sua maioria em Jandira. (tabela 1)

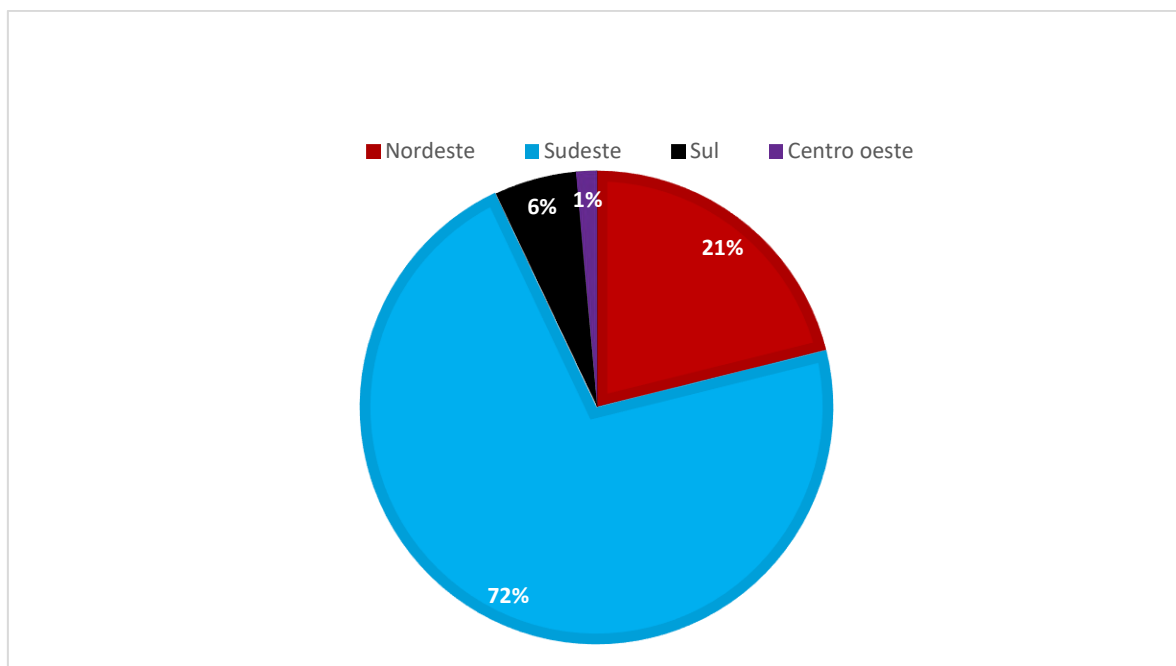
Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.

Características	n	%
Gênero		
Masculino	40	50,0
Feminino	40	50,0
Faixa Etária		
60 a 70 anos	62	77,5
71 ou mais	18	22,5
Renda familiar		
Até 2 salários-mínimos	79	98,7
3 a 5 salários-mínimos	1	1,3
Escolaridade		
1º a 4º Ens. Fundamental	74	92,5
5º a 8º Ens. Fundamental	6	7,5
Procedência		
Outros estados	32	40,0
São Paulo	48	60,0
Residência		
Interior de São Paulo	14	17,5
São Paulo Jandira	66	82,5

Fonte: autora, 2018

Em relação a cidade em que vivem atualmente, todos residem no estado de São Paulo, nos municípios de Jandira, Osasco e Barueri. No que concerne a procedência (estado de onde vieram) foi feita a divisão por estado do Brasil, como demonstra o gráfico 1:

Gráfico 1 – Procedência dos idosos da clínica de Jandira/SP.



Fonte: autora, 2018

Os idosos procedentes dos estados do Sudeste (São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro) são representados pela cor azul e correspondem a maioria na amostra pesquisada com 72%. Os idosos provenientes do Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará e Maranhão) 21% foi o segundo local mais prevalente e são representados pela cor vermelha no gráfico. Os idosos provenientes do Sul (Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul) assim como do Centro Oeste (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal) correspondem a minoria com 6% e 1% respectivamente. O Norte (Amazonas, Roraima, Amapá, Pará, Tocantins, Rondônia e Acre) foi suprimido no gráfico pois não houve idoso que sinalizasse ter sido proveniente dos estados que o compõem.

Os trabalhos analisados^{7,9,8,71} que fazem análise comportamental em relação aos cuidados cutâneos não avaliaram a questão da procedência do

indivíduo. Regiões como a norte e nordeste, cuja incidência de radiação solar é maior, podem impactar em maior incidência de patologias relacionadas ao fotoenvelhecimento. Por essa razão, este estudo aborda e faz essa análise, porem como se verá adiante (tabela 7 e 8) esse aspecto não impacta na presença de mais patologias cutâneas.

Tabela 2. Comorbidades e quantidade total de comorbidades dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.

Características	n	%
Número total de comorbidades		
Uma	60	75,0
Duas ou mais	20	25,0
Diabetes <i>mellitus</i>		
Sim	11	13,7
Não	69	86,3
Hipertensão arterial sistêmica		
Sim	55	68,7
Não	25	31,3
Doença da tireoide		
Sim	8	10,0
Não	72	90,0
Outras comorbidades	15	18,7
Sem comorbidades	13	16,2

Fonte: autora, 2018

Em relação aos problemas de saúde (comorbidades) que os idosos apresentam, no questionário foram selecionadas o diabetes, hipertensão arterial, doenças da tireóide e outras. Essas doenças foram selecionadas por piorarem o estado da pele contribuindo com xerose cutânea^{67,68,69,70} e predispondo ao surgimento de úlceras^{68,70}. E a depender do estado clínico do doente em relação à alteração de saúde, alguns medicamentos dermatológicos devem ser prescritos com cautela como os antifúngicos e corticosteróides via oral. Na tabela 2 podemos visualizar a prevalência dessas comorbidades na amostra de oitenta idosos da pesquisa.

Em relação ao total de oitenta, observamos que a comorbidade mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica com 55 idosos, (68,7%) do total acometido pela alteração. Depois seguem outras comorbidades com 15 idosos (18,7% sendo a mais citada pelos idosos a depressão), idosos sem

comorbidades são 13, correspondendo a 16,2%. Idosos diabéticos do total de oitenta são 11 idosos, o que corresponde a 13,7% do total. E por último o hipotireoidismo com 08 idosos sendo 10%.

No que concerne ao diabetes, o tegumento pode estar alterado por ação direta ou indireta da doença. Nos indivíduos idosos as alterações de pele mais comuns são a dermatopatia diabética⁷⁰ (que se traduz como macula acastanhada em membros inferiores, principalmente em homens) e a necrobiose lipoídica que predomina em mulheres e é mais comum na 6ª década de vida (cl clinicamente se caracteriza por pápulas não escamosas em região pré tibial)⁷⁰. Na amostra da pesquisa não foram encontradas essas alterações, porem encontramos a onicomicose que devido as alterações do diabetes mellitus no sistema imune, diminuindo células de defesa acaba predispondo crescimento de fungos seja na pele ou nas unhas (onicomicose).

O hipotireoidismo piora a sensação de prurido^{41,54,69,70} e a xerose cutânea^{41,69} que é comum nos pacientes idosos, além disso, o hipotireoidismo provoca acúmulo de água e mucopolissacarídes⁶⁹ na derme, provocando hipotermia e xerose, acarreta ainda queda de cabelos, o que piora não só o estado da pele dos idosos, como também, piora sua qualidade de vida.

Em relação ao hábito de fumar, os idosos foram questionados se já fumaram, se fumam atualmente e se nunca fumaram. Representado no Gráfico 2 abaixo.

Tabela 3. Tabagismo dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.

Características	n	%
Tabagismo		
Sim	2	2,5
Não	65	81,3
Ex- fumante	13	16,2

Fonte: autora,2018

Apenas dois idosos fumam (2,5%), 65 nunca fumaram (81,3%) e 13 (16,2%) já fumaram. Felizmente, na população pesquisada o índice de tabagismo, seja ele atual ou prévio é baixo. Na literatura levantada, é consenso que o tabagismo é um dos principais envelhecedores extrínsecos da pele, com piora da elasticidade, perda de colágeno e formação de radicais livres^{3,5,36,42,44,50,51}.

Os trabalhos encontrados na literatura que refletem comportamento de cuidados com a pele em populações jovens ^{7,8,9,71} não questionam sobre o hábito de fumar em suas populações estudadas. A autora deste trabalho considera importante que este questionamento seja feito, haja vista a atuação do tabaco no processo de envelhecimento extrínseco da pele.

5.2 Dados do Questionário sobre Cuidados Cutâneos em Idosos

Os próximos itens analisados serão apresentados em relação a cada pergunta realizada no questionário com o objetivo de traçar o perfil dos cuidados cutâneos na amostra de idosos pesquisada. De um modo geral, os pacientes avaliados afirmaram ter recebido orientação de cuidados com a pele por profissional de saúde, sendo o médico o principal orientador. São conhecedores do perigo da exposição solar e metade deles se expõe antes das 10h da manhã. Entretanto, a maioria não usa protetor solar e raramente faz uso de hidratantes para a pele e todos utilizam produtos dermatológicos sem prescrição. A maioria possui certa compreensão acerca do câncer de pele, sendo a consulta médica a principal fonte de informação. (tabela 4)

Tabela 4. Perfil de cuidados cutâneos dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.

Características	n	%
Recebeu orientação sobre cuidados com a pele por profissional da saúde		
Sim	42	52,5
Não	38	47,5
Profissional de saúde que orientou		
Médico	41	97,6
Enfermeiro	1	2,4
Conhece os perigos de se expor ao sol		
Sim	58	72,5
Não	22	27,5
Horário de exposição solar		
Antes das 10h	40	50,0
Entre 10h e 12h	1	1,2
Na hora do almoço	2	2,5
Não se expõe	37	46,3
Utiliza protetor solar		
Sempre	12	15,0
Não usa	36	45,0
Às vezes	32	40,0
Utiliza hidratante para a pele		
Diariamente	4	5,0
Raramente	42	52,5
Não	34	42,5
Utilizou pomada, loção ou produto para a pele sem orientação médica		
Sim	80	100,0
Não	0	0
Sabe o que é câncer de pele		
Sim	59	73,7
Não	21	26,3
Fontes de informações sobre câncer nos últimos 6 meses		
Televisão	13	16,2
Jornais e revistas	1	1,2
Consulta médica	33	41,4
Famíliares	9	11,2
Sem acesso à informação	24	30,0

Fonte: autora, 2018

As questões a seguir (de 01 a 07) apresentam a comparação entre idosos e idosas em relação aos cuidados cutâneos, utilizando-se o teste do qui quadrado X^2 por meio do programa Bioestat 5.3. A pergunta de número 2 (qual profissional orientou) e a pergunta 9 (onde obtêm informação sobre câncer da

pele) não foi possível análise pelo qui quadrado pois não fazia sentido serem agrupadas.

Pergunta 01 – O sr/sra já foi orientado alguma vez em relação a cuidados com a pele por um profissional da saúde?

Gênero	Sim N (%)	Não (%)
Gênero		
Feminino	18 (45)	22 (55)
Masculino	23 (57,5)	17(42,5)
Total da Amostra	42 (52,5)	38(47,5)
$\chi^2 = 1,25$ $p=0,37$		

Fonte: autora,2018

Percebemos que em números percentuais na amostra pesquisada cerca de metade relata ter sido orientado (52,5%) e outra metade (47,5%) refere não ter sido orientado. Se considerarmos que todos já passaram em consulta pelo menos uma vez na vida, é preocupante quase a metade desses idosos não terem sido orientados sobre cuidados cutâneos. Sobretudo se levarmos em consideração que grande parte deles (como já demonstrado no perfil demográfico) serem portadores de alguma comorbidade que altera sua pele. Não houve diferença entre os gêneros para a pergunta realizada, de um modo geral, ambos não são orientados pelos profissionais da saúde.

Quando buscamos na literatura especializada os estudos que buscam compreender cuidados cutâneos, vemos que esse questionamento não foi realizado, acreditamos que esse questionamento é de suma importância para compreendermos melhor o motivo dos poucos cuidados cutâneos nas populações.

Pergunta 03 – Você conhece os perigos de se expor ao sol?

Gênero	Sim N (%)	Não (%)
Gênero		
Feminino	31 (77,5)	09 (22,5)
Masculino	26 (65)	14 (35)
Total da Amostra	58 (72,5)	22 (7,5)
$\chi^2 = 0,03$ $p=0,77$		

Fonte: autora,2018

No total da amostra de 80 idosos percebe-se que a maioria 58 (72,5%) conhecem os perigos de se expor a radiação solar e apenas 22 (7,5%) desconhecem. Apesar de uma minoria desconhecer, ainda é preocupante o fato de 22 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 que é muito comum nessa faixa etária^{32,33,40,41,48,49,56}. Não houve diferenças em relação aos gêneros masculino e feminino em relação ao conhecimento dos perigos de se expor ao sol. Ambos parecem conhecer esses perigos. Se comparado aos estudos^{13,10,25,71} realizados com as faixas etárias mais jovens, vemos que o público adolescente e adulto jovem possui mais conhecimento do perigo da exposição solar.

A literatura pesquisada^{55,56} é clara ao afirmar os problemas que a exposição solar pode provocar nas pessoas que se expõem sem a devida proteção e nos horários adequados. A radiação ultravioleta pode provocar danos diretos nos ceratinócitos, aumentar seu tamanho e reduzir a quantidade e ainda os tornar irregulares. Além disso, altera a estrutura do colágeno dérmico e lesa diretamente o DNA celular predispondo aos cânceres de pele⁵⁶.

Pergunta 04 – Você se expõe ao sol?

Gênero	Sim N (%)	Não (%)
Gênero		
Feminino	25 (62,5)	15 (37,5)
Masculino	18 (45)	22 (55)
Total da Amostra	43 (53,8)	37 (46,2)

$\chi^2 = 2,46$ $p=0,17$

Fonte: autora, 2018

No total visualizamos que pouco mais da metade (53,8%) se expõe ao sol contra 46,2% que não se expõem. Na amostra as mulheres (62,5%) se expõem mais ao sol que os homens (45%). Porém essa diferença não é estatisticamente significativa. Se comparado aos estudos^{13,10,25,71} realizados com as faixas etárias mais jovens, vemos que o público adolescente e adulto jovem se expõe a radiação solar em horários de maior intensidade que o público da amostra analisada.

No estudo realizado com indivíduos mais jovens no Rio Grande do Sul⁸ foi demonstrado que os mais jovens se expõem a horários de maior incidência a radiação ultravioleta se comparado aos idosos dessa pesquisa. Vale ressaltar que os danos que o sol provoca são cumulativos e irão se manifestar nas faixas etárias mais velhas.

Pergunta 05 – Quanto ao uso de protetor solar você:

Gênero	Sim N (%)	Não (%)
Gênero		
Feminino	20 (50)	20 (50)
Masculino	23 (57,5)	17 (42,5)
Total da Amostra	43 (53,7)	37 (46,2)
X² = 0,45 p=0,65		

Fonte: autora, 2018

Em relação ao uso de protetor solar (uma das formas de cuidar da pele e se proteger da exposição) vemos que 53,75% usam contra 46,25% que relataram não fazer uso. Bastante elevado o percentual dos que não utilizam proteção solar. Em relação aos gêneros nas idosas ficou homogêneo. Com 50% de idosas que utilizam e 50% que não utilizam. Em relação aos idosos o que utilizam são 57,5% e o que não utilizam são um pouco menos 42,5%. E novamente, as diferenças entre os gêneros não é estatisticamente significativa. Populações mais jovens^{13,10,25,71} costumam também negligenciar o uso do protetor solar.

O interessante que se ressalta em nossa pesquisa é que ela contraria o encontrado em outros estudos. As mulheres relataram maior uso de proteção solar que os homens^{7,8,9}, porém as mulheres nestes estudos são mais jovens (abaixo dos 40 anos), acreditamos que o motivo é a perda do interesse em se cuidar a medida que a mulher vai envelhecendo (período de perdas, filhos saem de casa, falecimento ou separação do cônjuge). Na nossa pesquisa essa questão pode ser explicada pela prevalência de transtornos depressivos apontados pelas mulheres idosas.

Pergunta 06 – Quanto ao uso de hidratantes, você usa ou não usa?

Gênero	Sim N (%)	Não (%)
Gênero		
Feminino	24 (60)	16 (40)
Masculino	22 (55)	18 (45)
Total da Amostra	46 (57,5)	34 (42,5)

X² = 0,20 p=0,82

Fonte: autora, 2018

Outro cuidado com a pele é o uso de hidratante, sobretudo a pele de idosos que é mais xerótica e deveria fazer parte do arsenal de cuidados diários dos idosos o uso do mesmo. Na amostra total 57,5% relatam utilizar algum tipo de hidratante contra 42,5% que não utilizam. As mulheres (60%) utilizam um pouco mais que os homens (55%) porém em ambos gêneros é elevado o número dos que não utilizam sendo 45% dos homens e 40% de mulheres. A diferença entre os gêneros não é estatisticamente significativa. Não foram encontrados estudos comparativos entre o uso de hidratantes na população jovem e nem outros estudos com populações idosas.

Pergunta 07 – Você sabe o que é câncer de pele?

Gênero	Sim N (%)	Não (%)
Gênero		
Feminino	30 (75)	10 (25)
Masculino	29 (72,5)	11 (27,5)
Total da Amostra	59 (73,7)	21 (26,2)

X² = 0,06 p=1,00

Fonte: autora, 2018

Uma pergunta importante diz respeito ao conhecimento sobre o que é o câncer de pele. De modo geral as pessoas são mais engajadas a atitudes preventivas se elas conhecem sobre os danos e ou riscos. Na amostra 73,75% dos idosos analisados relatam saber o que é câncer de pele contra 26,25% dos que não sabem. Não houve grande diferença percentual entre os idosos (72,5%) se comparado as idosas (75%). A diferença entre os gêneros não é estatisticamente significativa. As faixas etárias mais jovens^{13,10,25,71} relataram um maior conhecimento sobre o câncer de pele que os idosos.

Embora tenham conhecimento sobre o câncer de pele os idosos se expõem ao sol e negligenciam o uso de fotoprotetores, o que pode ser explicado pelo incentivo (muitas vezes até do próprio médico clínico geral, generalista) para se expor ao sol para aumento do cálcio e prevenção de fraturas e pelo alto custo dos fotoprotetores no Brasil (a população desse estudo é de baixa renda).

Pergunta 08 – Você já utilizou pomada/loção/produto para a pele sem orientação médica?

Gênero	Sim N (%)	Não (%)
Gênero		
Feminino	40 (100)	0 (0)
Masculino	40 (100)	0 (0)
Total da Amostra	100 (100)	0 (0)

Fonte: autora, 2018

Em relação a este questionamento todos os idosos (100%) da pesquisa responderam que sim, já utilizaram pomadas e produtos dermatológicos por conta própria sem orientação médica. Os riscos dessa prática são bem documentados na literatura³⁰, para citar um exemplo temos o quadro de tinea incógnita que é a modificação da lesão de tinea corporis (um tipo de micose) devido ao uso de corticosteroide. A tinea corporis é uma lesão dermatológica frequente no público idoso. Os estudos³⁰ realizados em outras faixas etárias demonstram que a população brasileira em geral se automedica e muitas vezes desconhece os efeitos dessa automedicação. Essa automedicação também é observada em estudo com populações estrangeiras^{44,45,52,53}

5.3 Dados da Ficha de atendimento médico

Em relação a ficha de atendimento médico foram pesquisadas através do exame físico da pele as dermatoses cutâneas encontradas em cada idoso e seu tipo de pele de acordo com a classificação de Fitzpatrick. A classificação de Fitzpatrick foi criada em 1976 por um médico dermatologista (Thomas B Fitzpatrick) 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. Quanto mais clara a pele, mais sensível e maior o risco de queimadura solar. Essa classificação é feita clinicamente. No caso do estudo feito com os idosos da clínica de Jandira temos que 65 idosos do total de 100, ou seja, 81,4%, possuem o fototipo 4 de pele. Cinco idosos possuem o fototipo 1, 2 e 5 correspondendo a 6,2% cada, não houve idosos com os fototipo 3. Nos estudos realizados com as populações mais jovens essa classificação de tipo de pele foi autoreferida e grande parte dos entrevistados refere ser de cor branca ou morena clara.

Tabela 5. Fototipos cutâneos dos pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP

Fototipo	n	%
1	5	6,2
2	5	6,2
3	0	0
4	65	81,4
5	5	6,2

Fonte: autora, 2018

Após exame físico da pele, além do tipo de pele pela classificação de Fitzpatrick foram levantadas as principais patologias cutâneas encontradas na amostra como demonstrado pelas tabelas 6 abaixo, percebemos por essa tabela que a maioria apresentou três ou mais alterações cutâneas, sendo a mais prevalente melnose, seguida de xerose, ceratose, onicomicose, púrpura senil, tinea, acrocórdon e carcinoma. Foi feita a separação da prevalência de dermatoses entre os gêneros no quadro 1.

Tabela 6. Prevalência das dermatoses dos idosos atendidos em Jandira, SP.

Características	n	%
Quantidade de alterações cutâneas		
Até duas	39	48,7
Três ou mais	41	51,3
Xerose		
Sim	51	63,7
Não	29	36,3
Melanose		
Sim	72	90,0
Não	8	10,0
Carcinoma		
Sim	2	2,5
Não	78	97,5
Púrpura senil		
Sim	16	20,0
Não	64	80,0
Ceratose		
Sim	23	28,7
Não	57	71,3
Onicomicose		
Sim	17	21,2
Não	63	78,8
Tinea		
Sim	6	7,5
Não	74	92,5
Acrocórdon		
Sim	4	5,0
Não	76	95,0

Fonte: autora, 2018

Quadro 1 – Prevalência de Dermatoses dos Idosos da Clínica de Jandira/SP.

Doença/ Alteração	Masculino N	%	Feminino N	%	Total N	%
Xerose	28	70	19	47,5	47	58,75
Melanose	39	97,5	33	82,5	72	90
Carcinoma Espinocelular (CEC)	01	2,5	0	0	01	1,25
Púrpura	07	17,5	09	22,5	16	20
Ceratose Actínica	03	7,5	07	17,5	10	12,5
Ceratose Seborreica	03	7,5	07	17,5	10	12,5
Onicomicose	11	27,5	07	17,5	18	22,5
Tinea	05	12,5	01	2,5	06	7,5
Acrocórdon	03	7,5	01	2,5	04	5
Verruga Vulgar	01	2,5	0	0	01	1,25
Papulose Bowenoide	0	0	03	7,5	03	3,75

A alteração cutânea mais prevalente encontrada no total da amostra é a melanose solar perfazendo 90% dos idosos. 97,5% dos idosos possuem a alteração e 82,5% das idosas sendo bastante prevalente em ambos os gêneros. A literatura dermatológica atual ^{6,29,38,39,44,48,49,52,53} 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. Não se trata de uma lesão maligna ou pré-maligna, mas que causa desconforto estético para muitos idosos.

Em relação ao ressecamento da pele (xerose), observamos que 58,75% do total de idosos apresenta essa disfunção e que 70% dos idosos e 47,5% das idosas possuem a desordem. O estudo realizado na Índia por *Jindal e colaboradores* aponta uma menor prevalência de alterações cutâneas relacionadas a idade (os autores consideram xerose, purpura senil e melanose solar) em idosos de um hospital Indiano, porém a amostra desses autores é de cerca de 1380 idosos e, como se trata de uma pesquisa realizada em ambiente hospitalar se explica a prevalência maior de doenças que alterações benignas. Outra alteração cutânea relacionada a idade encontrada na amostra é a purpura

senil. Perfazendo 20% das alterações encontradas no total de 80 idosos. Em outros estudos vemos que de fato, a alteração é comum em populações idosas.

Em nosso estudo a prevalência das alterações cutâneas relativas ao processo natural de envelhecimento (xerose, purpura e melanose) foram as mais elevadas que a prevalência de doenças, porém, se esses idosos evitassem exposição solar, utilizasse hidratante s e tivessem melhor controle de suas doenças de base (hipertensão, diabetes, hipotireoidismo) mesmo a prevalência dessas alterações cutâneas benignas poderia ser menor.

A próxima tabela demonstra a análise bivariada em que levamos em consideração as variáveis da pesquisa para encontrar os fatores associados à três ou mais alterações cutâneas foram: gênero masculino, idade maior igual a 71 anos, tabagismo e diabetes *mellitus* (tabela 7):

Tabela 7. Análise bivariada dos fatores associados à quantidade de alterações cutâneas em pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.

Características	Alterações cutâneas		RP-bruta (IC95%)	p-valor
	n (%)			
	Até duas	Três ou mais		
Gênero				
Masculino	13 (32,5)	27 (62,5)	1,93 (1,20-3,09)	0,004
Feminino	26 (65,0)	14 (35,0)	1,00	
Faixa Etária				
60 a 70 anos	34 (54,8)	28 (45,2)	1,00	0,043
71 ou mais	5 (27,8)	13 (72,2)	1,60 (1,07-2,38)	
Renda familiar				
Até 2 salários-mínimos	39 (49,4)	40 (50,6)	1,00	-
3 a 5 salários-mínimos	0	1 (100,0)	-	
Escolaridade				
1º a 4º Ens. Fundamental	35 (47,3)	39 (52,7)	1,00	0,36
5º a 8º Ens. Fundamental	4 (66,7)	2 (33,3)	0,63 (0,20-2,00)	
Procedência				
Outros estados	17 (53,1)	15 (46,9)	1,00	0,52
São Paulo	22 (45,8)	26 (54,2)	1,15 (0,73-1,81)	
Residência				
Interior de São Paulo	6 (42,9)	8 (52,1)	1,00	0,62
São Paulo Capital	33 (50,0)	33 (50,0)	0,87 (0,52-1,46)	
Recebeu orientação sobre cuidados com a pele por profissional da saúde				
Sim	22 (52,4)	20 (47,6)	0,86 (0,56-1,32)	0,49
Não	17 (44,7)	21 (55,3)	1,00	
Profissional de saúde que orientou				
Médico	22 (53,7)	19 (46,3)	-	-
Enfermeiro	0	1 (100,0)	1,00	
Conhece os perigos de se expor ao sol				
Sim	32 (55,2)	26 (44,8)	0,66 (0,44-0,98)	0,06
Não	7 (31,8)	15 (68,2)	1,00	
Exposição solar				
Sim	22 (51,2)	21 (48,8)	0,90 (0,59-1,38)	0,64
Não	17 (46,0)	20 (54,0)	1,00	
Utiliza protetor solar				
Sim	23 (52,3)	21 (47,7)	0,86 (0,56-1,31)	0,48
Não	16 (44,4)	20 (55,6)	1,00	
Utiliza hidratante para a pele				
Sim	26 (56,5)	20 (43,5)	0,70 (0,46-1,07)	0,10
Não	13 (38,2)	21 (61,8)	1,00	
Utilizou pomada, loção ou produto para a pele sem orientação médica				
Sim	39 (48,7)	41 (51,3)	-	-
Não	0	0	1,00	
Sabe o que é câncer de pele				
Sim	30 (50,8)	29 (49,2)	0,86 (0,54-1,35)	0,53

Não	9 (42,9)	12 (57,1)	1,00	
Teve acesso a informações sobre câncer nos últimos 6 meses				
Sim	9 (37,5)	15 (62,5)	1,35 (0,88-2,04)	0,19
Não	30 (53,6)	26 (46,4)	1,00	
Número total de comorbidades				
Uma	31 (51,7)	29 (48,3)	1,00	
Duas ou mais	8 (40,0)	12 (60,0)	1,24 (0,79-1,93)	0,37
Tabagismo				
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	1,08 (0,26-4,47)	0,91
Ex-fumante	3 (23,1)	10 (76,9)	1,66 (1,12-2,48)	0,01
Não	35 (53,8)	30 (46,2)	1,00	
Diabetes <i>mellitus</i>				
Sim	2 (18,2)	9 (81,8)	1,76 (1,21-2,57)	0,03
Não	37 (53,6)	32 (46,4)	1,00	
Hipertensão arterial sistêmica				
Sim	26 (47,3)	29 (52,7)	1,10 (0,68-1,78)	0,69
Não	13 (52,0)	12 (48,0)	1,00	
Doença da tireoide				
Sim	5 (62,5)	3 (37,5)	0,71 (0,28-1,78)	0,41
Não	34 (47,2)	38 (52,8)	1,00	
Fototipo				
1-3	5 (50,0)	5 (50,0)	1,00	
4-5	34 (48,6)	36 (51,4)	1,02 (0,53-1,99)	0,93

Fonte: autora, 2018

Não houve associação estatística entre diabetes e xerose ($p=0,18$), melanose ($p=0,23$), 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 ($p=0,14$), melanose ($p=0,63$), 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 ($p=0,14$), melanose ($p=0,22$), carcinoma ($p=0,56$), púrpura senil ($p=0,54$), ceratose ($p=0,66$), onicomiose ($p=0,11$), tinea ($p=0,89$), acrocórdon ($p=0,40$).

Após essa análise isolamos os fatores previamente implicados como responsáveis por uma maior quantidade de alterações cutâneas e identificamos que na análise multivariada, os seguintes fatores como independentes e

associados à prevalência de três ou mais alterações cutâneas: gênero masculino, idade maior e igual a 71 anos e diabetes *mellitus* (tabela 8).

Tabela 8. Análise multivariada dos fatores associados à três ou mais alterações cutâneas em pacientes idosos com dermatoses atendidos em Jandira, SP.

Características	RP-ajustada (IC95%)	p-valor
Gênero		
Masculino	1,65 (1,03-2,64)	0,037
Feminino	1,00	
Faixa Etária		
60 a 70 anos	1,00	0,036
71 ou mais	1,52 (1,03-2,26)	
Diabetes <i>mellitus</i>		
Sim	1,45 (1,01-2,08)	0,046
Não	1,00	

Modelo ajustado por: conhecimento dos perigos de exposição ao sol, utilização de hidratante para a pele, sem acesso à informação sobre câncer de pele nos últimos 6 meses e tabagismo.

Fonte: autora, 2018

Pacientes do gênero masculino apresentaram prevalência de três ou mais alterações cutâneas 65% maior que os pacientes do gênero feminino. A prevalência de três ou mais alterações cutâneas foi 52% maior entre os pacientes com idade igual ou maior a 71 anos quando comparados com os pacientes de idade entre 60 e 70 anos. Pacientes com diabetes *mellitus* apresentaram prevalência de três ou mais alterações cutâneas 45% maior que pacientes sem esta síndrome metabólica.

5.4 Limitações da Pesquisa

Trata-se de pesquisa realizada através de questionário, portanto, sujeita a interpretação subjetiva. Além disso, amostra com N reduzido

6 CONCLUSÃO

Em relação ao nosso objetivo principal, que era apresentar os cuidados cutâneos adotados por idosos frequentadores de uma clínica privada no

município de Jandira – São Paulo e identificar o nível de conhecimento dos mesmos em relação aos cuidados com a pele, podemos concluir que ele foi contemplado. Além de apresentar os cuidados cutâneos dos idosos da amostra, analisamos a diferença entre os gêneros e podemos concluir 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.

Na pesquisa percebemos também que é necessária 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. Outro aspecto importante analisado em relação ao cuidado cutâneo é em relação a alta prevalência de automedicação por parte dos idosos.

Os objetivos específicos também foram contemplados, pois os dados demográficos foram levantados assim como o fototipo e as dermatoses mais prevalentes na amostra. Trata-se, de modo geral, de população de baixa renda e baixa escolaridade, moradora em sua maioria no município de Jandira, cujo fototipo cutâneo mais prevalente é o do tipo 4.

Em relação às dermatoses mais prevalentes na amostra, temos que: melanose, xerose, púrpura, ceratose e onicomicose 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.

Outro aspecto realizado pela pesquisa, foi a análise bivariada dos fatores associados a três ou mais alterações cutâneas, e nesse aspecto, vimos que gênero masculino, idade maior igual a 71 anos, tabagismo e diabetes *mellitus* são fatores encontrados que se correlacionaram com maior presença de alterações cutâneas. Concluímos que os objetivos propostos em nossa pesquisa foram contemplados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa contribui para a literatura especializada, e para compreender comportamento de saúde em relação a cuidados cutâneos. Além disso, trouxe novas contribuições quando comparamos grupos de idosas e idosos e relacionamos as comorbidades com a presença do diabetes.

Sugerimos novos trabalhos que relacionem comorbidades com afecções cutâneas e até com os medicamentos utilizados pelo público idoso no sentido de novas descobertas na área e para melhorar as indicações medicamentosas aos indivíduos. A autora deste trabalho propõe aumentar a amostra em seu projeto de doutorado e fazer a comparação com indivíduos idosos do serviço público e do serviço privado. A pesquisa é atual e preencherá a lacuna de estudos de comportamentos de cuidados com a pele em indivíduos idosos especificamente.

REFERÊNCIAS

- 1 Pegas LACS 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. maio; edição esp.:39-44.
- 2 Silva V. Qualidade de Vida do Idoso: cuidado do idoso, dever de quem? Rev. Espaço Acadêmico. 2010 10(110): p. 138-46.
- 3 Miccas FL, Batista SHS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev. de Saúde Pública. 2014 1(48):170-85.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
- 5 Gomes, T.; Moura, A.; Aguiar, A. Dermatologia na Atenção Primária: um Desafio para a Formação e Prática Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012.36(1), p.125-28.
- 6 Sittart, JAS.; Zanardi, HTF. Prevalência das dermatoses em pacientes da 4ª idade. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2008. 6(4), p.125-29.
- 7 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. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2010. 6(11), p. 31-43.
- 8 Vitor, RS. et al. Análise comportamental com relação a prevenção do câncer de pele. Revista da AMRIGS. 2008.52(1), p.44-48.
- 9 Lourenço, GSF et al. Avaliação do nível de conhecimento sobre fotoenvelhecimento e levantamento de casos de câncer de pele em Iporá – GO. Enciclopédia Biosfera. 2010, 6(9), p. 2-14.
- 10 Baldoni, AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. Ver Ciênc Farm Básica Apl., 2011;32(3):313-21
- 11 Alves, JED. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. Revista Porta de Divulgação.2014.40(5).
- 12 Folha de São Paulo – Ingrid Fagundez. Em 15 anos, SP terá mais idosos que jovens, mas ainda está despreparada. Publicado em 21/08/2015. Disponível em <<https://seade.gov.br.-Em-15-anos-SP-terá-mais-idosos-do-que-jovens-mas-ainda-está-despreparada21.08.2015/>>. Acesso em 02/04/2017.

13 IBGE Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2016 acesso em 02/11/2018. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>

14 Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54.

15 Vasconcelos, AMN, Gomes, MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde.2012. 21(4):539-48.

16 Ciosak, SI, Braz,E, Costa, MFBN, Nakano, NGR, Rodrigues, J, Alencar, RA, Rocha, ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP 2011. 45(2):1763-8.

17 Juchem, JAS, Daltroso CR, Carniel CA. Observação sobre senescência e senilidade em instituições de longa permanência.2016.

18 Oliveira SCF, Pedrosa, Santos. Doenças versus saúde: como os idosos se percebem diante desses conceitos. RBCEH.2009.6(2), p. 181-88.

19 Schneider, RH, Irigaray, TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psico Cam.2008.25(4) 585-93.

20 Tuong, W, Armstrong, AW. Effect of appearance-based education compared with health-based education on sunscreen use and knowledge: A randomized controlled trial. American Academy of Dermatology, 2013.

21 Oliveira, PK, Tosato, MG, Alves, RS, Martin, AA, Fávero, PP, Raniero, L. Análise da composição bioquímica da pele por espectroscopia Raman. Rev. Bras. Eng. Biom.2012.28(3), p. 278-87.

22 São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Coordenadoria do Observatório de Políticas Sociais. Atlas socioassistencial da cidade de São Paulo / Coordenadoria do Observatório de Políticas Sociais. – Smads, 2015. 616 p.

23 Prefeitura de São Paulo. Saúde em dados [boletim]. São Paulo: Secretaria municipal de São Paulo; 2015. Boletim Maps. [acesso em 2018 jan. 12]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2018.pdf

24.IBGE. Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias: 2017 In: IBGE. O recorte das regiões geográficas imediatas e intermediárias de 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. [acesso em 2017 ago. 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100600.pdf>

25 Prefeitura de Jandira. Saúde em dados [boletim]. Jandira: Secretaria municipal de Jandira; 2015. Boletim Maps. [acesso em 2017 jan. 12]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/saopaulo/jandira>

26 Cunha, JAJ, Soares, LP, Avila, RB, Ragazzo, TS, Veasey, JV. Análise do perfil dos pacientes e das dermatoses abordadas em mutirão de cirurgia dermatológica: a importância do dermatologista na saúde pública. Surg Cosmetic Dermatol.2017,9(3), p. 238-42.

27 Godinho, MM, Hossy, BH, Niemeyer-Corbellini, JP, Ramos-e-Silva, M. Perfil dos filtros solares utilizados nos fotoprotetores no Brasil. Surg Cosmetic Dermatol.,2017.9(3), p. 243-46.

28 Monteiro e Silva SA, Michniak-Kohn B, Leonardi GR. Uma visão geral sobre oxidação na prática clínica do envelhecimento da pele. An Bras Dermatol.2017 92(3), p. 373-81.

29 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), p. 433-35.

30 Corrêa-Fissmer M, Mendonça MG, Martins AH, Galato D. Prevalência da automedicação em doenças dermatológicas: uma revisão sistemática. An Bras Dermatol, 2014.89(4), p. 625-30.

31 Azambuja CVA, Pimmel LA, Klafke GB, Xavier MO. Onicomicoses: investigação clínica e micológica e testes de suscetibilidade in vitro dos isolados de *Trichophyton rubrum*. An Bras Dermatol, 2014.89(4), p. 581-86.

32 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), p. 887-89.

33 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.

34 Lopes MVO. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC. Epidemiologia e Saúde. 7º edição (MedBook). Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 121-132.

35 Frade MAC, Simão JCL. Mecanismos Biomoleculares do Envelhecimento Cutâneo. In: Steiner D, Addor F. Envelhecimento Cutâneo. 1 ed. Ac Farmacêutica. Rio de Janeiro: Ac Farmacêutica; 2014. p. 11-3.

36 Antonio, JR, Antonio, CR. Clínica do Envelhecimento Cutâneo Intrínseco. In: Steiner D, Addor F. Envelhecimento Cutâneo. 1 ed. Ac Farmacêutica. Rio de Janeiro: Ac Farmacêutica; 2014. p. 21-8.

- 37 Lipp MEN. Aspectos Psicológicos/Estresse e Envelhecimento. In: Steiner D, Addor F. Envelhecimento Cutâneo. 1 ed. Ac Farmacêutica. Rio de Janeiro: Ac Farmacêutica; 2014. p. 55-9.
- 38 Rodrigues NL, Mukamal RC. Doenças Comuns do Envelhecimento. In: Steiner D, Addor F. Envelhecimento Cutâneo. 1 ed. Ac Farmacêutica. Rio de Janeiro: Ac Farmacêutica; 2014. p. 74-85.
- 39 Alchorne MMA, Mateus A. Dermatoses Associadas ao Envelhecimento. In: Steiner D, Addor F. Envelhecimento Cutâneo. 1 ed. Ac Farmacêutica. Rio de Janeiro: Ac Farmacêutica; 2014. p. 87-97.
- 40 Cunha JJ. Oncologia e o Envelhecimento da Pele. In: Steiner D, Addor F. Envelhecimento Cutâneo. 1 ed. Ac Farmacêutica. Rio de Janeiro: Ac Farmacêutica; 2014. p. 99-108.
- 41 Evans CC, High WA. Doenças da Pele no Idoso. Rio de Janeiro. Revinter; 2015.
- 42 Fortes TML, Suffredini IB. Avaliação de pele em idoso: revisão da literatura. J Health Sci Inst. 2014; 32 (1): 94-101.
- 43 Aguiar RVSC, Oliveira C, Barelli N, Melo B, Gonçalves T, Feitosa GPV. Fotoenvelhecimento nos diferentes grupos étnicos. Rev Inic Cient, 2017; 6(5): 19-28.
- 44 Reske R, Pelka D, Walasek A, Machaj Z, Reich A. Skin disorders in elderly subjects. International Journal of Dermatology 2015; v54: 332-8.
- 45 Beylot C. Invecchiamento dela pelle-Invecchiamento globale del volto: orientamento terapeutico. EMC- Cosmetologia medica e medicina degli inestetismi cutanei, 2017; 14(1): 1-26.
- 46 Pereira JM. Hemangioma rubi no couro cabeludo. An Bras Dermatol, 2014; 89(4): 83-9.
- 47 Accursio CSC. Alterações de pele na terceira idade. 646-658
- 48 Simis T, Simis DRC. Doenças da pele relacionadas a radiação solar. Ver. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, 2006; 8(1): 1-8.
- 49 Allevato MA. Lentigo Solar: Una discromía cotidiana y desafiante. Act Terap Dermatol, 2005; 28:234.
- 50 Farage MA, Miller KW, Elsner P, Maibach HI. Intrinsic and extrinsic factors in skin ageing: a review. International Journal of Cosmetic Science, 2008; 30: 87-95.
- 51 Menoita E, Santos V, Santos AS. A pele na pessoa idosa. Journal of Aging and Innovation, 2013; 2(1): 18-33.

52 Chang NR, Wang S, Kisner RS, Federman DG. Elderly Adults and Skin Disorders. *South Med J*. 2012; 105(11): 600-6.

53 Jindal R, Jain A, Roy S, Rawat SDS, Bhardwaj N. Skin Disorders Among Geriatric Population at a Tertiary Care Center in Uttarakhand. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2016; 10(3): 6-8.

54 Berger TG, Steinhoff M. Pruritus in Elderly Patients – Eruptions of Senescence. *Semin Cutan Med Surg*, 2011; 30 (2): 113-17.

55 Iannacone MR, Hughes MC, Green AC. Effects of sunscreen on skin cancer and photoaging. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*, 2014; 30:55-61.

56 Situm M, Buljan M, Cavka V, Bulat V, Krolo I, Mihic LL. Skin Changes in the elderly people – How Strong is the influence of the radiation on Skin Aging? *Coll Antropol*, 2010; 34 suppl. 2: 9-13.

57 Humbert P, Dreno B, Krutmann J, Luger TA, Triller R, Meaume S, Seite S. Recommendations for managing cutaneous disorders associated with advancing age. *Clinical Interventions in Aging*, 2016: 11: 141-8.

58 Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Ver Esc Enferm USP*, 2012; 46(6):1494-1502.

59 Delboni BS, Joaquim SB, Ploner KS, Cyrino LAR. Gerascofobia- o medo de envelhecer na contemporaneidade. *RBCEH*, 2013; 10(2): 203-14.

60 Dornelas MT, Rodrigues MF, Machado DC, Gollner AM, Ferreira AP. Expressão de marcadores de proliferação celular e apoptose no carcinoma espinocelular de pele e ceratose actínica. *An Bras Dermatol*, 2009; 84(5): 469-75.

61 Montagner S, Costa A. Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. *An Bras Dermatol*, 2009; 84(3): 263-9.

62 Souza RJSP, Mattedi AP, Rezende ML, Corrêa MP, Duarte EM. Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo. *An Bras Dermatol*, 2009; 84(3): 237-43.

63 Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA, organizadora. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. P. 253-92.

64 Tamega AA, Aranha AMP, Guiotoku MM, Miot LDB, Miot HA. Associação entre acrocórdons e resistência à insulina. *An Bras Dermatol*, 2010; 85(1): 25-31.

65 Silva MCA, Hemangioma rubi – doença ou simples achado? *Scientia Medica*, 2007; 17(1): 28-30.

- 66 Gusso GDF. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9.
- 67 Mercurio et al. Diverse methodologies for assessing photoaged skin.; *British Journal of Dermatology*. 2016; 174: 481–489.
- 68 Oigman W, Sinais e Sintomas em Hipertensão Arterial; *JBM*. 2014; 102(5):13-18.
- 69 Brenta G et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo; *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013;57(4): 265-299.
- 70 Mendes AL, Miot HA, Haddad Junior V. Diabetes *mellitus* e pele. *An Bras Dermatol*. 2017;92(1):8-19.
- 71 Ferreira CN, Galvão TF, Mazzola PG, Leonardi GR. Avaliação do conhecimento sobre fotoproteção e da exposição solar de estudantes universitários. *Surg Cosmet Dermatol*. 2018;10(1):46-50.
- 72 Siegel S, Castellan NJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2006;48.
- 73 Kolarsick PAJ, Kolarsick MA, Goodwin C. Anatomy and physiology of the skin. *Journal of Dermatology Nurses Association*. 2011; 10(4): 203-213.
- 74 Dobritoiu AM, Forsea DG. Statins and the Skin. *Therapeutics, Pharmacology and Clinical Toxicology*. 2011; 15(2): 98-104.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa:

O entardecer da pele: os cuidados cutâneos, as dermatoses prevalentes (e sua relação com diabetes mellitus) em idosos atendidos em uma clínica privada no município de Jandira/SP.

O motivo que nos leva a estudar o problema é:

A pesquisa se justifica porque o número de idosos aumenta e é necessário compreender como essa faixa etária se cuida em relação a pele para assim políticas públicas e campanhas de saúde atinjam essa população adequadamente. A faixa etária dos idosos é uma das mais acometidas pelo câncer de pele e prevenir é fundamental

Sua participação consiste em responder o questionário segundo sua disponibilidade. As perguntas do questionário referem-se aos dados de profissão, renda, histórico pessoal de doenças, conhecimentos sobre os efeitos da exposição ao sol, práticas de exposição ao sol e por quais meios aprende cuidados com a pele.

Antes de concordar em participar é importante que suas dúvidas sejam esclarecidas pela pesquisadora. Sua participação ocorrerá em sigilo e sua privacidade será mantida. Os dados obtidos poderão ser divulgados a comunidade científica e apresentados em artigos científicos.

O objetivo desse projeto é investigar o perfil sociodemográfico e os cuidados cutâneos de idosos de uma clínica privada no município de Jandira/SP.

Será realizada uma avaliação da pele, o voluntário responderá a uma ficha de identificação e se aplicará dois questionários contendo perguntas referentes à: cuidados de pele, e dados sociodemográfico.

Os questionários serão respondidos pelo participante sem interferência do avaliador e de forma individual.

O participante será requisitado uma vez, preenchimento do questionário, avaliação da pele.

Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submete à coleta de dados para essa pesquisa, um pequeno constrangimento para análise da pele e ao responder perguntas de cunho pessoal, sendo que se justifica, pois, irá descobrir se apresenta alguma alteração cutânea, problema que poderá ser resolvido com tratamento adequado.

Para o participante será encaminhado o resultado da avaliação da pele e em caso de necessidade uma orientação para procurar tratamento adequado.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Em relação aos benefícios da pesquisa para os idosos são: terão sua pele analisada por médica capacitada e serão orientados em relação a alterações que poderão ser encontradas, além disso a pesquisadora poderá analisar e tratar as alterações encontradas. E em relação à pesquisa haverá contribuição a comunidade científica, por ser os idosos a população que mais cresce no Brasil e pelo tema da saúde da pele nessa faixa etária ser pouco explorado.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro - UNISA e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. No caso você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa não existirá nenhuma forma de compensação.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Ana Carolina Mariani certifica-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora responsável: Ana Carolina Mariani, Avenida Francisco Matarazzo, 156 apto 53, Água Branca, SP, tel. 11 9 8767-1183 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o número de seu documento de identificação.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Nome do participante: _____

Doc. Identificação: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV. 3 a 6.

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo Data / /

ANEXO B

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Eu, Ana Carolina Mariani, brasileira, solteira, médica, regularmente matriculada no curso de Pós-Graduação da Universidade de Santo Amaro inscrita sob o CPF nº 073 043 266 11 abaixo firmada, assumo o compromisso de manter Sigilo e Confiabilidade sob todas as informações técnicas e/ou relacionadas ao projeto O entardecer da pele: perfil e os cuidados cutâneos de idosos de uma clínica particular em Jandira/SP do qual sou pesquisadora responsável. Por este termo, comprometo-me:

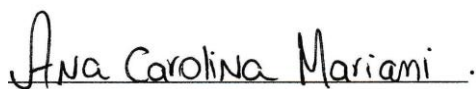
a) a não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;

b) a não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação oficial a que tiver acesso;

c) a não apropriar para mim ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso, que venha a ser disponível;

d) a não passar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio, obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confiabilidade assumida por minha pessoa, sob este termo, terá validade indeterminada ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida a minha pessoa pelas partes interessadas neste termo. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confiabilidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.



Ana Carolina Mariani
São Paulo 26 de fevereiro de 2018

ANEXO C

DECLARAÇÃO PARA COPARTICIPANTES

DECLARAÇÃO PARA CO-PARTICIPANTES

Projeto de Pesquisa: O entardecer da pele: perfil e os cuidados cutâneos de idosas atendidas em serviços públicos e privado de saúde

Pesquisador(es) responsável(eis): Ana Carolina Mariani

Instituição Proponente: Universidade Santo Amaro

Declaramos termos lido e concordarmos com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Estas instituições estão ciente de suas co-responsabilidades como instituições co-participantes do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nelas recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

São Paulo, 18 de Setembro 2017

Clinica Cirúrgica Jandira Ltda.
Av. Carmine Gragnano, 48
Centro- Jandira
CNPJ 59.054.098/0001-02

Assinatura e carimbo do responsável institucional da co-participante 1
Com nome completo da Instituição e CNPJ da co-participante 1

APENDICE A

QUESTIONÁRIO - CUIDADOS CUTÂNEOS EM IDOSOS

Idade: _____

Renda familiar:

Entre 1 e 2 salários mínimos ()

Entre 3 e 5 salários mínimos ()

Mais que 5 salários mínimos ()

Grau de escolaridade:

Ensino Fundamental (1 a 4 série) ()

Ensino Fundamental (5 a 8 série): ()

Ensino Médio (segundo grau): ()

Ensino Superior: ()

Sem escolaridade ()

Procedência (qual sua cidade natal e quanto tempo viveu nela?)

Cidade que mora atualmente (e quanto tempo vive na cidade)

Problemas de saúde:

Diabetes ()

Pressão alta ()

Doença da tireoide ()

Outros () ,

cite: _____

Uso do Cigarro/tabagismo:

Sim ()

Não ()

Já fumei ()

1 O/A Sr (a) já foi orientado alguma vez em relação a cuidados com a pele por um profissional da saúde?

Sim () Não ()

2. Qual profissional fez essa orientação?

1- Médico de pele ()

2- Generalista ()

3- Enfermeiro ()

4- Ginecologista ()

5- Outro ()

3. Você conhece os perigos de se expor ao sol?

Conhece ()

Desconhece ()

4. Você se expõe ao sol?

Sim ()

Não ()

5. Quanto ao uso de protetor solar, você:

Uso ()

Não uso ()

6. Quanto ao uso de hidratantes, você:

Uso ()

Não uso ()

7. Você sabe o que é câncer de pele?

Sim ()

Não ()

8. Você já utilizou alguma pomada/loção/produto para a pele sem orientação médica?

Sim ()

Não ()

9. Nos últimos seis meses, você obteve informações a respeito do câncer de pele através de:

1-Televisão ()

2-Jornais e revistas ()

3-Consulta Médica ()

4-Família ()

5-Não tem acesso informação ()

6-Campanha no posto de saúde ()

APENDICE B

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DO EXAME DA PELE

1. Exame físico da pele (a ser preenchido pela pesquisadora):

1 Fototipo do paciente:

Fototipo 1 ()

Fototipo 2()

Fototipo 3()

Fototipo 4()

Fototipo 5()

2. Alteração cutânea encontrada:

Xerose ()

Melanose solar ()

Carcinoma Basocelular ()

Carcinoma Espinocelular ()

Púrpura senil ()

Ceratose actínica ()

Ceratose Seborreica ()

Outras () _____