

PREVALÊNCIA DAS LESÕES CUTÂNEAS EM FREIXO DE ESPADA À CINTA

A. MASSA, R. ALVES, J. AMADO, E. MATOS, M. SANCHES, M. SELORES, C. SANTOS, V. COSTA,
G. VELHO, M. OLIVEIRA, E. FERREIRA, M. TAVEIRA, N.S. SILVA, E. GRANADO,
A. LEMOS, J.M. CALHEIROS

Serviço de Dermatologia. Hospital Geral de Santo António. Porto.
Saúde Comunitária. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
Centro de Saúde. Freixo de Espada à Cinta.

RESUMO

São escassos os estudos epidemiológicos publicados sobre a prevalência e/ou incidência das lesões cutâneas em geral na população. O estudo teve como objectivo estudar a patologia cutânea em Freixo de Espada à Cinta, contemplando, uma população com características próprias de ruralidade, isolada e, portanto, à partida de mais fácil controlo para futuros estudos.

O estudo teve como ponto de partida um questionário pré-testado do qual constava informação sócio-demográfica, resumo de historial clínico e ficha de registo visual das lesões encontradas. A observação clínica foi feita inicialmente pelos respectivos médicos de família e, posteriormente, pelos dermatologistas do Hospital Geral de Santo António em Janeiro e Fevereiro de 1994. Na análise dos resultados foram utilizados testes de independência do χ^2 Fisher, t Student, Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis; foi também utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Dos resultados há a salientar que o fototipo III era apresentado por 51,9% das 1000 pessoas avaliadas e as percentagens observadas por patologias específicas foram as seguintes: nevos melanocíticos 81,2; hemangiomas 26,5; alopecia androgenética 20,5; eczema desidrótico 12,7; queratoses seborreicas 11,0; queratoses solares 9,6; acne vulgar 9,5; seborreia 6,9; micoses superficiais 6,4; outras dermatoses 5,5; aranhas vasculares 4,4; psoríase vulgar 1,9; verrugas vulgares 1,5; pediculose e escabiose 1,2; herpes simples 0,9; impetigo 0,7; tumores (neoplasias) 0,7; nevos displásicos 0,6; urticária 0,3. Dos indivíduos observados, 50% apresentavam um número de nevos superior a 9. Considerando por sexo a existência ou não de nevos, micoses, hemangiomas, dermatites inespecíficas, aranhas vasculares e queratoses solares, observa-se que há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Verifica-se que o sexo feminino apresenta maior número de nevos que o masculino (Mann-Whitney, $p = 0,03$). Observaram-se diferenças na idade quanto à existência de nevos, micoses superficiais, eczema desidrótico, seborreia, acne, psoríase, tumores, hemangiomas, dermatites inespecíficas, aranhas vasculares, queratoses solares (que aumentam de um modo linear com a idade) e queratoses seborreicas. O número de nevos aumenta com a idade ($R_s = 0,10$ $p < 0,001$) observando-se no entanto menor número no grupo 60 ou mais anos. Foi observada acne em 9,4% das mulheres e 9,7% dos homens, estando 46,2% no grupo etário 15-29 anos.

No que se refere à psoríase os valores estão de acordo com os referidos na literatura: aproximadamente 1% nos Estados Unidos. A dermatite atópica (5,5%) situa-se abaixo dos valores referenciados para a população nórdica ($\geq 15\%$) mas acima dos referenciados para a inglesa e americana; contudo os valores encontrados neste estudo são superiores aos destas populações quando consideradas as crianças até aos sete anos. Da população de Freixo com 60 ou mais anos, 30,6% tem queratoses solares triplicando o valor relativamente à década anterior (10,9%); na literatura não se encontraram valores de referência. No que se refere ao fototipo, não se evidenciou relação com as queratoses solares, contrariamente ao referido na literatura.

SUMMARY

Prevalence of Cutaneous Lesions in Freixo de Espada à Cinta

Incidence or prevalence studies on cutaneous lesions in general populations are not available. The community observed by the authors (Freixo de Espada à Cinta, North-Eastern Portugal) is relatively closed.

A pre-tested questionnaire for socio-demographic and clinical information was used and a physical observation was conducted in January and February 1994 by the Dermatology Team of Santo António General Hospital, Oporto. The analysis was supported by independent tests (Pearson and Fisher χ^2 , Student-t, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis). The Spearman correlation coefficient was also used.

The results indicated that 51.9% of 1000 subjects analysed were in phototype III. Concerning specific pathologies, the following percentages were observed: melanocytic nevi 81.2; hemangiomas 26.5; androgenetic alopecia 20.5; desidrotic eczema 12.7; seborreic queratosis 11; solar queratosis 9.6; acne vulgaris 9.5; seborreic dermatitis 6.9; superficial mycosis 6.4; other dermatitis 5.5; vascular spiders 4.4; vulgar psoriasis 1.9; vulgar warts 1.5; pediculosis and scabiosis 1.2.; herpes simplex 0.9; impetigo 0.7; tumours (neoplasias) 0.7; dysplastic nevi 0.6; urticaria 0.3. More than nine nevi were counted in 50% of the subjects observed. A difference was observed ($p < 0.05$) concerning the presence of nevi, mycosis, hemangiomas, non-specific dermatitis, vascular spider and solar queratosis according to sex. The females had more nevi in number than males (Mann-Whitney, $p = 0.03$).

According to age there was a difference concerning the presence of nevi, superficial mycosis, desidrotic eczema, seborreic dermatitis, acne, psoriasis, tumours, hemangiomas, non-specific dermatitis, vascular spider, solar queratosis (with linear augmentation by age) and seborreic queratosis.

Nevi increased with ageing ($R_s = 0.10$ $p < 0.001$) and a greater number were observed in age groups 0-9 and 60 or more years. Acne was observed in 9.4% of the females and 9.7% of the males, 46.2% in the 15-29 year-old age group.

This study indicated that the population had a mean of nine nevi. Psoriasis was similar to that mentioned in other studies: about 1% in the United States of America. Atopic dermatitis (5.5%) is below the values for the northern population ($\geq 15\%$), but above that indicated for the English and American population. Nevertheless, the values of the present study were higher than those in the latter populations, when children until seven years old were considered. The Freixo de Espada à Cinta population above 60 years had solar queratosis in 30.6%, a value three times higher than the previous decade (10.9%); reference values were not found. Contrary to the literature, an association was not established between phototype and solar queratosis. Cutaneous tumours were observed in 0.7% of the cases.

INTRODUÇÃO

As lesões cutâneas na população em geral, independentemente do tipo e localização, têm sido avaliadas apenas sectorialmente não sendo conhecidos entre nós estudos epidemiológicos alargados sobre a sua prevalência ou incidência.

A patologia cutânea está dependente de características populacionais específicas, da sua localização geográfica e seu comportamento.

Estudos conduzidos em diversos países evidenciam um aumento progressivo do número de consultas na Clínica Geral/Medicina Familiar e na Dermatologia, devido à tendência crescente da frequência de lesões cutâneas relacionadas com a exposição solar, nomeadamente

lesões malignas e pré-malignas¹⁻⁴. Para o facto, não será também alheio o aumento de informação por parte dos meios de comunicação social apelando para os sinais de alerta de cancro da pele e à maior valorização dada à apresentação e estética.

Nos Estados Unidos da América, entre as principais neoplasias evidencia-se o cancro cutâneo, estando o melanoma a duplicar cada dez anos a sua taxa de incidência. Na Austrália, estes valores quer pelo fototipo e características continentais quer por uma maior sensibilidade dos clínicos para o rastreio são ainda mais elevados. Foi sobretudo nos últimos 50 anos, que pela criação e generalização dos registos de cancro através dos cinco continentes foi possível o conhecimento acrescido

dos factores de risco a ele associados⁵⁻¹⁰.

Entre nós, a existência de um registo de cancro de base populacional^{3,4,11,12} veio possibilitar, neste particular, o conhecimento da realidade portuguesa bem como as tendências manifestadas quanto aos cancros cutâneos na nossa população⁴. Assim, os dados disponíveis para o nosso país, revelam que o cancro da pele (excluindo o melanoma) é um daqueles que mais elevada incidência apresenta^{12,13}. Os dados do Registo Oncológico do Concelho de Vila Nova de Gaia revelam que, em termos de incidência média anual, para o período 1981-1991 o cancro da pele é o quinto mais frequente na mulher com 14/100000 habitantes e o sexto no homem (Taxa de habitantes 9,7/100000)¹¹.

Quanto a estudos especificamente relacionados com a epidemiologia das lesões cutâneas no seu conjunto, tanto quanto seja do nosso conhecimento, eles não têm sido efectuados em Portugal^{14,15}.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo desenvolveu-se na população de Freixo de Espada à Cinta. Às circunstâncias pessoais e institucionais que facilitavam essa escolha, juntava-se o facto de se tratar de um concelho com características de ruralidade-interioridade, isolado, distando cerca de 40 Km da sede do concelho mais próximo, conservando-se uma área relativamente fechada a influências externas e de mais fácil controlo para futuros estudos.

A população alvo foi constituída por todos os residentes no Concelho de Freixo de Espada à Cinta. Fez-se um levantamento demográfico prévio, foram contactadas diversas entidades, nomeadamente a Administração Regional de Saúde, a Câmara Municipal e as Autoridades Escolares e Eclesiásticas, tendo em vista uma melhor divulgação e motivação para a acção.

A todos os participantes foi administrado um questionário pré-testado do qual constava, ainda, informação sócio-demográfica, resumo de historial clínico e ficha de registo visual das lesões encontradas (Anexo 1). A observação clínica foi efectuada pelos médicos do Serviço de Dermatologia do Hospital Geral de Santo António.

O estudo teve a duração de seis dias (2 fins de semana de sexta-feira a domingo), tendo sido efectuado nos meses de Janeiro e Fevereiro de 1994, época de menor trabalho agrícola e, portanto de maior disponibilidade.

Após a realização do trabalho de campo, os questionários foram codificados e inseridos em base informática.

Na análise estatística foram utilizados testes de independência do qui-quadrado de Pearson, χ^2 de Fisher, t

Student, Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. Foi também utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adoptado foi de 5% para testes bilaterais. A idade foi agrupada em décadas para efeitos de estudos comparativos.

RESULTADOS

De acordo com o Censos 91¹⁶, a população de Freixo de Espada à Cinta era constituída por 4914 habitantes, sendo 2361 homens (48,0%) e 2553 mulheres (52%). Do total da população, 16 % tinha idade inferior a 15 anos, 61,8% entre os 15 e 64 e 22,3% idade igual ou superior a 65 anos.

No estudo participou um total de 1037 indivíduos (21,1%) do total. Por não existir informação completa quanto à data de nascimento, 37 deles foram excluídos das análises.

A Figura 1 apresenta a distribuição por sexo e idade da população observada. Quando comparadas as idades nos dois sexos, verifica-se que o sexo feminino tem uma média de 38,3 anos e o sexo masculino 33,4, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t=3,06$ $p=0,002$).

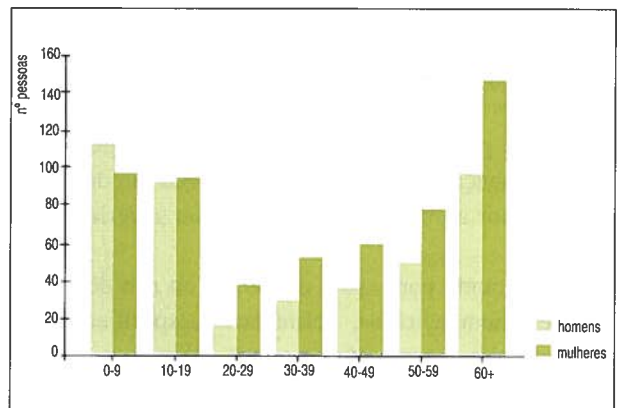


Fig. 1 - Distribuição dos indivíduos por sexo e idade

Quanto à escolaridade, 16,2% eram analfabetos, 34,5% tinham instrução primária e 21,3% escolaridade superior à 4ª classe. Em 28% dos registos não se obteve informação.

Quanto ao fototipo, 51,9% situava-se no tipo III, 24,6% no tipo IV e 16% no tipo II.

No que diz respeito ao tipo de cabelo, o tipo 3 (normal) representava 40,8%, o tipo 2 (seco) 31,2% e o tipo 1 (oleoso) 19,5%. Em 17% dos indivíduos foi observada a existência de *Pitiríase capitis*.

Da observação da face, verificou-se que 40,8% apresentava textura normal, 33,5% seca e 11% oleosa.

Dois terços da população tinha olhos castanhos.

Quanto a patologias específicas foi observada a seguinte percentagem: nevos melanocíticos 81,2; heman-

giomas 26,5; alopecia androgenética 20,5; eczema desidrotico 12,7; queratoses seborreicas 11; queratoses solares 9,6; acne vulgar 9,5; seborreia 6,9; micoses superficiais 6,4; outras dermatoses 5,5; aranhas vasculares 4,4; psoríase vulgar 1,9; verrugas vulgares 1,5; pediculose e escabiose 1,2; herpes simples 0,9; impetigo 0,7; tumores (neoplasias) 0,7; nevos displásicos 0,6; urticária 0,3.

A Figura 2 representa o histograma do número de nevos por indivíduo, observando-se que 50% têm um número de nevos superior a 9.

Da análise efectuada para as diferentes patologias por sexo e idade os resultados obtidos estão resumidos no Quadro I.

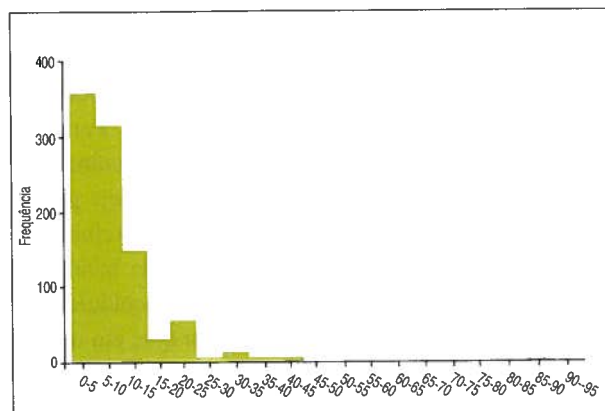


Fig. 2 - Número de nevos

Quadro I - Análise das diferenças segundo o sexo e a idade por patologia

	nevos	infecções piogénicas	doenças parasitárias	micoses	verrugas	herpes	eczema	urticaria	Seborreia	acne
sexo	0,005	0,48*	0,19	0,002	0,19	0,09*	0,74	0,58*	0,62	0,88
idade	<0,001	1*	0,55*	<0,001	0,96	0,17	0,001	n° ins.	<0,001	<0,001
	psoríase	tumores	displasia	hemangiomas	dermatites solares	aranhas vasculares seborreicas	queratoses	queratoses	queratoses	queratoses
sexo	0,42	0,15*	0,24*	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,32
idade	0,003	0,001	0,09	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

A idade para a análise com infecções piogénicas e para as doenças parasitárias foi agrupada em dois grupos: inferior a 50 anos e com igual ou superior a 50 anos.

Considerando por sexo a existência ou não de nevos, micoses, hemangiomas, dermatites inespecíficas, aranhas vasculares e queratoses solares, observa-se que há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Analisando a variável nevos quanto ao número, verificamos uma diferença significativa entre os sexos (teste de Mann-Whitney, $p = 0,03$) tendo o feminino maior número que o masculino.

No que diz respeito à idade, verificam-se diferenças quanto à existência de: nevos, micoses superficiais, eczema desidrotico, seborreia, acne, psoríase, tumores, hemangiomas, dermatites inespecíficas, aranhas vasculares, queratoses solares (aumentando estas de um modo linear com a idade) e queratoses seborreicas. O número de nevos aumenta com a idade ($R_s = 0,10$ $p < 0,001$) e observa-se menor número nos grupos 0-9 e 60 ou mais anos.

A presença de acne foi observada em 9,4% das mulheres e 9,7% dos homens. Dividindo os indivíduos em três grupos de idade (0-14, 15-44 e 45+) verificamos que

o grupo que apresenta mais acne é o dos 15-44 anos tanto nos homens como nas mulheres ($X^2 = 37,41$ $p < 0,001$ e $X^2 = 51,01$ $p < 0,001$, respectivamente). Dos 95 indivíduos com acne, 42,1% têm menos de 15 anos, 55,8% situa-se no grupo etário dos 15-29 anos, 9,2% entre os 30 e 44 anos e 2,1% após os 45 anos.

O fototipo revelou-se independente do sexo ($X^2 = 3,46$ $p = 0,33$). Considerando o fototipo agrupado em quatro categorias I+II, III, IV e V+VI pelas diferentes patologias, apenas se verificou uma relação com a seborreia ($\chi^2 = 13,28$ $p = 0,004$). Para esta patologia o fototipo IV representa 11,9% do total e o I+II 6,2% e o III 4,8%. Não se evidenciaram diferenças relativamente ao fototipo e queratoses solares ($\chi^2 = 3,507$ $p = 0,32$). Analisando em número os nevos de acordo com os mesmos grupos de fototipo verificamos também não existirem diferenças estatisticamente significativas (Kruskal-Wallis, $p = 0,26$). O mesmo se verifica analisando a idade (Kruskal-Wallis $p = 0,15$).

Quanto ao grau de alopecia androgenética, não se evidenciou uma relação com a seborreia (Mann-Whitney $p = 0,65$); no entanto, os indivíduos que referiam ter cabelo oleoso apresentavam maior grau de alopecia relativamente aos restantes (Kruskal-Wallis, $p = 0,008$).

DISCUSSÃO

A população de Freixo de Espada à Cinta é uma população predominantemente rural, envelhecida, sendo as mulheres mais idosas que os homens, e apresentando na população estudada uma média de idade superior à dos homens em 4,9 anos. Em Freixo as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos representam 23,3% do total contrastando com 13,8% em Portugal. Para o grupo etário com menos de 15 anos esta relação é de 16% para 19,4%.

Na população em geral, a acne é mais frequente nos homens do que nas mulheres (3% e 2%, respectivamente)⁶. Na população Sueca, a percentagem de acne entre os 12 e os 16 anos de idade, é de 38% nos homens e 35% nas mulheres; nestas idades em Freixo, manifesta-se em 24,1% no sexo masculino e em 35,8%, no feminino; na população dos Estados Unidos, 10 a 20% da população adulta continua a manifestá-la⁶.

A população estudada apresenta uma mediana de nove nevus. Tendo em conta a literatura, importa sublinhar que a presença no dorso de 4 ou mais nevus maiores do que 5 mm é um factor independente para carcinoma basocelular; e ainda que o número de nevus melanocíticos existentes numa pessoa é a variável mais preditiva do risco de melanoma, depois da idade e origem étnica⁶.

A psoríase observada na população de Freixo está de acordo com o valor referido na literatura: cerca de 1% nos Estados Unidos^{6,17,18}.

A dermatite atópica (5,5%) situa-se abaixo dos valores referenciados para a população nórdica ($\geq 15\%$)⁶ mas

acima dos referenciados para a inglesa e americana⁶; contudo os nossos valores são superiores aos destas populações quando consideradas as crianças até aos sete anos.

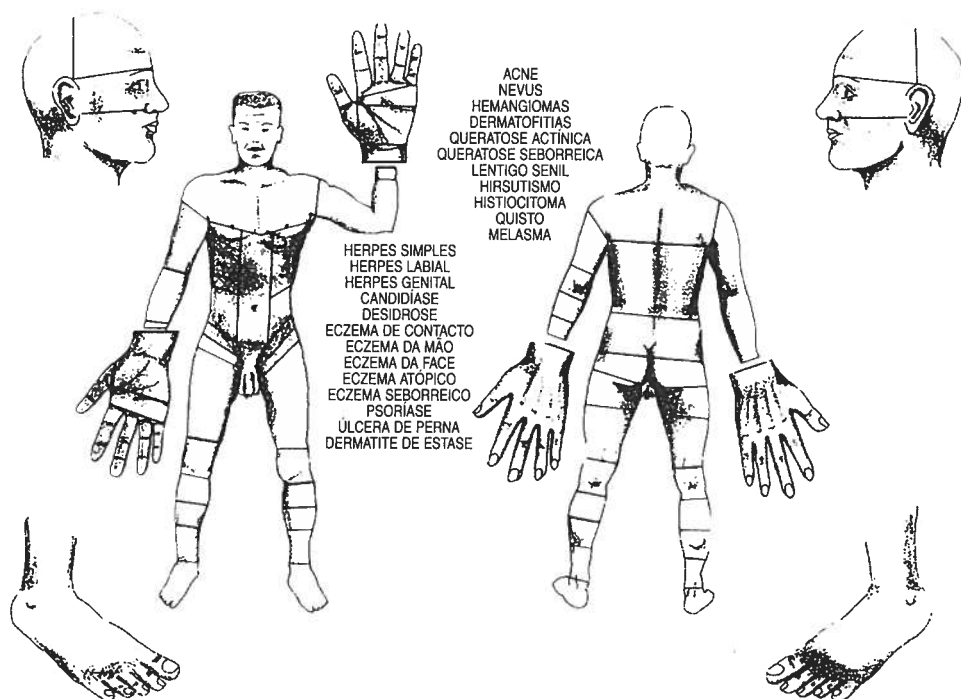
Da população de Freixo com 60 ou mais anos, 30,6% tem queratoses solares triplicando o valor relativamente à década anterior (10,9%); na literatura não foi possível encontrar valores de referência.

No que se refere ao fototipo, não se evidenciou relação com queratoses solares contrariamente ao referido na literatura^{18,19}. Poder-se-á atribuir algum efeito ao hábito da sesta e uso de protecção física, típico deste contexto rural?

A incidência do cancro da pele tem vindo a aumentar entre 15 a 20% nas últimas décadas nos EUA^{18,20} tendo, em 1985, correspondido a 1,2% de todos os novos casos de cancro. Nos países desenvolvidos⁶ atinge 7% dos homens e 8,5% das mulheres, sendo a 8ª causa de cancro mais comum nos homens e a 9ª nas mulheres. Em Freixo, as neoplasias cutâneas foram observadas em 0,7% dos indivíduos que participaram no estudo.

CONCLUSÃO

Para concluir, convém referir ainda que paralelamente ao estudo e aquando da observação clínica, foi efectuada medicação para os casos que dela necessitavam; realizada cirurgia em casos urgentes e encaminhados para o Hospital Geral de Santo António os doentes com patologias que exigiam estudo ou controlo específicos em grupos de cinco para desonerar o transporte.



BIBLIOGRAFIA

1. BARNHILL RL, MIHIM MC, FITZPATRICK TB, SOBER AJ: Neoplasms: Malignant Melanoma (ch 82). In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill, Inc 1993; 1078-1115
2. MARKS R: An Overview of Skin Cancers. *Cancer* 1995; 75: 607-12
3. AMADO J, OLIVEIRA M, VELHO GC, COSTA V, TORRES FO, MASSA A: Cancro da Pele no Hospital Geral de Santo António, 1981-1993. *Acta Med Port* 1998; 11: 339-342
4. AMADO J, MATOS E, CALHEIROS JM: Cancro da Pele: Incidência, Mortalidade e Sobrevida no Concelho de Vila Nova de Gaia. *Arquivos de Medicina (Revista de Epidemiologia)* 1994; 10(Supl.4): 27-30
5. FAUCI A S, BRAUNWALD E, ISSELBACHER KJ, WILSON J, MARTIN JB, KASPER DL, HAUSER SL, LONGO DL EDTS. *HARRISON'S - PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE*. McGraw-Hill New York, 1998, 14th Edt
6. GROB JJ, STERN RS, MACKIE RM and WEINSTOCK WA: *Epidemiology, Causes and Prevention of Skin Diseases*. 1997; Blackwell Science Ltd, Oxford
7. KO C B, WALTON S, KECZKES K, BURY H P R, NICHOLSON C: The Emerging Epidemic of Skin Cancer. *Br J. Dermatol* 1994; 130: 269-72
8. BOUTWELL W B: he Under Cover Skin Cancer Prevention Project. *Cancer* 1995; 75:657-60
9. KOH HK, GELLER AC, MILLER DR, LEW RA: The Early Detection of and screening for Melanoma. *Cancer* 1995; 75: 674-83.
10. RIVERS JK, GALLAGHER RP: Public Education Projects in Skin Cancer. *Cancer* 1995; 75: 661-6
11. AMADO J, MATOS E, CALHEIROS JM et al: Cancer Incidence in Five Continents, Vol VI. Portugal, Vila Nova de Gaia (1983-1987). In: Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y-T, Ferlay J, Powell J. (eds) (1992). *World Health Organization - International Agency for Research on Cancer and International Association of Cancer Registries*. IARC Scientific Publications 1992; 120: 702-705
12. AMADO J, MATOS E, GOMES JT, CALHEIROS JM et al: Incidência e Mortalidade por Tumores Malignos no Concelho de Vila Nova de Gaia. *Acta Med Port* 1992; 7: 373-378
13. RORENO: Registo Oncológico Regional do Norte. Porto (vários anos)
14. MASSA A, ALVES R et al: Epidemiologia das Lesões Cutâneas em Freixo de Espada à Cinta. Comunicação apresentada no III Congresso de Dermatologia e Venereologia Braga, 3-5 Junho de 1994
15. MASSA A, CALHEIROS JM, SOARES N et al: Prevalência das Lesões Cutâneas na População Escolar do Concelho de Freixo de Espada à Cinta. Poster apresentado no III Congresso de Dermatologia e Venereologia Braga 3-5 Junho de 1994
16. INE - Instituto Nacional de Estatística: XIII Recenseamento Geral da População Portuguesa e III recenseamento geral da Habitação (Censos 91). Instituto Nacional de Estatística. Lisboa 1993
17. SHEA CR: Psoriasis. In: Olbricht S.M., Bigby M.E., Arndt K.A.. - *Manual of Clinical Problems in Dermatology*. Little, Brown and Company, Boston, 1992
18. ARNDT KA: *Manual of Dermatologic Therapeutics*. Little, Brown and Company, Boston, 1989, 4th ed
19. OLBRICHT SM, BIGBY ME, ARNDT KA: *Manual of Clinical Problems in Dermatology*. Little, Brown and Company, Boston, 1992
20. TONG AKF, BIGBY ME: Atopic Dermatitis. In: Olbricht S.M. Bigby M.E., Arndt K.A.. - *Manual of Clinical Problems in Dermatology*. Little, Brown and Company, Boston, 1992

EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES CUTÂNEAS EM FREIXO DE ESPADA À CINTA

Anexo Ia

Nº DE FAMÍLIA _____ Nº DE CONVIVENTES _____
 PARENTESCO _____

NOME: _____

SEXO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NATURALIDADE: _____

ESCOLARIDADE (nº de anos de ensino completos): 0 / 1-3 / 4 / 5-9 / 10-12 / 13 +

PROFISSÃO ACTUAL: _____

PRODUTOS COM QUE HABITUALMENTE TRABALHA: _____ / _____ / _____

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

PELO PÚBLICO AOS ____ ANOS BARBA AOS: _____ ANOS

MENARCA AOS ____ ANOS /—/ USO DE ANTICONCEPCIONAIS: NUNCA USOU ____

ACTUAL _____ QUAL? _____ DESDE _____ /—/ PRÉVIO _____ QUAL? _____ DESDE
 _____ ATÉ _____

ANOS EM QUE ESTEVE GRÁVIDA ____/____/____/____/____/____/____ MENOPAUSA AOS ____ ANOS

NÚMERO DE HORAS DE EXPOSIÇÃO SOLAR MÉDIA POR SEMANA DURANTE A PRIMAVERA _____ horas E
 VERÃO _____ horas;

USO DE CHAPÉU: S / N ; HABITUALMENTE COM TRONCO NU: S / N

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

1. ALÉRGICOS / 2. ASMA / 3. CARDIOVASCULARES / 4. PULMONARES / 5. OTORRINOARIG. /

6. GASTROINTESTINAIS / 7. UROLÓGICOS / 8. METABÓLICOS / 9. NEOPLÁSICOS /

10. INF.CRÓNICAS 11. OUTROS: QUAIS _____ DESDE QUANDO _____

PROBLEMAS ATUAIS: _____

INÍCIO: ____/____/____/____

EVOLUÇÃO: _____

HÁBITOS: DORME ____ horas /—/ FUMA ____ cigarros/dia

MEDICAMENTOS - Toma habitualmente: SIM / NÃO

Se SIM - QUAIS ? : _____

GASTO APROXIMADO COM A MEDICAÇÃO NO ÚLTIMO MÊS: _____ \$

NO ÚLTIMO MÊS: Nº DE RECEITAS PASSADO _____ / VOLUME FORNECIDO _____

TEM CARRO ? _____ COM QUANTOS ANOS ? _____ TIPO DE CASA ? _____ COM QUANTOS ANOS ? _____

EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES CUTÂNEAS EM FREIXO DE ESPADA À CINTA

A PREENCHER PELO DERMATOLOGISTA

1. FOTOTIPO ____ (1-6)

2. CABELO: OLEOSO / SECO / NORMAL / c/CASPA

ALOPÉCIA GRAU ____ PINTADO: S / N LAVADO ____ vezes/semana com:

SHAMPOO: S / N ____ * SABONETE: S / N ____ * SABÃO: S / N : _____

3. FACE: OLEOSA / SECA / NORMAL

RUGAS / MELASMA / ELASTOSE

OLHOS: PRETOS / CAST / CINZ / VERDES / AZUIS

LAVA A CARA ____ vezes/dia com: SABÃO: S / N * SABONETE: S / N * SÓ ÁGUA: S / N

BARBA FEITA: S / N

4. MÃOS: CUIDADOS S / N * ECZEMA (0) (+) (++) (+++) * UNHAS _____

LUVAS PROTECTORAS ____ / CREMES DIÁRIO ____ QUAL ? UNHAS PINTADAS: S / N

5. PÉS: UNHAS ATINGIDAS ____ / ESPAÇOS INTERDIGITAIS ____ / GLOBAL ____

6. USO DE COSMÉTICOS: ONDE E QUAIS ?

CORPO S / N _____ * FACE S / N _____ * CABELO S / N _____ * OUTRO S
/ N _____

7. ASPECTO GERAL CUIDADO: S / N

8. VESTUÁRIO: BOM / NORMAL / FRACO

9. IDAS A ESPECIALISTA:

- C. GERAL: S / N _____ ESPECIALIDADES: S / N _____

PORQUÊ ? _____

- LOCAL: 1. BRAGANÇA, 2. MIRANDELA, 3. MACEDO CAVALEIROS, 4. PORTO, 5. VILA REAL, 6. ESPANHA

EVIDÊNCIA DE DERMOPATIAS

1. INFECÇÕES PIOGÉNICAS / D.ÇAS PARASITÁRIAS / MICOSES SUPERFICIAIS

NÚMERO DE UNHAS ATINGIDAS

MÃOS - DIREITA _____ ESQUERDA _____

PÉS - DIREITO _____ ESQUERDO _____

(ASSINALE TAMBÉM NA FIGURA)

VIROSES: VERRUGAS / HERPES SIMPLEX / H. ZOSTER

2. ECZEMA E DOENÇAS RELACIONADAS: S / N * URTICÁRIA: S / N * SEBORREIA: S / N *

ACNE (GRAU) ____ (ver escala anexa)

3. PSORÍASE: S / N * ÚLCERA DE PERNA: S / N * NEVOS: S / N * TUMORES: S / N *

ATOSES: S / N * OUTRAS: S / N QUAIS _____

QUER-

4. ALOPÉCIAS: GRAU ____ (ver escala anexa)