

# Patologia Dermatológica numa População Sem-Abrigo

Bárbara Fernandes<sup>1</sup>, Bárbara Ferreira<sup>2</sup>, Marina Vaquinhas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço Dermatologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>2</sup>Serviço Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

**RESUMO – Introdução:** Os sem-abrigo têm um risco aumentado de doenças da pele. A permanência na rua, associada a cuidados de higiene e alimentação desadequados, a elevada prevalência de comportamentos aditivos e de patologia psiquiátrica torna esta população mais suscetível a doenças dermatológicas. **O objetivo** do trabalho foi fazer uma observação dermatológica, sempre que possível completa, dos sem-abrigo acompanhados pelo Projeto de Intervenção com os Sem-Abrigo do Concelho de Coimbra. Em caso de ser identificada patologia dermatológica, aquisição da terapêutica instituída ou orientação para consulta de Dermatologia. Em todos os casos sensibilização e educação para a importância dos cuidados com a pele. **Material e Métodos:** O estudo teve lugar entre 24 de fevereiro de 2018 e 19 de janeiro de 2019 avaliando utentes, voluntariamente inscritos, a residir em centros de acolhimento temporários de Coimbra (CAIS, Farol, Casa Abrigo Padre Américo) e apoiados pela equipa de rua Reduz, pelo Centro Municipal de Inserção Social e pelas associações Sol Nascente e VHIDA +. Além da observação dermatológica, eram recolhidos dados demográficos, peso, altura e os antecedentes pessoais (ex.: doença mental, comportamentos aditivos, infeção VIH). Alguns participantes preencheram ainda o questionário *Dermatology Life Quality Index* (DLQI). **Resultados:** As 111 pessoas avaliadas tinham uma média de idades de 47,0 anos, sendo 83,8% do sexo masculino, maioritariamente solteiros (60,7%) ou divorciados (29,9%), de nacionalidade portuguesa (86,5%) e com baixa escolaridade (63,9% com habilitações até ao 6º ano). As doenças de pele mais observadas foram eczemas, *tinea pedis*, onicomicose, dermatite seborreica e calosidades. Dos 54 sem-abrigo observados que preencheram o DLQI, a maioria (85,1%) referia pouco ou nenhum efeito sobre a sua qualidade de vida. **Conclusão:** A maioria das situações que encontramos eram ligeiras e facilmente tratáveis, o que associamos aos bons cuidados de alimentação e higiene existentes nos centros de acolhimento temporários, bem como à articulação existente entre estas unidades e os cuidados de saúde primários. Os nossos dados foram obtidos numa população de sem-abrigo sem casa, a residir em alojamentos temporários, e não serão certamente representativos da patologia dermatológica que poderíamos encontrar numa população de sem-abrigo sem teto, onde a permanência na rua, associada a cuidados de higiene e alimentação desadequados, se traduziria certamente, quer em maior prevalência quer em maior gravidade da patologia dermatológica.

**PALAVRAS-CHAVE** – Doenças da Pele; Pessoas em Situação de Rua; Populações Vulneráveis.

## Dermatological Pathology in a Homeless Population

**ABSTRACT – Introduction:** The homeless population has a higher risk for skin diseases. Life on the streets, associated with poor hygiene and eating habits, higher prevalence of addictive behaviors and psychiatric comorbidities make this population more susceptible to dermatosis. **Our objective** was to perform a dermatological examination, as complete as possible, of the homeless people accompanied by the Project of Intervention within the homeless population of Coimbra. After diagnosing a dermatosis, the adequate treatment is bought and started; whenever required, further management and follow-up are conducted in consultations of Dermatology. Furthermore, awareness and education for the importance of skin care is implemented for all the people observed. **Material and Methods:** The study was carried out between February 24, 2018, and January 19, 2019, evaluating individuals voluntarily enrolled who were living in temporary residence for homeless people in Coimbra (CAIS, Farol, Casa Abrigo Padre Américo).

**Correspondência:** Bárbara Fernandes  
Serviço Dermatologia- IPO,FG Coimbra  
Av. Bissaya Barreto, 98  
3000-075 Coimbra - Portugal  
**E-mail:** barbarafernandes70@gmail.com  
**DOI:** <https://dx.doi.org/10.29021/spdv.77.3.1102>

**Recebido/Received** | **Aceite/Accepted** | **Publicado/Published**  
2019/07/21 | 2019/09/06 | 2019/10/10

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPDV 2019. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.  
© Author(s) (or their employer(s)) and SPDV Journal 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## Artigo Original

rico) and supported by the team of Rua Reduz, by the Centro Municipal de Inserção Social and by the associations Sol Nascente and VHIDA +. In addition to the dermatological history and examination, demographic data, weight, height and medical history (including, mental illness, addictive behaviors and co-existence of HIV infection) were collected. Some participants also completed the DLQI questionnaire. **Results:** The 111 individuals evaluated had a mean age of 47.0 years, 83.8% were male, mostly single (60.7%) or divorced (29.9%); the Portuguese nationality was more prevalent (86.5%). Globally, they had a lower level of education (63.9% with a level of education up to the 6th grade). The more prevalent skin diseases were eczema, tinea pedis, onychomycosis, seborrheic dermatitis and callosities. Among the 54 homeless individuals who completed the Dermatology Life Quality Index (DLQI) questionnaire, the majority (85.1%) reported little or no effect on quality of life. **Conclusion:** Most dermatoses were of mild severity and easy management, certainly due to the relatively good and healthy food and adequate hygiene care that we could observe in the homeless shelters, together with the very good connection among these units and the primary health care services. Our data were obtained from a homeless population living in a temporary residence and, thereby, they could not be representative of the dermatoses that could be found in the street homeless population, where poor hygiene and eating habits may lead to a higher prevalence and severity of skin diseases.

**KEYWORDS** – Homeless Persons; Skin Diseases; Vulnerable Populations.

### INTRODUÇÃO

Considera-se pessoa sem-abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, origem racial ou étnica, religião, idade, sexo, orientação sexual, condição socioeconómica e condição de saúde, se encontre sem teto, vivendo no espaço público, alojado em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário; ou sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito (albergues ou em alojamentos específicos para pessoas sem casa, onde a pernoita é limitada / sem acesso a alojamento de longa duração) ou a viver em pensões ou quartos pagos pelos serviços sociais.<sup>1</sup>

A questão dos sem-abrigo foi considerada uma prioridade nacional tendo como objetivo deixar de haver sem-abrigo em Portugal até 2023.

Em 25 de julho de 2017 foi criada a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023 (ENIPSSA 2017-2023), com o objetivo de definir uma abordagem de prevenção e intervenção centrada nos sem-abrigo. Uma das ações levadas a cabo por este grupo foi um inquérito sobre os sem-abrigo, realizado entre fevereiro e maio de 2018, abrangendo todos os 278 concelhos do continente. Nos primeiros meses de 2018 existiam no continente 1443 pessoas sem teto e 1953 sem casa, num total de 3396 sem-abrigo. Como era expectável, a maioria das situações verificava-se nas áreas metropolitanas de Lisboa, havendo um total de 223 sem-abrigo sem-casa na região Centro.<sup>2</sup>

A rede social de apoio é constituída pela Segurança Social e por diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social e Organizações Não-governamentais, que disponibilizam cuidados básicos a nível alimentar, habitacional e de saúde, através de equipas de rua, refeitórios sociais e albergues noturnos, mas as intervenções dirigem-se sobretudo à satisfação de necessidades básicas, não contemplando medidas estruturais de reintegração comunitária, criando muitas vezes a dependência crónica dos serviços e a perpetuação da vida na rua.<sup>3</sup>

Mais do que garantir alimentação a quem efetivamente

precisa, é este processo, o da ressocialização, o mais difícil de cumprir para quem acompanha casos de sem-abrigo.

Os sem-abrigo têm um risco aumentado de dermatoses. A permanência na rua, associada a cuidados de higiene e alimentação desadequados, a elevada prevalência de comportamentos aditivos e de patologia psiquiátrica torna esta população mais suscetível a doenças dermatológicas. Por outro lado, verifica-se uma procura tardia ou desadequada dos cuidados de saúde e uma insuficiência económica que compromete a realização dos tratamentos.

No âmbito do projeto *Dermatologists from the Heart* apoiado pela Fundação Roche Posay no ano de 2017, foi desenvolvido o projeto vencedor “Doenças de Pele nos Sem-Abrigo”.

Procurámos avaliar a prevalência de doenças cutâneas num grupo selecionado da população sem-abrigo, ditos sem-casa, a residir em alojamentos temporários destinados para o efeito ou a viver em pensões ou quartos pagos pelos serviços sociais. Não foram incluídos os sem-abrigo sem teto, por se considerar haver outras prioridades, nomeadamente alojamento e alimentação neste grupo e pela inexistência de condições para uma observação dermatológica com dignidade num ambiente de rua.

### MÉTODOS

O estudo teve lugar entre 24 de fevereiro de 2018 e 19 de janeiro de 2019 avaliando utentes a residir em centros de acolhimento temporários de Coimbra (CAIS, Farol, Casa Abrigo Padre Américo) e apoiados pela equipa de rua Reduz, pelo Centro Municipal de Inserção Social e pelas associações Sol Nascente e VHIDA +.

Previamente os utentes destas unidades eram informados que, na data anunciada, tinham à sua disposição uma consulta de dermatologia gratuita, sendo a sua inscrição feita na base do voluntariado.

Além da observação dermatológica, eram recolhidos dados demográficos (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias) e os antecedentes pessoais (ex.: doença mental, comportamentos aditivos, infeção pelo vírus da

imunodeficiência humana e hepatite B e/ou C). Em simultâneo eram avaliados por uma equipa de enfermagem com registo da tensão arterial, da glicemia, do peso e da altura. Alguns participantes preencheram ainda o questionário DLQI (*Dermatology Life Quality Index*).

Em caso de ser identificada patologia dermatológica, adquirimos a terapêutica instituída ou quando justificado orientámos para consulta de Dermatologia hospitalar.

Em todos os casos procurámos sensibilizar e educar para a importância dos cuidados com a pele conversando com os participantes e oferecendo a todos um kit de higiene contendo um champô, um gel de banho, um hidratante, um desodorizante, uma escova de dentes e uma pasta de dentes.

## RESULTADOS

Entre 24 de fevereiro de 2018 e 19 de janeiro de 2019 foram avaliadas 111 pessoas, com uma média de idades de 47,0 anos, sendo 83,8% do sexo masculino, maioritariamente solteiros (60,7%) ou divorciados (29,9%), de nacionalidade portuguesa (86,5%) e com baixa escolaridade (63,9% com habilitações até ao 6º ano). A Tabela 1 mostra as características demográficas e os problemas médicos encontrados na nossa população.

**Tabela 1 - Características demográficas e os problemas médicos encontrados**

Homens	83,8%
Mulheres	16,2%
Idade	Media 47,0 anos
Estado civil	60,7%
• Solteiro	9,3%
• Casado /União de facto	29,9%
• Divorciado	
Escolaridade	3,6%
• Sem habilitações	34,2%
• 1º ciclo (até 4º ano)	26,1%
• 2º ciclo (até 6º ano)	19,9%
• 3º ciclo (até 9º ano)	12,6%
• Secundário (até 12º ano)	3,6%
• Superior	
Problemas médicos	50,5%
• Alcoolismo	42,3%
• Toxicodependência	55%
• Doença mental	60,5%
• Cavidade oral com «12 dentes	10,8%
• HIV	12%
• Hepatite C	

Metade (56, 50,5%) tinha história ativa ou passada de alcoolismo e 47 (42,3%) de consumo de drogas. Com base na informação direta dos participantes e indireta, pela história de ingestão de psicofármacos, a incidência de doença mental foi calculada em 55%. O índice de massa corporal (IMC) médio foi 24,8. Em 10,8% havia história conhecida de infeção VIH e em 12% de hepatite C. Cinco participantes



**Figura 1 -** Cavidade oral com falta de peças dentárias.

(4,5%) tinham história de tuberculose pulmonar e três de sífilis (2,7%). Antecedentes oncológicos (do foro otorrinolaringológico e urológico) foram identificados em dois sem-abrigo. Por fim uma das pessoas observadas tinha história de amputação traumática do membro inferior e outra de enucleação ocular.

A cavidade oral foi avaliada em 87 dos 111 participantes, verificando-se que 41% tinham menos de 5 dentes e 19,5% menos de 12 dentes - Fig. 1.

Nos 111 sem-abrigo observados foram identificadas dermatoses em 96 (86,5%). As doenças de pele mais prevalentes na população examinada foram a *tinea pedis* (19, 19,8%), onicomicose dos dedos dos pés (18, 18,8%), dermatite seborreica (18, 18,8%), outros eczemas (estase, desidrótico, das mãos ou não especificado) em 15 participantes (15,6%) e calosidades (14, 14,6%). Outras lesões avaliadas incluíram nevus melanocíticos (12, 12,5%), distrofias ungueais (linhas Beau, unhas em pinça, onicofagia, onicogrifose - 7, 7,3%), quistos (epidérmicos e triquilémicos - 6, 6,3%) e psoríase (5, 5,2%). Em dois participantes foram identificados basaliomas tendo sido orientados para o hospital para tratamento. Em duas pessoas foi feito o diagnóstico de escabiose. Um doente apresentava condilomas perianais, estando já em seguimento na consulta de infeções sexualmente transmissíveis do Centro Hospitalar Universitário Coimbra (CHUC). Salientamos ainda, um caso de reação granulomatosa a uma tatuagem - Fig. 2, e um caso de fratura óssea do rádio e cúbito com o fio de Kirschner a 2 mm da superfície cutânea condicionando reação de corpo estranho na pele e que foi referenciado para o serviço de urgência do CHUC.

Os problemas dermatológicos nos pés - Fig. 3, foram os mais frequentes, tendo-se observado além de onicomicoses, *tinea pedis*, calosidades e distrofias ungueais um caso de queratólise punctata, um de intetrigio a Gram-negativos e uma ferida traumática.

## Artigo Original



**Figura 2** - Reacção granulomatosa numa tatuagem.



**Figura 3** - Tinea pedis.

**Tabela 1** - Prevalência de lesões cutâneas

LESÕES DERMATOLÓGICAS	Nº de Doentes
Acne	3
Angiomas rubi/ lagos venosos	5
Aftas orais	1
Basaliomas	2
Calosidades	14
Condilomas	1
Cicatrizes	3
Dermatofibromas	1
Dermatite perioral	1
Dermatite seborreica	18
Distrofia ungueal (linhas Beau, unhas em pinça, onicofagia, onicogribose)	7
Eczema (estase, desidrótico, mãos, NOS)	15
Escoriações	2
Eritema pérmio	1
Ferida traumática do pé	1
Foliculites pitirospóricas	1
Herpes labial	1
Lipomas	3
Lêntigos solares	6
Lêntigos da mucosa	1
Intertrigo Gram-negativos	1
Eflúvio anagénico	1
Queratólise puntacta	1
Queratoses seborreicas	3
Nevos melanocíticos	12
Neurofibromatose I	1
Onicomiose	18
Nevo Becker	1
Psoríase	5
Prurigo agudo	2
Poiquilodermia Civatte	2
Papiloma verrucoso	1
Pitíriase versicolor	2
Quistos (epidérmico, triquiléxico)	6
Reacção granulomatosa a tatuagem	1
Sarna	2
Tinea pedis	19
Tinea cruris	2
Vitiligo	1
Verrugas virais	4
Xerose cutânea	10

A Tabela 2 mostra a prevalência das doenças de pele na nossa população.

Dos 54 sem-abrigo observados que preencheram o DLQI, a maioria (85,1%) referia pouco ou nenhum efeito

sobre a sua qualidade de vida, o que facilmente se compreende atendendo à complexidade dos seus problemas e dimensão da sua desorganização pessoal.

### DISCUSSÃO

A população sem-abrigo é particularmente vulnerável a problemas médicos pelo seu estilo de vida desestruturado, pelas agressões climáticas, malnutrição, deficiente higiene e risco aumentado de traumatismos, constituindo um grupo específico onde importa intervir com vista à promoção da inclusão social e combate à pobreza e discriminação. Acresce que se trata de um grupo que comprovadamente apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais<sup>3</sup> (doenças afetivas como a depressão ou a doença bipolar, esquizofrenia, perturbações de ansiedade e comportamentos aditivos). São principalmente os serviços de urgência, no coração dos grandes centros urbanos e as instituições de apoio aos sem-abrigo que vão atuando numa perspetiva de “emergência social”.

Além de apresentarem uma morbidade global muito mais alta do que a população em geral, também a suscetibilidade para doenças dermatológicas está aumentada.<sup>4</sup> Muitas das doenças de pele nesta população, são facilmente diagnosticadas e tratadas, mas pelo acesso limitado dos sem-abrigo às instituições de saúde, e pela elevada prevalência de psicopatologia e alcoolismo, os sem-abrigo acabam por negligenciar os cuidados com a pele.

Tal como documentado em estudos prévios,<sup>5,6</sup> encontramos uma incidência aumentada de problemas nos pés, principalmente micoses e calosidades. Estas doenças estão relacionadas com a deficiente higiene dos pés, bem como pelo facto de andarem muito a pé, com conseqüente maior transpiração e pelo uso de calçado desadequado, muitas vezes de plástico, quase sempre proveniente de donativos e nem sempre o tamanho certo.

Em quatro sem-abrigo encontramos lesões traumáticas: amputação do membro inferior, enucleação ocular, ferida traumática do pé e fratura do punho. Ao contrário de outros trabalhos,<sup>5,7</sup> a nossa incidência de infeções bacterianas foi baixa: um caso de queratólise puntata e um caso de intertrigo interdigital a Gram-negativos nos pés. Também a nossa incidência de lesões circulatorias foi mais baixa do que o descrito na literatura, tendo sido identificados apenas quatro casos de eczema de estase / dermatite ocre, sem que se observasse qualquer caso de úlcera de perna.

Apenas em três casos houve necessidade de referência hospitalar, em dois por basiliomas e num por fratura óssea.

### CONCLUSÃO

A maioria das situações avaliadas foi ligeira, o que associamos aos bons cuidados de alimentação e higiene existentes nos centros de acolhimento temporários, bem como à articulação existente entre estas unidades e os cuidados de saúde primários.

Os nossos dados foram obtidos numa população de

sem-abrigo sem casa, a residir em alojamentos temporários, pelo que não serão certamente representativos da patologia dermatológica que poderíamos encontrar numa população de sem-abrigo sem teto, onde a permanência na rua, associada a cuidados de higiene e alimentação desadequados, se traduziria certamente, quer em maior prevalência quer em maior gravidade da patologia dermatológica.

**Prémios / Apresentações:** Trabalho vencedor do prémio *Dermatologists from the heart* 2017.

**Awards / Presentations:** Award-winning work *Dermatologists from the heart* 2017.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**Fontes de financiamento:** Trabalho patrocinado pela Fundação Roche Posay.

**Confidencialidade dos dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**Proteção de pessoas e animais:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

**Conflicts of interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financing support:** Work sponsored by the Roche Posay Foundation.

**Confidentiality of data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**Protection of human and animal subjects:** The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

**Proveniência e revisão por pares:** Não comissionado; revisão externa por pares

**Provenance and peer review:** Not commissioned; externally peer reviewed

### REFERÊNCIAS

1. Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA). ENIPSSA [Acedido em 19 de maio de 2019] Disponível em: <http://www.enipssa.pt/conceito-de-pessoa-em-situacao-de-sem-abrigo>.
2. GIMAE - Grupo para a Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023. Relatório Inquérito aos Conceitos Utilizados e aos Sistemas Locais de Informação – 2018. [Acedido em 19 de maio de 2019] Disponível em: <http://www.enipssa.pt/documentacao>.

## Artigo Original

3. Quintas SM. A percepção de técnicos e indivíduos "Sem-Abrigo": Histórias ocultas de uma realidade no Porto. [Tese de mestrado em Temas de Psicologia, Área de Especialização Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Porto: Universidade do Porto; 2010.
4. Raoult D, Foucault C, Brouqui P. Infections in the homeless. *Lancet Infect Dis*. 2001;1:77-84.
5. Stratigos AJ, Stern R, Gonzalez E, Johnson RA, O'Connell J, Dover JS. Prevalence of skin disease in a cohort of shelter-based homeless men. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41:197-202.
6. To MJ, Brothers TD, Van Zoost C. Foot conditions among homeless persons: a systematic review. *PLoS One*. 2016; 11: e0167463. doi: 10.1371/journal.pone.0167463.
7. Hwang SW1, Orav EJ, O'Connell JJ, Lebow JM, Brennan TA. Causes of death in homeless adults in Boston. *Ann Intern Med*. 1997;126:625-8.