



Perfil Populacional de Pacientes Idosos com Dermatoses Biopsiadas em um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais

Population Profile of Elderly Patients with Skin Biopsy in a School Hospital of Minas Gerais

**Roseane de Souza Candido Irulegui¹,
Ana Carolina Etrusco Zaroni²,
Ana Carolina Lopes Rodrigues da Cunha^{2,3},
Marli Ferreira de Melo³**

1. Médica. Especialista em Clínica Médica e Anatomia Patológica. Professora Colaboradora de Histologia e Patologia da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt). Itajubá/MG.
2. Acadêmicas do 6º ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt). Itajubá/MG.
3. Médica. Especialista em Patologia. Médica patologista do Hospital Escola de Itajubá (FMIIt/HE) Itajubá/MG.

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Itajubá – MG

Correspondência:

Roseane de Souza Candido Irulegui
Faculdade de Medicina de Itajubá
Av. Renó Júnior, 368, São Vicente.
Itajubá/MG. CEP: 37502-138.
Tel: (35) 3629-8700
E-mail: roseaneir@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Determinar o perfil populacional de idosos com afecções dermatológicas biopsiadas, no período entre 2000 e 2010, em um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais. **Materiais e métodos:** Foram analisadas todas as biópsias de pele e seus respectivos prontuários, de indivíduos maiores de 60 anos. Os resultados encontrados foram correlacionados com os dados de prontuário: idade, sexo, cor da pele, procedência, convênio, profissão, estado civil, doenças concomitantes, hábitos de vida (tabagismo e etilismo) e medicamentos em uso. **Resultados:** O número total de biópsias analisadas foi de 1285. O perfil populacional encontrado foi: idade média de 72 anos, sexo masculino (52%), cor branca (93%), conveniados ao SUS (90%), não-aposentados (63,7%), casados (60%), alterações cardiovasculares como principal comorbidade associada (31,1%), uso de anti-hipertensivos (25,1%), tabagismo (39%) e etilismo (13%). **Conclusão:** Os resultados enfatizam a necessidade de um enfoque especial para populações de risco (tabagistas, etilistas e profissionais mais expostos ao sol), visando à prevenção e diagnóstico precoce das dermatoses.

Palavras chave: paciente idoso, estudo anatomopatológico, dermatoses, perfil populacional

ABSTRACT

Objective: To determine the profile of elderly population with dermatological biopsies, between 2000 and 2010 in school hospital in southern Minas Gerais. **Materials and methods:** It was analyzed all skin biopsies and their records of individuals over 60 years. The results were correlated with data from medical records: age, gender, skin color, origin, partnership, profession, marital status, concomitant diseases, lifestyle habits (smoking and drinking) and medications used. **Results:** The total number of biopsies analyzed was 1285. The population profile was found: mean age 72 years, male (52%), white (93%), to the SUS (90%), non-retired (63.7%), married (60%), the main cardiovascular changes associated comorbidity (31.1%), use of antihypertensives (25.1%), smoking (39%) and alcohol (13%). **Conclusion:** The results emphasize the need for a special focus on populations at risk (smokers, drinkers and professionals more exposed to the sun) aimed at prevention and early diagnosis of skin diseases.

Key words: elderly patient, anatomopathologic study, skin lesion, population profile

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida do brasileiro aumentou significativamente no último século: passou de 33 anos, em 1900; para 73,1 anos nos dias de hoje.¹ Atualmente no Brasil, existem aproximadamente 21 milhões de pessoas idosas (indivíduos com mais de 60 anos), o que representa cerca de 12% da população. Estima-se que esse número aumente para 32 milhões (14,5%) em 2025, quando este país será a sexta nação mais populosa em idosos no mundo.^{2,3}

Define-se dermatose como qualquer doença da pele.⁴ A pele, como qualquer outro órgão do corpo humano, apresenta, ao longo da vida, modificações que são próprias do período etário do indivíduo. Juntamente com a cronossenescência cutânea, ocorrem alterações devidas à agressão por parte de fatores ambientais, especialmente a irradiação solar em período muito anterior à velhice.⁵ Estudos atuais demonstram que 2/3 dos idosos apresentam queixas dermatológicas e em porcentagem similar, uma ou mais dermatoses. Acredita-se que, pelo menos 7% do total das consultas médicas, seja exclusivamente devido a lesões de pele, que apesar de baixa mortalidade, tem alta morbidade.⁶ Apesar do alto índice de queixas, alguns autores chamam atenção para a importância do subdiagnóstico de lesões de pele na população idosa.⁷ Tais índices justificam a necessidade de maior atenção no diagnóstico e tratamento das doenças cutâneas geriátricas, bem como a participação dos cuidados gerais com a pele do idoso, propiciando assim, um envelhecimento com dignidade e melhorando a qualidade de vida desta população.⁸ Para que isso aconteça, é fundamental a atualização dos conhecimentos referentes às alterações cutâneas do envelhecimento, abrangendo aspectos

diversificados, que merecem ser estudados e investigados. A consolidação, em base científica, desses conhecimentos auxiliará na adoção de medidas mais adequadas de prevenção, diagnóstico e tratamento dos efeitos provocados pela senescência cutânea.⁹ Deve-se ressaltar a identificação dos fatores de risco para lesões cutâneas, como estratégia importante para redução dos custos e melhora do prognóstico da doença, principalmente na abordagem de lesões pré-malignas e malignas.¹⁰ Aspecto pouco difundido na literatura refere-se a inter-relação de alterações da pele com outras comorbidades. Dessa forma, acidente vascular cerebral, desnutrição, problemas psicossomáticos, uso de medicamentos, entre outros, estão muitas vezes relacionados a lesões, devido à fragilidade que impõe à pele dos idosos.¹¹

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi determinar o número de dermatoses em pacientes idosos e sua associação com outras comorbidades, visto que o crescimento deste grupo populacional obriga a um maior conhecimento de suas mudanças fisiológicas e das doenças dermatológicas que mais os acometem.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisadas todas as biópsias de pele e seus respectivos prontuários, de indivíduos maiores de 60 anos, realizadas no período entre 2000 e 2010, no Hospital Escola de Itajubá/MG. O estudo foi de caráter retrospectivo, tendo como tamanho mínimo da amostra necessário para validar as conclusões obtidas na pesquisa, de 444 biópsias, baseado em cálculos de dimensionamento amostral, com intervalo de confiança (IC) de 95%.¹²

Os resultados encontrados foram correlacionados com os dados de prontuário: idade, sexo, cor da pele, procedência, convênio, profissão, estado civil, doenças concomitantes, hábitos de vida (tabagismo e etilismo) e medicamentos em uso. Todos os dados obtidos foram registrados em formulário montado com base em estudos relacionados ao envelhecimento cutâneo.^{10,11,13-17} Depois do processamento dos dados, foi realizada a análise descritiva e conclusiva dos achados.

Para a realização dos cálculos estatísticos, foi utilizado o Software BioEstat, versão 5.0.¹⁸

RESULTADOS

O número total de biópsias de pele analisadas entre os anos de 2000 e 2010 foi 1285.

A idade média dos pacientes biopsiados foi 72,6 anos. Quanto à distribuição por faixa etária, 39,2% dos pacientes biopsiados encontravam-se entre 61 e 69 anos; 37%, entre 70 e 79 anos; 21%, entre 80 e 89 anos e 2,8%, entre 90 e 99 anos (Figura 1).

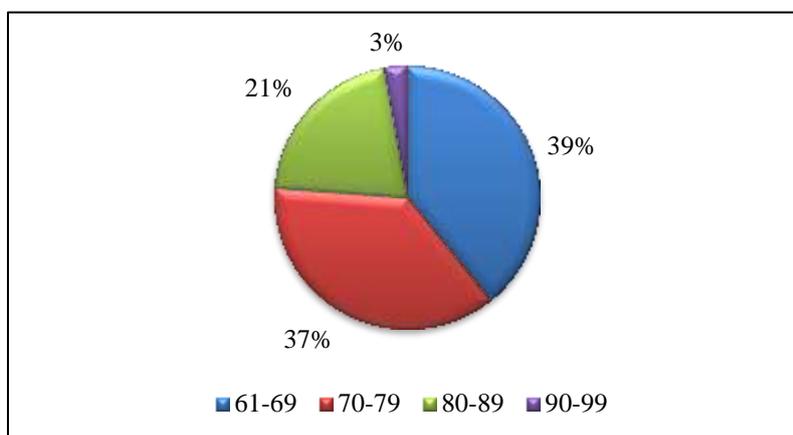


Figura 1 – Divisão dos pacientes biopsiados por faixa etária.

A distribuição de dermatoses entre os gêneros foi semelhante: 48% pertenciam ao gênero feminino e 52%, ao gênero masculino.

A grande maioria dos pacientes analisados era da raça branca (93%). Em seguida, as raças de maior prevalência eram: negra (4%) e parda (3%).

Em relação à procedência, os pacientes foram divididos em dois grupos: aqueles que residiam em Itajubá e aqueles que residiam em cidades vizinhas. 51% dos pacientes eram procedentes do próprio município de Itajubá e 49% residiam em municípios vizinhos.

A maior parte das biópsias foi realizada por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo a um total de 90%. Convênios privados foram responsáveis por 10% das biópsias.

Os pacientes foram divididos em duas categorias: aposentados e não-aposentados (Figura 2). Em seguida, foram classificados de acordo com a profissão exercida ou em exercício, respectivamente. Os resultados encontrados foram: 36,6% dos pacientes se declararam aposentados e 63,7% dos pacientes ainda trabalhavam. Dentro do grupo dos aposentados, a profissão de maior prevalência

foi lavradora (34,1%), seguida por motorista e lavadeira (ambos com 9,8%). Outros subgrupos (comerciante, pedreiro, eletricista, professora, dentre outros), com prevalência máxima de 4,9% cada, pertenciam aos 46,3% do grupo de pacientes aposentados. No grupo dos não-aposentados, a grande maioria dos indivíduos se

declararam “do lar” (61,3%), seguido pelo grupo lavrador (17,8%) e pelo grupo doméstica (4,4%). Outros subgrupos (carpinteiro, comerciante, motorista, dentre outros), correspondiam a 16,5% do grupo de não-aposentados, apresentando uma prevalência isolada máxima de 2,1%.

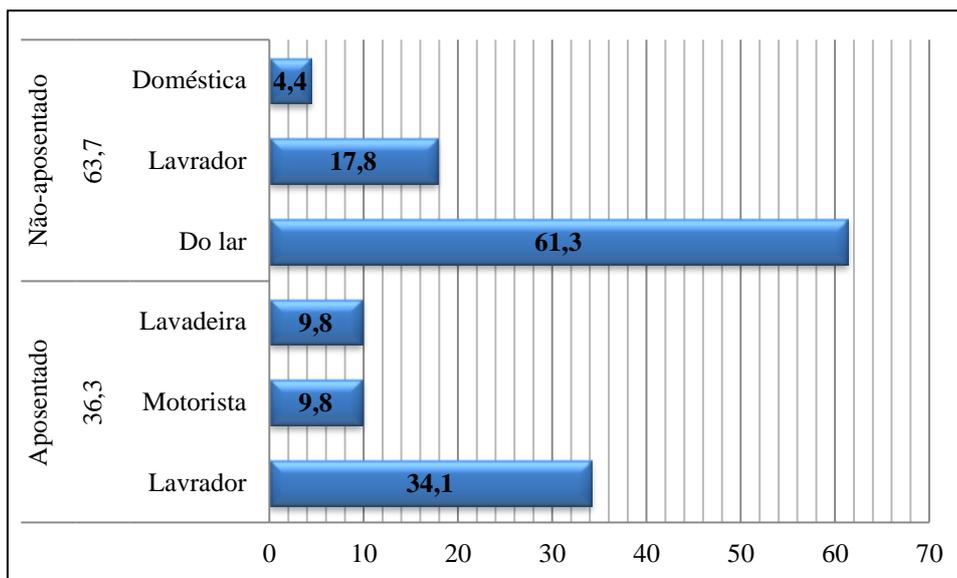
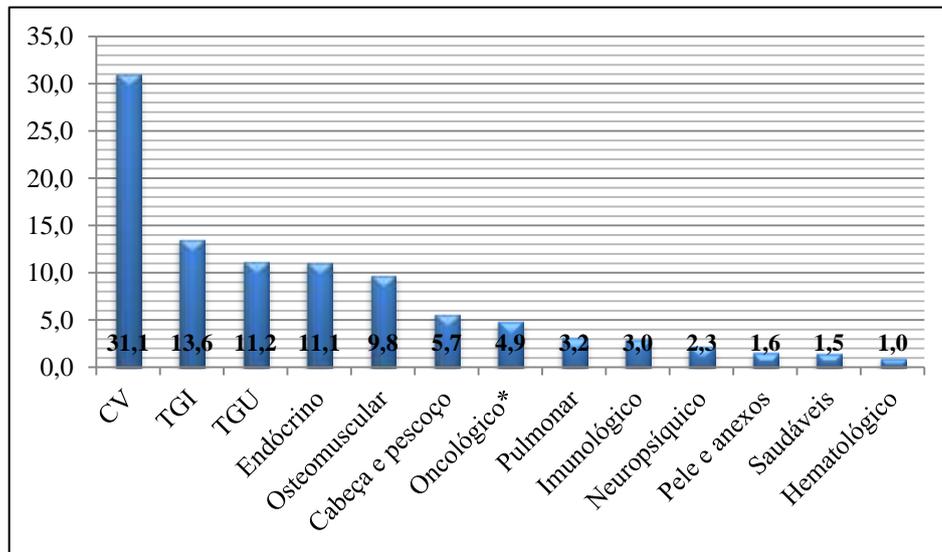


Figura 2 – Profissões exercidas ou em exercícios dos pacientes analisados (%)

Os pacientes foram classificados em: casado, divorciado, solteiro ou viúvo. Ao todo, 60% se declararam casados, 30% viúvos, 7% solteiros e 3% divorciados.

A pesquisa de comorbidades associadas e de doenças prévias demonstrou uma prevalência de 31,1% de alterações cardiovasculares na população estudada. Histórias anteriores de câncer foram separadas em um único grupo. As alterações seguintes de

maior relevância neste estudo foram: gastrintestinais (13,6%), genitourinárias (11,2%), osteomusculares (9,8%), de cabeça e pescoço (5,7%), oncológicas (4,9%), pulmonares (3,2%), imunológicas (3%), neuropsíquicas (2,3%), cutâneas (1,6%) e hematológicas (1%). Uma pequena parcela dos indivíduos avaliados (1,5%) se declararam saudáveis e sem histórico prévio patológico (Figura 3).



Figuras 3 – Comorbidades associadas na população estudada (%)

A classe de medicamento mais utilizada pelos pacientes estudados foi a anti-hipertensiva (25,1%). Em segundo lugar, ficaram os diuréticos (14,8%) e, em terceiro, os hipoglicemiantes (10,1%). As drogas com prevalência entre 1 e 10%, em ordem decrescente, foram: dilatadores coronarianos, ansiolíticos, antiagreganteplaquetários, protetores gástricos, hipocolesterolêmiantes, hormônios da tireoide, anticonvulsivantes,

cardiotônicos, vitaminas, broncodilatadores, antidepressivos e corticoides. As drogas com prevalência menor que 1%, em ordem decrescente, foram: anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs), antiarrítmicos, antibióticos, antivertiginosos, antiosteolíticos, analgésicos, hipouricemiantes, hormônios femininos e quimioterápicos. Aproximadamente 9% dos pacientes declararam não fazer uso de medicamento (Figura 4).

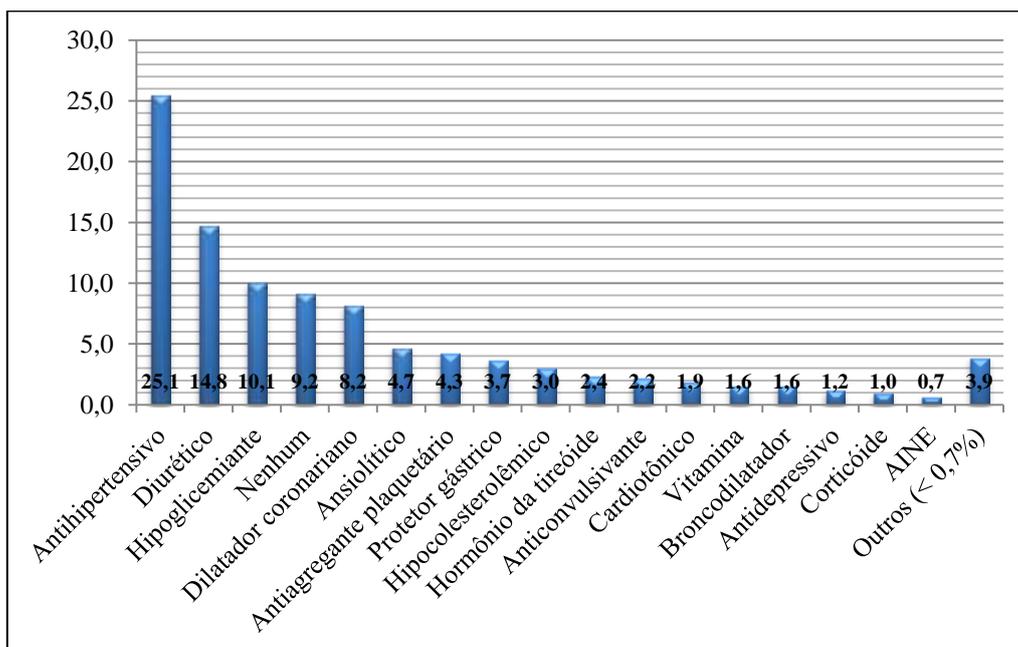


Figura 4 – Principais medicamentos em uso na população estudada (%)

Em relação ao tabagismo, 39% dos pacientes avaliados referiram ter feito uso do tabaco em algum momento da vida. Quanto ao alcoolismo, 13% dos pacientes avaliados referiram dependência alcoólica em algum momento da vida.

DISCUSSÃO

A prevalência de dermatoses entre os idosos apresentou um comportamento decrescente com o avançar da idade (37% entre 60 e 69 anos contra 3% entre 90 e 99). Este fato acompanha a pirâmide populacional brasileira, já que os indivíduos com mais de 90 anos correspondem a 0,24% da população.¹⁸ Entretanto, este dado estatístico pode estar sendo subestimado, uma vez que, com o envelhecimento, os indivíduos perdem a autonomia para procurar auxílio médico.

Em relação ao sexo, houve discordância entre os dados coletados e a distribuição da população geral. Neste trabalho, as dermatoses foram mais frequentes em homens (52%) do que em mulheres (48%). Já na população geral, a divisão percentual entre homens e mulheres é de: 44,2% e 55,8%, respectivamente.¹⁸

A população branca deste estudo foi a mais prevalente (93%), o que está de acordo com a população geriátrica nacional. Porém, esta porcentagem foi maior do que a esperada para a porcentagem brasileira (55,4%). A parcela de indivíduos negros descritos foi significativamente menor que a parcela negra nacional (4% contra 7,2%, respectivamente). A população parda também apresentou a mesma tendência, correspondendo a 3% neste trabalho contra 36,1% da população geriátrica brasileira.¹⁸ Vários estudos na literatura

abordam a correlação entre a prevalência de afecções envolvendo indivíduos de pele clara.¹⁹ A porcentagem predominante de pacientes brancos neste trabalho confirma novamente a exposição solar como fator de risco para o desenvolvimento de dermatoses.

Aproximadamente metade das biópsias era proveniente de pacientes que residiam em Itajubá (51%). A outra parcela (49%) correspondia à pacientes oriundos de municípios vizinhos, geralmente moradores de zona rural.

Tratamentos dermatológicos hoje, no Brasil, são de alto custo. Estes gastos resultam na necessidade, pelos pacientes, da utilização primária do SUS para a realização de consultas e biópsias. Este fato é comprovado quando são analisadas as formas de convênio dos indivíduos desta pesquisa: do total, cerca de 90% utilizaram o Sistema Único de Saúde. Os 10% restantes compreendiam consultas particulares.

Deve-se ressaltar a necessidade de uma política pública eficaz que vise à prevenção das doenças dermatológicas, principalmente entre a população de baixa renda e moradora de zona rural, que geralmente apresenta maior exposição solar devido ao tipo de trabalho exercido e que apresentam menor poder aquisitivo para uma adequada prevenção das alterações dermatológicas.

Os dados referentes à situação conjugal são semelhantes ao percentual nacional: nesta avaliação, 60% dos pacientes analisados se declararam casados e 40% dizem não ter um parceiro (a) (viúvos, solteiros e divorciados), sendo que a taxa brasileira correspondente compreende um total de 55% de indivíduos casados e 45% de indivíduos sem parceiro (viúvos, solteiros e divorciados).²

De acordo com a literatura, patologias cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica

– HAS, cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico – AVE) são as mais prevalentes na população idosa, o que condiz com os achados deste estudo.²⁰ Porém, as demais patologias apresentam incidências divergentes das descritas na literatura. Como exemplo, temos as alterações osteomusculares, que aparecem em segundo lugar no *ranking* nacional de comorbidades. Neste trabalho, ela se encontra apenas em quinto lugar, correspondendo a 9,8% das patologias associadas. Foi observada também uma diferença significativa entre a população nacional de idosos que se declara saudável (22,6%) e os indivíduos que assim se declaram nesta análise (1,5%).

Os grupos de medicamento mais utilizados pelos pacientes deste estudo são semelhantes aos obtidos na literatura (cardiocirculatório, nervoso, gastrointestinal e endócrino). Entretanto, o grupo de drogas analgésicas foi citado poucas vezes (<0,7%), quando comparado com a população idosa nacional (10%).^{21,22}

Poucos são os artigos que descrevem a prevalência de tabagismo em idosos no Brasil. Alguns estudos mostram que aproximadamente 17,3% da população idosa é tabagista. Índice muito menor que o obtido para a nossa região (39%). Tem sido amplamente demonstrado que o hábito de fumar entre idosos, está associado a um excesso de mortalidade por todas as causas, e ao maior risco de mortalidade e morbidade por doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, doenças respiratórias e

diversos tipos de cânceres, dentre eles, o câncer de pele.^{23,24}

O alcoolismo é relativamente frequente na população idosa, afetando cerca de 5% dos indivíduos acima de 60 anos. Foi observado no presente trabalho que 13% dos pacientes referiram dependência alcoólica. Sabe-se que os idosos apresentam uma maior sensibilidade ao álcool em relação aos indivíduos jovens. Além disso, o efeito deletério do álcool sobre a pele tem sido questionado.²⁵⁻²⁷

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, pode-se melhor compreender o perfil populacional dos idosos com dermatoses biopsiadas e as transições que vêm ocorrendo com esta população na última década.

Os resultados enfatizam a necessidade de um enfoque especial para populações de risco, tais como: tabagistas, etilistas e profissionais que trabalham expostos à radiação solar (lavradores, lavadeiras e motoristas).

Dados epidemiológicos são fundamentais ao direcionamento das políticas de saúde. As informações reveladas mostram a necessidade de um maior engajamento por parte dos órgãos de saúde em criar projetos de prevenção e diagnóstico precoce que abranjam toda a população, além da conscientização sobre sua real importância.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil [Internet]. Brasília: IBGE; 2009. [Acesso 2010 jul 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/po>
2. Brasil. Ministério da Saúde, Serviço Social do Comércio: Perfil sócio-demográfico dos idosos brasileiros. São Paulo: SESC; 2007.
3. Araújo TCN, Alves MIC. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos Envelhecimento*. 2000 fev.;3(3):7-19.

pulacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm

4. Bakiston. Dicionário médico. 2ª ed. São Paulo. Andrei; 1988. p.305.
5. Porto JA, Nascimento LV. Senescência cutânea. An Bras Dermatol. 1990;65(3):111-2.
6. Norman RA. Geriatric dermatology. DermatolTher. 2003;16:260-8.
7. Gilchrest BA. Age-associated changes in the skin. J Am Geriatr Soc. 1982;30:139-43.
8. Campbell GAN, Guimarães RM, Caldas G, Motta JOC. A pele do idoso: a propósito de 150 observações. An Bras Dermatol. 1995 nov./dez.;70(6):511-4.
9. Nascimento LV. Dermatologia geriátrica? An Bras Dermatol. 2001 nov./dez.;76(6):649-52.
10. Rocha FP, Menezes AMB, Almeida Jr. HL, Tomasi E. Marcadores e fatores de risco para queratoses actínicas e carcinomas basocelulares: um estudo de caso-controle. An Bras Dermatol. 2004 jul./ago.;79(4):441-54.
11. Dinato SLM, Oliva R, Dinato MM, Macedo-Soares A, Bernardo WM. Prevalência de dermatoses em idosos residentes em instituição de longa permanência. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(6):543-7.
12. Arango HG. Bioestatística: teórica e computacional: testes paramétricos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 438 p.
13. Theodosat A. Skin disease of the lower extremities in the elderly. Dermatol Clin. 2004;22:13-21.
14. Kiiski V, Vries E, Flohil SC, Bijl MJ, Hofman A, Stricker BH, et al. Risk factors for single and multiple basal cell carcinomas. Arch Dermatol. 2010 ago.;146(8):848-55.
15. Nascimento LV, Porto JA. Incidência de dermatoses em idosos. An Bras Dermatol. 1990;65(3):135-7.
16. Martires KJ, Fu P, Polster AM, Cooper KD, Baron ED. Factors that affect skin aging. Arch Dermatol. 2009 dez.;145(12):1375-9.
17. Helfrich YR, Yu L, Ofori A, Hamilton TA, Jennifer L, King A, et al. Effect of Smoking on Aging of Photoprotected Skin. Arch Dermatol. 2007 mar.;143:397-402.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro; 2010. [Acesso 2010 jul 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/default.shtm>
19. Armmings SR, Tripp MK, Hermann NB. Approaches to the prevention and control of skin cancer. Cancer Metastasis Rev.1997 set.-dez.;16(3-4):309-22.
20. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional de idosos. Sci Med. 2008 jan.-mar.;18(1):4-9.
21. Costa LM, Lindolpho MC, Sá SPC, Erbas DS, Marques DL, Puppim, M, et al. O idoso em terapêutica plurimedicamentosa. Cienc Cuid Saude. 2004 set.-dez.;3(3):261-6.
22. Castellar JI, Karnikowski GOM, LG Vianna LG, Nobrega OT. Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em instituição brasileira de longa permanência. Acta Med Port. 2007;20:97-105.
23. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). Cad Saude Publica. 2006 set.;22(9):1925-34.
24. Carvalho AA, Gomes L, Tavares AB. Tabagismo em idosos em instituições brasileiras de longa permanência. Acta Med Port. 2010;23:167-72.
25. Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. Rev Bras Psiquiatr. 1999;jan.-mar;21(1):12-18.
26. Hirata ES, Almeida OP, Funari RR, Klein EL. Validity of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) for the detection of alcohol - related problems among male geriatric outpatients. Am J Geriatr Psych. 2001;9:30-4.
27. Flor J, Davolos MR, Correa MA. Protetores solares. Quim Nova. 2007;30 1):153-8.

Correspondência: Roseane de Souza Candido Irulegui - Faculdade de Medicina de Itajubá - Av. Renó Júnior, 368, São Vicente. - Itajubá/MG. CEP: 37502-138. - Tel: (35) 3629-8700 - E-mail: roseaneir@yahoo.com.br