

"Life Goes On – Live your Skin!": Um Projeto de Solidariedade Social

Ana Filipe Monteiro¹, Margarida Rato¹, César Martins²

¹Interna do Internato de Formação Específica de Dermatovenereologia, Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

²Assistente Hospitalar Graduado de Dermatovenereologia, Hospital de Santarém EPE, Santarém, Portugal

RESUMO – Introdução: As lesões cutâneas pré-malignas, o cancro cutâneo e a xerose cutânea são patologias cuja incidência continua a aumentar na nossa população mais envelhecida. No âmbito do prémio "Dermatologist from the Heart" atribuído pela Fondation La Roche Posay no ano de 2015, foi posto em prática o projeto vencedor "Life goes on, Live your skin!". O seu principal intuito foi a prestação de cuidados de saúde diferenciados e prevenção de cancro e xerose cutânea numa amostra de doentes com idade superior a 65 anos residente em instituições de solidariedade social no distrito de Santarém. **Material e Métodos:** Entre fevereiro 2016 e abril 2017, uma equipa médica constituída por um especialista e duas internas de formação específica de Dermatovenereologia deslocou-se a oito instituições criteriosamente selecionadas na área de influência do Hospital de Santarém. **Resultados:** Foram observados 301 utentes verificando-se uma prevalência elevada de queratoses actínicas (42,8%) e xerose cutânea (34,2%). Seguiu-se o carcinoma basocelular (9,3%), as lesões pigmentadas suspeitas (3,7%) e o carcinoma espinocelular (1,7%). **Conclusão:** Este projeto permitiu-nos prestar cuidados de saúde em locais distantes, numa amostra de população dificuldade de acesso a cuidados de saúde especializados aumentando a sua qualidade de vida, obter valores reais sobre a prevalência de patologias frequentes em idosos, rastrear um elevado número de utentes, tratar lesões pré-malignas evitando a sua evolução para patologia mais complexa, e estabelecer programas de prevenção primária e secundária nas instituições.

PALAVRAS-CHAVE – Doenças da Pele; Neoplasias da Pele; Rastreio.

"Life Goes On – Live your Skin!": A Social Solidarity Project

ABSTRACT – Introduction: Premalignant cutaneous lesions, skin cancer, and cutaneous xerosis are diseases whose incidence continues to increase in our older population. Concerning the contest "Dermatologist from the Heart" awarded by Fondation La Roche Posay in 2015, we put into practice the winning project "Life goes on, Live your skin!". The main purpose of the project was to provide specialized health assistance and prevention of skin cancer and cutaneous xerosis in a population over 65 years old living in social institutions in the district of Santarém. **Material and Methods:** Between February 2016 and April 2017, a medical team consisting of a specialist and two Dermatovenereology residents visited eight carefully selected institutions of the area of Santarém. **Results:** A total of 301 patients were observed, with a high prevalence of actinic keratoses (42.8%) and cutaneous xerosis (34.2%), followed by basal cell carcinoma (9.3%), suspected pigmented lesions (3.7%) and squamous cell carcinoma (1.7%). **Conclusion:** This project allowed us to provide health care in distant places and to a population with limited access to specialized medical care, thereby increasing their quality of life, to obtain real numbers about prevalence of frequent pathologies in elderly, screen a high number of patients, treat premalignant lesions and avoid their evolution to skin cancer, and establish primary and secondary prevention programs in the institutions.

KEYWORDS – Skin Diseases; Skin Neoplasms; Mass Screening.

Correspondência: Ana Filipe Monteiro
Serviço de Dermatologia e Venereologia - Hospital de Santarém EPE
Avenida Bernardo Santareno
2005-177 Santarém, Portugal
E-mail: anafilipemonteiro@gmail.com
DOI: <https://dx.doi.org/10.29021/spdv.76.3.911>

Recebido/Received
08 Março/March 2018
Aceite/Accepted
31 Maio/May 2018

Artigo Original

INTRODUÇÃO

As lesões cutâneas pré-malignas, o cancro e a xerose cutânea são patologias cuja incidência continua a aumentar na nossa população mais idosa. Apesar deste reconhecimento pelos profissionais de saúde, as suas verdadeiras incidências e prevalências são desconhecidas devido à variabilidade de fototipo populacional, localização geográfica e escassez de registos oncológicos nacionais. A detecção precoce e respetivo tratamento é uma mais-valia para o controlo de cancro cutâneo a nível nacional.

Desenvolvemos este projeto com o objetivo principal de levar aos doentes cuidados de saúde diferenciados, efetuar diagnóstico e tratamento de cancro e xerose cutânea numa população com idade superior a 65 anos na área de influência do Hospital de Santarém. Propusemo-nos ainda a exercer educação para a saúde através da formação de utentes e profissionais de saúde neste âmbito e da promoção e alerta para os cuidados relacionados com a exposição solar e desidratação cutânea.

MATERIAL E MÉTODOS

Durante o período compreendido entre fevereiro 2016 e abril 2017, a equipa constituída por um especialista e duas internas do internato de formação específica de Dermatovenereologia (Fig.1) deslocou-se a oito instituições de solidariedade social de idosos no distrito de Santarém.



Figura 1 - A equipa médica.

As instituições foram selecionadas atendendo à sua localização geográfica (preferência pela seleção de instituições em municípios à periferia do distrito de Santarém), número de utentes (preferência de unidades com > 50 utentes), escassez de cuidados especializados de dermatologia e dificuldade no acesso aos cuidados hospitalares (tanto pela distância territorial como pela escassez de infraestruturas ferroviárias).

Inicialmente para efetuar a seleção das instituições contactámos o Gabinete do Utente/Serviço Social do nosso Hospital de forma a obter uma lista de todas as unidades existentes no nosso distrito. Abandonámos esta abordagem ao constatar que as listas não estão atualizadas, estão muito incompletas e que existem lacunas na informação. Em alternativa, selecionámos no mapa do distrito localidades distantes com dificuldade em acesso hospitalar tanto pela distância territorial como pela falta de infraestruturas rodoviárias, tendo como objetivo abranger uma vasta área do nosso distrito. Depois, para cada uma das localidades, efetuámos uma pesquisa *online* das instituições presentes nessa área e selecionámo-las de acordo com os critérios supracitados.

A pesquisa *online* muitas vezes facultava os dados de contacto e assim procedemos à fase considerada a "pré-visita". Nesta fase, as instituições foram contactadas por *email* ou carta dirigida ao respetivo Provedor e convidadas a participar no nosso projeto. Se a resposta fosse positiva, o processo de "pré-visita" continuava com o agendamento e organização logística para o dia da visita, solicitando os meios físicos e humanos mínimos para o sucesso da intervenção.

A visita dividiu-se em 5 partes:

1. Montagem da infraestrutura de atuação
 - a. Equipamento informático para registo e referência central ao Hospital de Santarém
 - b. Equipamento para tratamento de lesões pré-malignas
2. Apresentação oral para profissionais de saúde e utentes sobre patologia dermatológica do idoso
3. Consulta médica para utentes voluntários
 - a. Tratamento de lesões pré-malignas
4. Referenciação para Hospital Central de casos selecionados
5. Distribuição de panfletos e informação vária

No local, o primeiro contato era efetuado com o Provedor da instituição. De seguida, montávamos o equipamento de crioterapia, material electrónico e de comunicações.



Figura 2 - Slide inicial da apresentação oral.

A visita iniciava-se com uma apresentação oral (Fig. 2) com o intuito de permitir um melhor reconhecimento das patologias e uma referenciação mais eficaz, focando essencialmente as lesões pré-neoplásicas, o cancro cutâneo, a xerose cutânea e os cuidados cutâneos face ao envelhecimento, desidratação e exposição solar. Esta fase inicial pretendia exercer educação para a saúde com formação de utentes e profissionais de saúde (Fig. 3).



Figura 3 - Apresentação oral aos idosos e profissionais de saúde na Santa Casa da Misericórdia de Mação.

Seguidamente, os utentes interessados dirigiam-se para os gabinetes médicos onde era efetuada a "consulta médica". (Fig. 4). Durante a consulta, cada médico tinha à sua disposição um questionário digital para registo dos dados biográficos e patologia observada (Fig. 5). Este questionário intitulado "Life Goes On" (Fig. 6), foi elaborado na fase inicial do projeto por toda a equipa e consistia no registo de: dados biográficos, fototipo, exposição solar cumulativa, xerose cutânea, queratoses actínicas (localização, número, tratamentos anteriores),



Figura 4 - Rastreio e tratamento de queratoses actínicas com crioterapia.

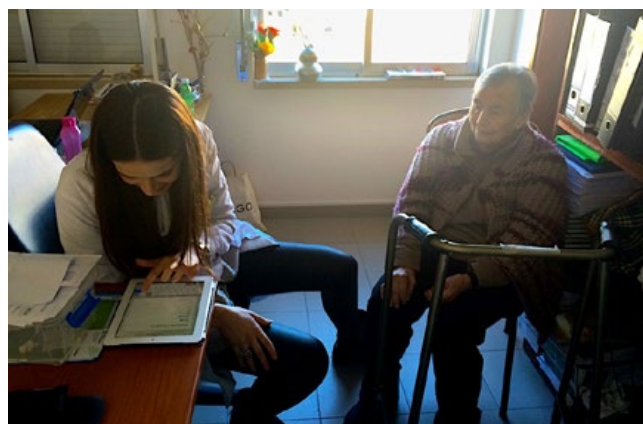


Figura 5 - Rastreio e preenchimento "online" da base de dados.

The screenshot shows a digital questionnaire titled "Questionário 'Life goes on'". It includes sections for:

- Personal Information:** Name, Age, Profession, and Photo type (with a grid of icons).
- Sun Exposure:** Frequency (Frequent, Sometimes, Rarely).
- Previous Dermatology Consultations:** Yes/No.
- Xerosis Cutis:** Yes/No.
- Actinic Keratosis:** Number and localization (Face, Trunk, Upper limbs, Lower limbs).
- Actinic Keratosis Treatment:** Number and localization (Face, Trunk, Upper limbs, Lower limbs).
- Actinic Keratosis Localization:** Same as above.
- Actinic Keratosis Reference:** Hospital reference.
- Observations:** A text area for notes.
- Navigation:** A "Submit" button.

Figura 6 - Questionário online "Life Goes On".

carcinoma basocelular (localização e número), carcinoma espinocelular (localização e número), lesões pigmentadas suspeitas e tipo de referenciação. No caso de patologia pré-neoplásica, nomeadamente queratoses actínicas, estavam disponíveis métodos de tratamento como a crioterapia durante a consulta médica.

A patologia tumoral com necessidade de tratamento especializado era referenciada para a consulta de Dermatologia em ambiente hospitalar. A visita à instituição terminava com a distribuição de folhetos informativos (Fig. 7), emolientes e protetores solares com demonstração da sua utilização prática.

Era efetuado um resumo final com o Provedor de forma a articular as deslocações e agendamentos das consultas e tratamentos dos casos identificados. Os agendamentos das cirurgias tinham em consideração os utentes da mesma instituição de forma a efetuarem apenas uma deslocação ao Hospital. Os resultados das biópsias e excisões efetuadas em meio hospitalar eram posteriormente enviadas por *email* para a respetiva instituição.

Foram recolhidos através do questionário digital dados demográficos, socioeconómicos e clínicos,

Artigo Original



Figure 7 - Folheto informativo distribuído no final de cada visita.

nomeadamente fototipo, exposição solar cumulativa, xerose cutânea, queratoses actínicas (localização, número, tratamentos anteriores), carcinoma basocelular (localização e número), carcinoma espinocelular (localização e número) e lesões pigmentadas suspeitas. Foi efetuada uma análise de estatística descritiva e utilizada a média aritmética (+/- desvio padrão). A amostra foi analisada em relação à prevalência de patologia cutânea em função do sexo, fototipo e atividade profissional. Para a determinação dos parâmetros associados à patologia cutânea foi realizada análise univariada pelo teste do χ^2 de Pearson e regressão logística. A análise estatística foi efetuada com o SPSS Statistics (v. 23; IBM SPSS), tendo-se admitido valores de $p < 0,05$ como tendo significância estatística.

RESULTADOS

Foram observados um total de 305 indivíduos, dos quais quatro tinham idade inferior a 65 anos. Estes quatro indivíduos que estavam institucionalizados por graus diversos de deficiência motora ou psíquica foram excluídos de forma a obter uma amostra homogénea em relação à idade.

Da amostra selecionada ($n=301$), 69,4% ($n=209$) dos indivíduos pertenciam ao sexo feminino e 30,6% ($n=92$) ao sexo masculino (Tabela 1), com idades compreendidas entre os 65 e os 103 anos, e uma média de 84 anos. Foi efetuada distribuição por idades pertencendo a maioria ao grupo entre 85-95 anos (Fig. 8). Relativamente ao setor profissional prévio, 46% ($n=139$) pertenciam ao setor primário e 45% ($n=136$) ao setor terciário (Fig. 9). A análise de fototipo revelou uma prevalência superior do fototipo III com 52,5% ($n=158$) e II com 36,5% ($n=110$) (Fig. 10). Quando questionados sobre a exposição solar cumulativa, a maioria 51,5% ($n=155$) referiu uma exposição "frequente".

Tabela 1 - Distribuição por sexo.

Utentes	n (%)
Sexo Feminino	209 (69,4%)
Sexo Masculino	92 (30,6%)
Total	301 (100%)

Ratio 2:1

Entre as diversas patologias cutâneas encontradas, as mais representativas foram as queratoses actínicas (42,9%) e a xerose cutânea (34,2%), seguindo-se

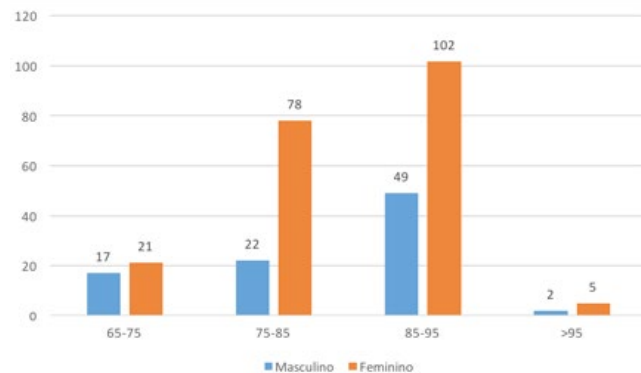


Figure 8 - Distribuição por idades.

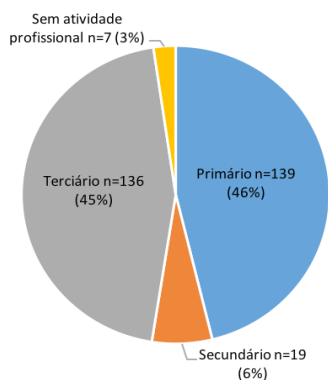


Figura 9 - Distribuição por setor profissional.

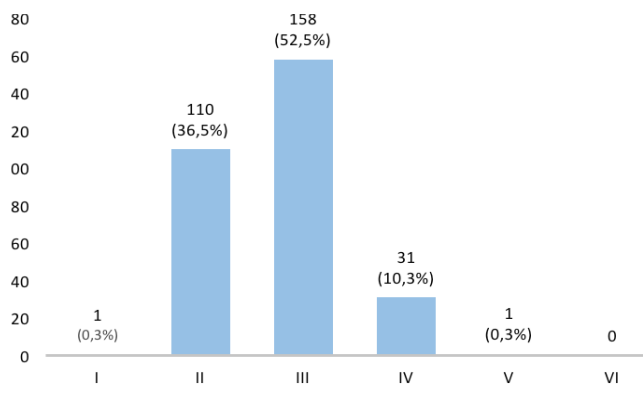


Figura 10 - Distribuição por fototipo.

o carcinoma basocelular (9,3%), as lesões pigmentadas suspeitas (3,7%) e o carcinoma espinocelular (1,7%) – Tabela 2.

Xerose Cutânea

Entre os indivíduos com xerose cutânea (n=103), a maioria era do sexo feminino (n=75; 72,8%). Dentro da amostra total de utentes do mesmo género, a percentagem de indivíduos do sexo masculino afetada foi de 30,4% e do sexo feminino de 35,9% – Tabela 2.

Queratoses Actínicas

Do grupo de doentes com queratoses actínicas (QA, n=129), 41 (31,8%) eram do sexo masculino e 88 (68,2%) do sexo feminino. Comparando indivíduos do mesmo género verificou-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (44,6%) face ao sexo feminino (42,1%). Ao efetuar a

análise por regressão logística objetivou-se uma relação significativa entre o número de QA e o fototipo dos indivíduos (p = 0,003; p < 0,05), com uma probabilidade 3,5 vezes superior para o desenvolvimento de QA em indivíduos com fototipo I e II (OR 0,28; IC 0,11-0,64; p = 0,003). Relativamente ao sector profissional, a maioria dos indivíduos com QA pertencia ao sector primário (n= 71; 55,1%), seguindo-se o sector terciário (n=46; 35,7%) e por último o sector secundário (n=9; 6,9%). Esta prevalência superior de QA no sector primário revelou uma relação estatisticamente significativa entre o número de utentes com QA e o sector profissional a que pertenceram (p = 0,015; p < 0,05). Na análise da distribuição anatómica das lesões, a grande maioria das QA foram identificadas na face (n=99; 76,7%), sucedendo-se os membros superiores (n=51; 39,5%), o couro cabeludo (n=11; 8,5%) e os membros inferiores (n=6; 4,7%) – Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das patologias cutâneas.

Patologia Cutânea	Nº indivíduos afetados por género		Total de doentes com patologia	% relativa à população total afetada		% Total de doentes com patologia	% relativa à população do mesmo género		Nº total de lesões observadas	Localização Anatómica				
	M	F		M	F		M	F		Face	Couro cabeludo	Mem-bros superiores	Mem-bros inferiores	Tronco
Xerose cutânea	28	75	103	27,2%	72,8%	34,2%	30,4%	35,9%	-	-	-	-	-	-
Queratoses actínicas	41	88	129	31,8%	68,2%	42,9%	44,6%	42,1%	-	99 (76,7%)	11 (8,5%)	51 (39,5%)	6 (4,7%)	-
Carcinoma basocelular	8	20	28	8,7%	9,6%	9,3%	28,6%	71,4%	34	25 (73,5%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	5 (14,7%)	2 (5,9%)
Carcinoma espinocelular	2	3	5	40%	60%	1,7%	2,2%	1,4%	7	3 (42,9%)	-	1 (14,3%)	3 (42,9%)	-

Artigo Original

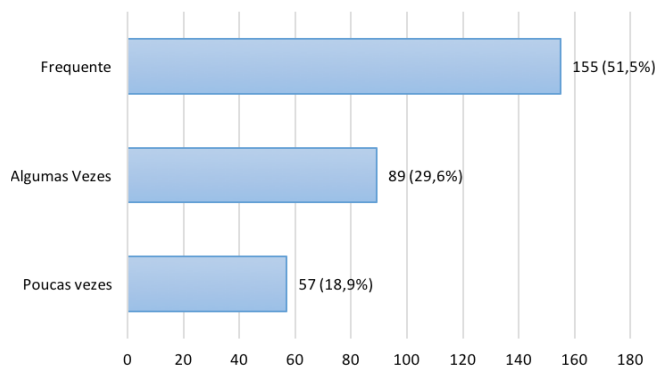


Figura 11 - Distribuição da exposição solar cumulativa.

A análise do número de QA por indivíduo revelou que, 76,7% (n=99) apresentavam <5; 19,4% (n=25) entre 5-10 QA e 3,9% (n=5) apresentavam > 10 QA.

Carcinoma Basocelular

Identificaram-se CBC em 28 indivíduos, 8 (28,6%) do sexo masculino e 20 (71,4%) do sexo feminino. A distribuição dentro de indivíduos do mesmo género revelou um discreto predomínio do sexo feminino (9,6%) em relação ao sexo masculino (8,7%).

O número total de CBC diagnosticados foi de 34, com um número médio de 1,2 CBC por doente. A maioria dos CBC estava localizada na face (n=25; 73,5%). Um número menor de lesões foi identificado nos membros inferiores (n=5; 14,7%), tronco (n=2; 5,9%), e em igual percentagem (n=1; 2,9%) nos membros superiores e couro cabeludo – Tabela 2. No seu conjunto, 94,1% dos CBC estavam localizados em áreas foto-expostas. Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o número de utentes com CBC e o setor profissional a que pertenceram ($p = 0,711$; $p < 0,05$).

Carcinoma Espinocelular

Dos 5 indivíduos identificados com CEC, 2 (40%) pertenciam ao sexo masculino e 3 (60%) ao feminino. A percentagem de indivíduos afetados tendo em conta a população com o mesmo género foi de 2,2% no sexo masculino e 1,4% no sexo feminino.

O número total de CEC encontrados foi de 7, com um número médio de 1,4 CEC por doente. Contrariamente às restantes patologias, foram encontrados tantos CEC na face como nos membros inferiores (n=3; 42,9%), seguindo-se os membros superiores (n=1; 14,3%) – Tabela 2.

Lesões Pigmentadas Suspeitas

Foram identificados 11 indivíduos com lesões pigmentadas suspeitas (LPS), das quais 6 lentigos malignos, 4 nevos melanocíticos atípicos e 1 melanoma ocular.

TRATAMENTO / REFERENCIAÇÃO

Com o projeto foi possível tratar no próprio local 129

doentes com lesões pré-malignas. Foram referenciadas para tratamento cirúrgico a nível hospitalar 51 lesões cutâneas, das quais apenas 26 foram tratadas. Este reduzido número deveu-se em grande parte ao não comparecimento dos utentes, cancelamento de cirurgias, falecimento e recusa por parte do doente ou dos seus familiares. Do grupo de lesões cirurgicamente tratadas, os resultados histológicos revelaram 15 carcinomas basocelulares, 4 carcinomas espinocelulares, 1 nevo melanocítico composto e 6 queratoses seborreicas – Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados histológicos das lesões tratadas cirurgicamente.

Resultados histológicos	
Carcinoma basocelular	15
Carcinoma espinocelular	4
Nevo melanocítico	1
Queratose seborreica	6
Total lesões excisadas	26
Total de lesões referenciadas	51

DISCUSSÃO

Existem escassos estudos populacionais que indiquem a prevalência e gravidade da xerose cutânea nos idosos. No nosso projeto foi observada uma prevalência de xerose cutânea de 34,2% sendo o sexo feminino o mais atingindo, o que vai de encontro aos resultados de estudos internacionais.^{1,2} De salientar que os nossos resultados refletem uma prevalência ao nível dos cuidados de saúde primários estando mais perto da realidade populacional. Segundo estudos epidemiológicos, a prevalência de xerose cutânea na população idosa varia entre os 30-75%.¹⁻³ Um estudo Francês de coorte transversal efetuado nos cuidados de saúde primários identificou múltiplos fatores de risco associados à xerose cutânea: idade avançada, sexo feminino, antecedentes de eczema atópico na infância ou adolescência e prurido durante a transpiração.¹

A prevalência de QAs obtida no nosso projeto foi de 42,9% que está de acordo com estudos europeus recentes efetuados na Holanda, Áustria e Espanha com prevalências de 37,5%, 31,0% e 28,6%, respetivamente.⁴⁻⁷ Em trabalhos mais antigos já se verificavam taxas de prevalência elevadas de QAs. Um estudo do País de Gales de 1996 e um Português de 1999 relatavam prevalências de 23% e 30,6%, respetivamente numa população com mais de 60 anos.^{8,9} Em contraponto, há dois estudos europeus que revelaram taxas de prevalência inferiores: um alemão de 2014 mostrou uma prevalência de 11,4% numa amostra de doentes com idade

superior a 60 anos e um italiano de 2005 revelou uma taxa de 1,4% (1,5% no sexo masculino e 1,4% no sexo feminino, em doentes com idade igual ou superior a 45 anos).^{10,11} Estes valores podem estar subestimados devido à abrangente faixa etária da amostra selecionada e à avaliação clínica efetuada por entrevistadores treinados e não por dermatologistas experientes no caso do estudo italiano.

A prevalência superior de QA no sexo masculino, em áreas foto-expostas, no sector primário e nos indivíduos com fototipo I e II era expectável e já descrita anteriormente.⁴⁻¹¹ Os indivíduos da nossa amostra foram expostos a elevados níveis cumulativos de radiação ultravioleta (RUV), com atividades profissionais no exterior que implicaram exposição solar contínua, muitas vezes sem medidas de proteção física ou química face ao sol.

Tendo em conta o cancro cutâneo não-melanoma (CCNM), observou-se uma prevalência total de 11% na nossa amostra com 9,3% de CBC e 1,7% de CEC. Contrariamente à maioria dos estudos europeus, a nossa população mostrou uma prevalência superior de CCNM no sexo feminino, fato já verificado em outro estudo português sobre CCNM.^{12,13} As áreas foto-expostas foram as mais atingidas, nomeadamente a face e membros inferiores. A epidemiologia do CCNM não foi até ao momento completamente estudada.¹⁴ Há sérias limitações na investigação da incidência do CCNM maioritariamente devido à variabilidade geográfica e à ausência de registos nacionais de CCNM.¹⁴ A prevalência estimada de CCNM foi de 2,0%, 1,4% e 0,7% na Austrália, Europa e Estados Unidos da América, respetivamente.^{12,14} O fator externo mais reconhecido na patogénese do CCNM é a exposição à RUV. Nos países ocidentais, pensa-se que os novos hábitos de bronzamento, atividades ao ar livre sem proteção adequada e a diminuição da camada do ozono irão em breve contribuir para o aumento da incidência do CCNM.

O nosso projeto tem algumas limitações: uma amostra populacional reduzida e limitada a uma área geográfica específica, que não permite extrapolar resultados para a realidade nacional, e a população não equilibrada em termos de género, motivo pelo qual foi necessária a avaliação de prevalências intragénero.

Durante a sua realização identificámos diversos problemas a nível institucional que não esperávamos encontrar: a ausência de uma base de dados nacional com todas instituições de solidariedade social; a ausência de equipamento informático e de comunicação de dados pré-instalados no local; a dificuldade na comunicação com o médico da instituição. Verificámos que quando a visita se realizava perto da hora das refeições ocorria uma diminuição dos utentes observados.

Em contrapartida, houve sempre uma ótima receptividade por parte das instituições e de todos os profissionais de saúde presentes. A colaboração dos auxiliares de ação médica foi sem dúvida preciosa pois sem eles teríamos enfrentado mais dificuldades na deslocação dos utentes aos gabinetes de consulta e na organização da visita.

Avaliando retrospectivamente o projeto, apercebemo-nos que efetuaríamos algumas alterações face ao plano inicial. Em primeiro lugar, consideramos que teria sido benéfico para o trabalho e para os utentes se o médico da instituição estivesse presente no momento da visita. Essa ligação permitiria uma sinalização mais eficaz dos utentes necessitados dos nossos cuidados e um mais rápido intercâmbio de informação e referenciação. Isto conduziria, provavelmente, a uma redução do número de ausências no agendamento cirúrgico hospitalar e a um seguimento mais adequado dos doentes de acordo com o resultado histológico encaminhado. Consideramos, ainda, que teria sido mais proveitoso se a apresentação oral tivesse sido efetuada apenas para os profissionais de saúde.

Adicionalmente, gostaríamos de salientar que o projeto abordou o rastreio de lesões pré-neoplásicas e cancro cutâneo numa população altamente selecionada para os fatores de risco associados, estando assim de acordo com resultados obtidos em estudos de rastreio que demonstraram que o conceito de "rastreio dirigido" é mais eficaz, tem taxas superiores de deteção de CCNM e aumenta as taxas de cura e tratamento.¹⁵

CONCLUSÃO

A incidência de lesões pré-neoplásicas e neoplasias cutâneas malignas tem sofrido um crescimento gradual significativo ao longo dos anos.^{13,14} Estes resultados parecem estar relacionados com um maior nível de exposição da população à radiação ultravioleta, especialmente em áreas rurais em que a maioria das atividades profissionais se centra no sector primário, muitas vezes com escassos cuidados face à exposição solar.

Com este projeto foi possível prestar cuidados de saúde a locais remotos e numa população com dificuldade ao acesso de cuidados de saúde especializados, obter valores reais sobre a prevalência destas patologias no nosso distrito, rastrear uma população dirigida e proceder ao tratamento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas. Esta iniciativa revelou-se um projeto benéfico para a comunidade e para a equipa médica envolvida, tendo permitido o estabelecimento de ligações pessoais e profissionais que possibilitaram aos profissionais de saúde e utentes colocar questões, dúvidas, compreender, referenciar e tratar as causas das patologias abordadas, o contacto com realidades socioculturais e ambientais particulares, e ainda o estabelecimento de programas de prevenção primária e secundária nas instituições envolvidas.

Agradecimentos/ Acknowledgements:

À *Fondation La Roche Posay* que promoveu e financiou a iniciativa.

À *Sociedade Portuguesa de Dermatovenereologia* pelo apoio.

Ao *Serviço de Dermatovenereologia do Hospital de Santarém* pelo fornecimento dos recursos materiais e eletrónicos, além do apoio incondicional de toda a equipa.

Artigo Original

Às instituições que colaboraram com o nosso projeto: Santa Casa da Misericórdia de Mação, Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, Santa Casa da Misericórdia de Tomar, Santa Casa da Misericórdia de Marvão, Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Zêzere, Santa Casa da Misericórdia de Santarém – Lar Residencial de Idosos, Santa Casa da Misericórdia de Santarém – Centro de dia, Casa da Fidalguia – Residência de Serviços Sénior.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Confidencialidade dos dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Protecção 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: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

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).

REFERÊNCIAS

1. Paul C, Maumus-Robert S, Mazereeuw-Hautier J, Guyen CN, Saudez X, Schmitt AM. Prevalence and risk factors for xerosis in the elderly: a cross-sectional epidemiological study in primary care. *Dermatology*. 2011;223:260–5. doi: 10.1159/000334631.
2. Yalcin B, Tamer E, Toy GG, Oztas P, Hayran M, Alli N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol*. 2006;45:672–6. doi: 10.1111/j.1365-4632.2005.02607.x
3. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: Complexities of a common problem. *Clin Dermatol*. 2011;29:37–42. doi: 10.1016/j.clindermatol.2010.07.005.
4. Flohil SC, van der Leest RJT, Dowlatshahi EA, Hofman A, de Vries E, Nijsten T. Prevalence of actinic keratosis and its risk factors in the general population: the Rotterdam Study. *J Invest Dermatol*. 2013;133:1971–8. doi: 10.1038/jid.2013.134.
5. Eder J, Prillinger K, Korn A, Geroldinger A, Trautinger F. Prevalence of actinic keratosis among dermatology outpatients in Austria. *Br J Dermatol*. 2014;171:1415–21. doi: 10.1111/bjd.13132.
6. Ferrándiz C, Plazas MJ, Sabaté M, Palomino R, EPIQA Study Group. Prevalence of actinic keratosis among dermatology outpatients in Spain. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:674–80. doi: 10.1016/j.ad.2016.05.016.
7. Memon AA, Tomenson JA, Bothwell J, Friedmann PS. Prevalence of solar damage and actinic keratosis in a Merseyside population. *Br J Dermatol*. 2000;142:1154–9.
8. Harvey I, Frankel S, Marks R, Shalom D, Nolan-Farrell M. Non-melanoma skin cancer and solar keratoses. I. Methods and descriptive results of the South Wales skin cancer study. *Br J Cancer*. 1996;74:1302–7.
9. Massa A, Alves R, Amado J, Matos E, Sanches M, Selores M, et al. Prevalence of cutaneous lesions in Freixo de Espada à Cinta. *Acta Med Port*. 2000;13:247–54.
10. Schaefer I, Augustin M, Spehr C, Reusch M, Kornek T. Prevalence and risk factors of actinic keratoses in Germany - analysis of multisource data. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28:309–13. doi: 10.1111/jdv.12102.
11. Naldi L, Chatenoud L, Piccitto R, Colombo P, Placchesi EB, La Vecchia C, et al. Prevalence of actinic keratoses and associated factors in a representative sample of the Italian Adult Population. *Arch Dermatol*. 2006;142:722–6. doi:10.1001/archderm.142.6.722
12. Leiter U, Eigentler T, Garbe C. Epidemiology of skin cancer. *Adv Exp Med Biol*. 2014;810:120–40.
13. Andrade P, Andrade P, Brites MM, Vieira R, Mariano A, Reis JP, et al. Cancro cutâneo não-melanoma no serviço de dermatologia dos HUC – revisão de 5 anos. *Rev Soc Port Dermatol Venereol*. 2011;69:421.
14. Apalla Z, Lallas A, Sofiriou E, Lazaridou E, Ioannides D. Epidemiological trends in skin cancer. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7:1–6. doi: 10.5826/dpc.0702a01.
15. Swetter SM, Waddell BL, Vazquez MD, Khosravi VS. Increased effectiveness of targeted skin cancer screening in the Veterans Affairs population of Northern California. *Prev Med*. 2003;36:164–71.