

Denise Steiner

Médica formada pela Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo - USP em 1979

PREVALÊNCIA DAS DERMATOSES EM DOENTES MENTAIS CONFINADOS: CONTRIBUIÇÃO PARA O SEU ESTUDO

Tese apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas - UNICAMP para a obtenção do
título de Doutor em Medicina.

Orientador:

Prof. Dr. Elemir Macedo de Souza.†
Professor Assistente Doutor da Disciplina
de Dermatologia da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas - UNICAMP.

CAMPINAS

1992

*Este exemplar corresponde
à versão final da Tese de
Doutorado apresentada à Facul-
dade de Ciências Médicas pela
médica Denise Steiner
- Campinas, 26 de agosto de 1992*

Prof. Dr. Elemir Macedo de Souza

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	ST 35p
V.	F.
TEL. 31 31 /	17388
PROC.	245/92
C	☐
D	☒
PREÇO	C\$ 20.000,00
DATA	22/09/92
N.º CPD	

CM-00031400-3

FICHA CATALOGRÁFICA

STEINER, Denise

Prevalência das dermatoses em doentes mentais confinados: contribuição para seu estudo. / Denise Steiner. -- Campinas, 1992.

Tese (doutorado)--Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Clínica Médica - Dermatologia.

Área de concentração: Dermatologia.

Orientador: Elemir Macedo de Souza.

Descritores: 1. Doenças Mentais 2. Dermatoses 3. Doenças psicossomáticas 4. Prevalência de dermatoses 5. Epidemiologia.

agradecimientos

A Valcinir Bedin

Companheiro, amigo, amado.

Solidário, crítico e incansável em
todos os momentos deste trabalho.

A Gustavo, Marcelo, Tatiana.

Filhos queridos, cuja compreensão e ajuda foram essenciais nesta longa jornada.

A meus pais Edson e Berta

Impossível atingir essa meta sem seu
amor, exemplo e dedicação.

Ao Prof.Dr. Elemir Macedo de Souza

Recebeu-me sem hesitação nesta casa.

Participante, dedicado, amigo.

Sua competência faz discípulos e
difunde conhecimento, razão de ser
da vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Sebastião Almeida Prado Sampaio, nosso professor de Dermatologia, que esteve sempre presente em minha vida acadêmica, sendo exemplo de entusiasmo e competência.

Ao Prof. Dr. José Eduardo Costa Martins, amigo e professor de dermatologia. Caminhou lado a lado durante minha formação sempre com uma palavra de entusiasmo e incentivo.

Ao Prof. Dr. Evandro Ararigbóia Rivitti, também professor de Dermatologia. Contribuiu essencialmente para o meu aprendizado, sendo exemplo de dedicação e lealdade.

Ao Prof. Dr. Fernando Augusto Almeida, que me orientou nos primeiros passos deste trabalho, incentivando a sua realização.

Ao Prof. Dr. Gilles Landman, que participou da escolha de tema e que esteve sempre presente no desenrolar deste trabalho.

À Profª Drª Miriam Nacagami Soto, que primordialmente facilitou caminhos para a concretização deste estudo.

Aos meus Professores de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Benjamin Golcman, Estevan de Almeida Neto, Guilherme V. Curbam, Luiz Carlos Cucé, Maria Aparecida Constatino Vilella, Maria Denise F. Takahashi, Norberto Belliboni, Vinício A. Zamith, Waltenio Vesconcelos. Responsáveis pela minha formação e dignos de exemplo.

Ao Prof. Dr. Luís Alberto Magna, que me aceitou nesta casa e tornou viável o desenrolar deste estudo.

À Profª Drª Mariliza Berti Azevedo Barros, que acompanhou e ajudou em toda as questões de ordem burocrática

À Profª Drª Maria Letícia Cintra, que gentilmente se prontificou a me orientar no início desta jornada.

Ao Prof. Nelson Bedin, que fez a primeira leitura deste trabalho dando sugestões brilhantes e pertinentes.

Ao Prof. Chester Luiz Galvão Cesar, que, paciente e desinteressadamente, leu este trabalho, contribuindo para o seu aperfeiçoamento.

À Profa Dra Evelin Naked de Castro Sá, que foi inspiradora e incentivadora deste trabalho.

Aos Professores Clóvis Araújo Peres e José Maria Pacheco de Souza, que contribuíram com sugestões sobre o tratamento estatístico.

Ao Dr. Francisco Carlos Santos e Dr^a. Aparecida Leopoldo Silva, que permitiram o exame dos doentes mentais e cooperaram em todas as necessidades.

Ao Dr. Mário Balster Martins, que compartilhou conosco toda a sua experiência no Juqueri.

A Ronaldo Colla Moreira, que graciosamente foi autor do programa utilizado para o trabalho computadorizado desta pesquisa.

A Luís Fernando Araujo Cerqueira (Lula), por toda sua dedicação na montagem de gráficos e tabelas e digitação integral deste trabalho.

A Maria Imaculada Cardoso Sampaio, que foi indispensável no capítulo das referências bibliográficas.

Aos meus queridos irmãos Carla, Márcia e Marcos, que me incentivaram , ajudaram e participaram de todos os passos deste estudo.

Aos meus cunhados Adami, Celso, Cornélia, Denise, Jorge, Nadir, que com palavras ou gestos sempre estiveram presentes.

Aos residentes dos serviços de dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí: Assunta, Denise, José Adriano e Valter, por sua compreensão e ajuda.

Aos funcionários das clínicas do HCRM e colônias HCR que gentilmente estiveram presentes na avaliação dos doentes e na coleta dos dados do prontuário.

Aos funcionários, Geralcina, Cristina, Conceição, Izildinha, da disciplina de dermatologia, sempre solícitos, em todas as necessidades.

Aos funcionários da Clínica Stöckli: Eliane, Luciano, Margarete, Nadir, Nidia, que toleraram as minhas mudanças de humor e ausências, para que eu finaliza-se este trabalho.

A Nelson Antonio Dutra Rodrigues pela imprescindível ajuda na revisão do texto.

À Ivanir da Rosa por acompanhar e zelar pelo meus filhos, nos momentos de maior dificuldade.

A Silvaneide e José Divino, sempre atentos às necessidades relacionadas à infra-estrutura.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta pesquisa se realizasse.

Í N D I C E

1. Introdução	
1.1 - Considerações sobre a prevalência das dermatoses.....	1
1.2 - Considerações sobre a prevalência das dermatoses no doente mental.....	7
1.3 - Considerações gerais sobre o Juqueri ...	15
1.3.1 - Histórico.....	16
2. Objetivos.....	24
3. Metodologia.....	25
3.1 - Características do local do estudo.....	26
3.2 - Características da população do estudo...	36
3.3 - Coleta de dados.....	38
3.3.1 - Ficha clínica.....	38
3.3.2 - Exame dermatológico.....	39
3.4 - Armazenamento de dados.....	39
4. Resultados.....	49
5. Discussão.....	88
6. Conclusões.....	155
7. Resumo / Abstract.....	157
8. Referências bibliográficas.....	158
9. Apêndice	
9.1 - Anexo I.....	190
9.2 - Anexo II.....	200

introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PREVALÊNCIA DAS DERMATOSES

O estudo da prevalência das doenças de uma comunidade reflete a sua constituição genética, a distribuição sexo-etária, a condição sócioeconômica, os costumes, o tipo de trabalho, etc., permitindo subsídios para futuras ações de saúde.

A situação endêmica das diversas entidades nosológicas também revela a importância do clima, altitude, umidade, vegetação, fauna e flora na sua distribuição. A interação da comunidade e meio ambiente, atingindo ou não o equilíbrio ecológico necessário, é primordial no comportamento e frequência das diversas doenças.

A análise da prevalência das dermatoses também contribui para os dados mencionados, entendendo ser a pele o reflexo fiel do organismo.

Devido às dificuldades inerentes aos estudos populacionais, os dados de prevalência, incidência e morbidade são em geral analisados em grupos específicos.

GOODMAN (1929) tabelou retrospectivamente os atendimentos de vários serviços dermatológicos dos Estados Unidos durante um longo período. GILMAN (1934) fez uma análise ampla das dermatoses encontradas em estudantes universitários no mesmo país. ALDERSON & REICH (1937) realizaram um estudo em uma população de estudantes e compararam seus dados com os de GOODMAN e de GILMAN. Os resultados foram bastante coincidentes, embora não tenha havido padronização para a comparação, pois os trabalhos ocorreram em locais e tempos diferentes. Estes autores concluíram que não são necessárias mais do que dez dermatoses para abranger 50% de todas as alterações cutâneas encontradas. (tabela 1 - anexo I).

CANIZARES (1960) no México, realça a importância dos fatores geográficos na prevalência das dermatoses num trabalho retrospectivo, em que participaram vários serviços dermatológicos, espalhados por todo o país. As erupções por sensibilidade à luz solar foram bastante prevalentes sendo relacionadas a fatores como clima e altitude. As dermatoses devidas a alteração da pigmentação como vitiligo, cloasma, também foram muito freqüentes e foram associadas ao tipo racial da população. (tabela 2 - anexo I)

LOMHOLT (1964) examinou pessoalmente a pele de todos os habitantes (10.984) de 7 das 18 ilhas que compõem as Ilhas Faroës (as Ilhas Faroës são 18 ilhas no Atlântico Norte entre a costa da Noruega e a da Islândia, a 1300 km de Copenhague) e computou aqueles que precisariam de cuidados médicos. As dermatoses crônicas como eczemas, acne vulgar, líquen plano, foram as mais encontradas. (tabela 3 - anexo I)

HALL & BURROWS (1968) analisaram retrospectivamente 157.381 doentes atendidos em todos os hospitais do norte da Irlanda durante o período de 1954 a 1966. Os autores concluíram que a verruga vulgar foi a dermatose que teve maior aumento absoluto ao longo dos anos. A escabiose também aumentou e as doenças bacterianas diminuíram, talvez, pelo uso mais difundido de antibióticos.

BENERJEE et al. (1973) enfatizaram que o perfil das dermatoses se altera quando analisada em países de condições sócioeconômicas inferiores, como, por exemplo, a Índia. Em Calcutá, cidade com uma área de 60 km², com densidade populacional de 72.000 habitantes por km², as condições higiênicas são precárias e a maioria da população vive em más condições de saúde. Esta situação é também responsável por 25% dos doentes desta área terem piодermites ou doenças parasitárias e 10% terem alguma micobacteriose.

A análise comparativa dos principais grupos de dermatoses encontradas em Calcutá, México e Londres realçou essas diferenças decorrentes da diversidade sócioeconômica. (tabela 4 - anexo I)

Um amplo estudo foi realizado nos Estados Unidos da América no período de 1971 a 1974, avaliando aleatoriamente 20.749 indivíduos, sem queixas médicas, e com idade variando de 1 a 74 anos, de uma população de 194 milhões de habitantes (FITZPATRICK et al., 1979). Este estudo demonstrou que 31% tinham alguma dermatose, representando 60,14 milhões de indivíduos. Merece destaque o fato de este ser um dos poucos estudos populacionais. As dermatoses mais encontradas foram aquelas das glândulas sebáceas, como acne vulgar, seguida das dermatofitoses e tumores malignos e benignos. (tabela 5 - anexo I)

REA et al. (1976), em Londres, examinaram 614 indivíduos que previamente haviam respondido a um questionário sobre suas doenças de pele e encontraram como dermatose mais freqüente os tumores de pele. (tabela 6 - anexo I)

Não existem trabalhos nacionais demonstrando o comportamento das dermatoses na população geral. Foram analisados alguns grupamentos específicos como militares, estudantes ou indivíduos que procuraram serviços médicos.

BOPP et al. (1973), em estudo retrospectivo, analisaram 39.670 fichas clínicas em Porto Alegre. As dermatoses mais freqüentes foram as piодermites, os eczemas e as micoses. (tabela 7 - anexo I)

SERRUYA (1974) avaliou retrospectivamente as doenças de pele mais encontradas no Estado da Guanabara, através da análise de 10.000 fichas da clínica dermatológica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os três grupos de dermatoses mais encontrados foram os eczemas, as micoses e as pruridermias. (tabela 7 - anexo I)

ZAITZ et al. (1979) fizeram a análise estatística retrospectiva dos doentes atendidos na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no ano de 1977, analisando 1.800 prontuários. O primeiro lugar coube aos eczemas, seguidos pelas zooparasitoses e micoses. (tabela 7 - anexo I).

ROMITI et al. (1978) examinaram a pele de 9.414 alunos das escolas municipais de Santos, mostrando a prevalência das dermatoses em um grupo mais jovem e que não estava procurando o serviço médico espontaneamente. As três alterações cutâneas mais observadas, em ordem decrescente, foram as doenças dos apêndices cutâneos, as dermatoviroses e as discromias. (tabela 8 - anexo I)

VERGNANINI (1990), em sua tese de doutorado, reviu 3.469 prontuários de pacientes atendidos na UNICAMP, no serviço de dermatologia, e analisou retrospectivamente de forma ampla a prevalência das dermatoses encontradas. O autor concluiu que a escabiose foi isoladamente o diagnóstico mais encontrado, mas que em geral a qualidade e quantidade de dermatoses não foram diferentes das descritas por outros autores nacionais ou estrangeiros, nos países subtropicais citados. (tabela 9 - anexo I)

1.2 PREVALÊNCIA DAS DERMATOSES NO DOENTE MENTAL

Poucos trabalhos analisam o comportamento da pele no doente mental ou estudam as relações ecológicas da mesma, considerando as especificidades a que estes indivíduos estão submetidos.

No doente mental, além dos fatores gerais, que influenciam a prevalência das dermatoses, há variáveis como a doença psiquiátrica de base, com a sua medicação específica e também manifestações decorrentes do confinamento prolongado (MEZEY & EVANS, 1968, RUD & NOREIK, 1982).

A importância das alterações psíquicas no determinismo de algumas manifestações cutâneas é amplamente discutida na literatura (ANZIEU, 1989, COTTERILL, 1989, DI PRIMA, 1989, HALL-SMITH & NORTON, 1952, MEDANSKY, 1976, MONTAGU, 1988, RASMUSSEN, S., 1985, RASMUSSEN, J.R., 1989, RUBIN & RABINER, 1966).

Há dados indicando que entre 40% e 70% dos doentes que procuram tratamento para as suas dermatoses teriam significativos problemas psíquicos (COTTERILL, 1989, MEDANSKY, 1976, ROOK & WILKINSON, 1979, RUBIN & RABINER, 1966).

A sistematização das doenças psicocutâneas segundo literatura, segue em geral, a seguinte divisão: 1. pacientes psiquiátricos com dermatoses: ilusão de parasitose, tricotilomania, escoriação neurótica, dermatite artefata.

2. pacientes com dermatoses associadas ao mecanismo psicossomático: urticária idiopática crônica, prurido generalizado, prurido ano-genital, hiperhidrose, neurodermite. 3. pacientes com dermatoses onde a emoção é fator precipitante e/ou de manutenção: eczema atópico, eczema, disidrose, psoríase, vitiligo, líquen plano, alopecia areata, rosácea, alopecia difusa, aftose, herpes simples, dermatite seborréica, acne vulgar. 4. pacientes com dermatoses ou ingerindo drogas que podem desencadear quadros psiquiátricos: lúpus eritematoso sistêmico, porfiria, psicose por uso de corticóide, etc.... 5. Síndrome neuroectodérmicas com quadro psíquico e dermatológico: neurofibromatose, síndrome de Sturge-Weber, esclerose tuberosa. (COTTERILL, 1989, Di-PRIMA et al., 1989, HUGHES et al., 1983, KOBLENZER, 1983, MEDANSKY, 1976.)

A epiderme e o sistema nervoso central (SNC) originam-se ambos da mais externa das três camadas germinativas, a ectoderme, que primordialmente envolve todo o corpo embrionário (MONTAGU, 1988, SAMPAIO et al., 1983.). O SNC, a partir deste folheto, reflete-se para dentro, diferenciando-se em medula espinhal, cérebro e todas as demais estruturas nervosas. A ectoderme origina também os melanócitos, nervos e os órgãos do sentido, como o olfato, paladar, audição e tato, onde a pele (epiderme) e seus derivados (pêlos, unhas e dentes) têm papel fundamental (MONTAGU, 1988, SAMPAIO et al., 1983).

Especula-se, portanto, que o SNC seria a parte interna da pele e esta a porção exposta do SNC.

As relações entre o desenvolvimento da pele e o do sistema nervoso central refletem-se na correlação entre alterações dos dermatóglifos e doenças neurocutâneas, porque ambos padecem de um mesmo distúrbio na embriogênese. (SAMPAIO, 1983).

A origem comum da pele e do SNC justifica o encontro de várias síndromes neuro-ectodérmicas como neurofibromatose, esclerose tuberosa, síndrome de Bloom, síndrome de Gorlin Goltz, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Sanctis Cacchione, síndrome de Rud, síndrome de Lesch-Nyhan, etc. Todas estas síndromes apresentariam alguma alteração de pele, como tumores, fotossensibilidade e envelhecimento, além de alteração do SNC, como retardamento, epilepsia e outras. (RASMUSSEN, 1991, ROOK & WILKINSON, 1979).

Através do tato, que é sua principal função nervosa, receptando sensações de dor, frio, calor e nas zonas erógenas, de prazer, a pele tem um significado psicológico marcante em todas as idades (MONTAGU, 1988).

Nos recém-nascidos, o contato com a mãe é fundamental para sua adequada estruturação psíquica. A estimulação cutânea na infância influencia positivamente o desenvolvimento adequado do SNC e também o crescimento e diferenciação das células dos vários tecidos (MONTAGU, 1988, RASMUSSEN, 1991).

A pele e o SNC compartilham ainda de hormônios e neurotransmissores (RASMUSSEN, 1991, WALLENGREN et al., 1987).

A substância P, neuropeptídeo vasoativo intestinal e as encefalinas participam do mecanismo de ruborização, prurido e sudorese (PERT et al., 1985, RASMUSSEN, 1991, WALLENGREN et al., 1987).

O prurido é sintoma freqüente e crucial em várias doenças dermatológicas como eczema, urticária e neurodermite, que sofrem significativa influência do estado psíquico do indivíduo (EDWARDS et al., 1976, MEDANSKY, 1976, MUSAPH, 1968, SAMPAIO et al., 1983).

O seu mecanismo fisiopatológico não está totalmente elucidado podendo ser o mesmo da dor, embora com intensidade diferente (HERNDON, 1975, SAMPAIO et al., 1983, SHELLEY & ARTHUR, 1975). Tanto o prurido como a dor crônica podem estar associados a quadros depressivos graves (GUPTA, 1986, PIERCE, 1977). O prurido pode também estar ligado a desejos sexuais envolvendo culpabilidade. O prurido anogenital seria explicado pela sensação de prazer seguido da punição, que é representada pela escoriação (ANZIEU, 1989, MUSAPH, 1968).

São também relatadas algumas alterações dermatológicas específicas dos esquizofrênicos, psicóticos e oligofrênicos como: acrocianose, prurido generalizado e hipertricose. Em pacientes jovens, o primeiro sinal da esquizofrenia pode ser a ilusão de parasitose ou acarofobia, onde o paciente acredita que sua pele se encontra infestada por parasitas.

Já no paciente idoso esta manifestação pode representar sintoma de depressão profunda (COTTERILL, 1989, KOBLENZER, 1983, ROOK & WILKINSON, 1979).

Na dermatite artefata a lesão é provocada consciente ou inconscientemente com diversas finalidades. Tem aspecto bizarro, localizando-se ao alcance das mãos, sendo provocada por diversos tipos de objetos. O paciente usa da auto-agressividade para indiretamente atrair a atenção, comportamento este inerente à imaturidade e à fragilidade da organização psíquica. Lesões automutilantes graves podem estar associadas a esquizofrenia ou oligofrenia (ANZIEU, 1989, Van MOFFAERT, 1974, 1985, SAMPAIO et al., 1983, SIMPSON, 1981).

Recentemente, considerou-se que a tricotilomania, a escoriação neurótica, onicofagia e dermatite artefata podem estar associadas à doença obsessivo-compulsiva em seus aspectos neurobiológicos e resposta terapêutica. Todas essas alterações respondem significativamente a clorpropamida (STEIN & HOLLANDER, 1972).

Quadros de acne ou acne escoriada há muito são relacionados a distúrbios psicológicos (KENYON et al., 1961). Em muitos casos, a alteração da pele, por acarretar distúrbios inestéticos, leva, secundariamente, a um problema psíquico (COTTERILL, 1989, KENYON et al., 1961, RASMUSSEN, 1991).

Normalmente, o comprometimento patológico da pele provoca insegurança com a auto-imagem, levando o indivíduo à depressão ou ao agravamento do quadro psíquico subjacente (COTTERILL, 1981, 1989, WESSELY E LEWIS, 1989).

A pele configura-se cada vez mais como importante órgão imunológico através de vários constituintes, dentre os quais se destacam a célula de Langerhans e o próprio queratinócito (TOSTA, 1991). Experiências com animais demonstraram que a influência do estresse contínuo suprimiria a citotoxicidade das células "T-helper" e diminuiria a capacidade fagocitária do macrófago. Em estudos controlados, com camundongos, houve nítida diminuição do volume do timo após influência de estresse prolongado (TESHIMA et al., 1982).

Há comprovação de que indivíduos submetidos a situação de estresse têm resposta mais intensa ao teste de contato, que diminui quando há relaxamento (TESHIMA et al., 1982).

As chamadas doenças psicossomáticas da pele estão em evidência, existindo várias teorias para explicar o seu mecanismo de instalação (HUGHES et al., 1983, KOBLENZER, 1983, 1990, MacKENNA, 1944, NEMIAH, 1975, RASMUSSEN, 1991, SENAY & REDLICH, 1968, TESHIMA et al., 1982).

Uma delas sugeriu que a ansiedade crônica reprimida provocaria reações autossômicas responsáveis, direta ou indiretamente, pela lesão tissular (ALEXANDER, 1989).

Neste caso a personalidade, as relações afetivas, conflitos crônicos, têm muita relação com o desenvolvimento das doenças psicossomáticas (CÓRMIA, 1951).

Relata-se que doentes psicóticos não desenvolvem as doenças ditas psicossomáticas, porque os mecanismos de uma e outra seriam mutuamente excludentes. Sugere-se que a doença psicossomática seria uma defesa contra a psicose e que portanto os psicóticos não teriam como desencadeá-las (HUSSAR, 1968, PEDDER, 1969, RAMSAY et al., 1982).

A análise dos diferentes estudos sobre a prevalência das dermatoses, no doente mental internado, revelou resultados bastante controversos (ALCHORNE et al., 1983, BUTTERWORTH & WILSON, 1938, DUPONT, 1969, KIDD & MEENAN, 1961, PARDO & VANNI, 1987, TOBIAS, 1967).

BUTTERWORTH & WILSON (1938) avaliaram uma população de 1.895 doentes mentais internados, concluindo que as dermatoses mais encontradas são semelhantes às aquelas encontradas na população geral, e que os alienados apresentavam algumas alterações peculiares que não são estatisticamente significativas.

KIDD & MEENAN (1961) estudando 1.900 doentes mentais internados na cidade de Belfast, Irlanda, encontraram 24% de indivíduos com dermatoses com distribuição semelhante à da população geral. Os autores não conseguiram estabelecer relação entre a doença mental e a doença dermatológica .

TOBIAS (1967) no período de 1965-1966, estudou comparativamente 751 doentes mentais internados e 1.253 pacientes atendidos na clínica privada. O autor concluiu que: 1. certas dermatoses, como a dermatite seborréica, escoriação neurótica e neurodermite são mais comuns em psicóticos; 2. dermatoses inusitadas aparecem nesse grupo; 3. doenças psicossomáticas não ocorrem em psicóticos verdadeiros.

DUPONT (1969) examinou todos os doentes mentais internados em três hospitais psiquiátricos em Dublin, Irlanda, totalizando 701 indivíduos. O autor não conseguiu comprovar relação da doença mental com a doença dermatológica e concluiu não ser possível comparação com a população geral.

Em nosso meio, ALCHORNE et al., (1983) examinaram o tegumento de 150 doentes mentais internados e determinaram a prevalência das dermatoses encontradas, não conseguindo estabelecer relação entre elas e a doença mental. **(tabela 10 - anexo I)**

PARDO & VANNI (1987) examinaram 750 doentes mentais internados no Hospital Psiquiátrico Pietro Pisani de Palermo, Itália, e encontraram 35,4% dos doentes com alguma dermatose sendo que as micoses, parasitoses, lesões artefatas e dermatite seborréica foram as mais comuns. Concluíram que a prevalência das doenças de pele neste grupo não é diferente da população geral e que as doenças ditas psicossomáticas ocorreram menos nos doentes mentais.

1.3 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O JUQUERI

O Juqueri, hoje Complexo Hospitalar do Juqueri, foi fundado em 1898 e localiza-se nos municípios de Franco da Rocha e Caieiras, distante cerca de 40 km da Capital do Estado de São Paulo. O Conjunto possui área total de 2.977 hectares, originária de várias fazendas, adquiridas pelo governo no final do século passado.

Atualmente, ele está subordinado ao sistema unificado e descentralizado de saúde n. 14 (SUDS-14) da Secretaria de Estado da Saúde e, além dos edifícios para internação dos doentes mentais, possui um amplo serviço de saúde voltado para a comunidade e para os doentes psiquiátricos internados. A sede administrativa do SUDS-14 também está localizada no Complexo Hospitalar do Juqueri.

Desde 1977, a Secretaria de Saúde mantém convênio com a Faculdade de Medicina de Jundiaí. Há cerca de quatro anos, toda a atividade docente e assistencial do curso de graduação vem sendo realizada no Complexo Hospitalar do Juqueri. Este conjunto, de fato, tem melhorado o atendimento de saúde da comunidade regional e modernizado a assistência aos doentes mentais.

1.3, HISTÓRICO

A evolução histórica da assistência aos doentes mentais iniciou-se no Brasil com a criação de Santas Casas de Misericórdias (Santos, Rio de Janeiro, Salvador), no decurso do século XVI, com finalidade precípua de reclusão e secundariamente de tratamento (SÁ, 1983).

Em 1841, embora não oficialmente, começou a funcionar o primeiro hospício do Brasil, na cidade do Rio de Janeiro com o nome de "Hospício D. Pedro II" (FRALETTI, 1972).

Nessa época, a situação do doente mental era trágica, não só na cidade de São Paulo (capital) como também no interior da província, não dependendo nem da condição social do mesmo. O alienado pobre era preso no cárcere ou perambulava sem destino e o rico era removido para o Hospital D. Pedro II, na corte, com a decorrente despesa de hospedagem e dificuldades da viagem próprias da época (FRALETTI, 1964).

Em 1952, teve início no Brasil a assistência pública oficial aos doentes mentais, com o reconhecimento do Hospício D. Pedro II e a fundação, em São Paulo, do Hospital de Alienados, situado à rua São João, próximo à atual Praça da República (FRALETTI, 1972, RUSSIANO, 1949).

Após doze anos de funcionamento, essa casa tornou-se insuficiente para o número de doentes mentais e foi substituída por outro hospício em uma chácara na Ladeira Tabatinguera (FRALETTI, 1972).

Novamente, em 1891, com o crescimento de São Paulo, já havia superlotação nesse estabelecimento, necessitando de novo local para abrigar os alienados (RUSSIANO, 1949).

Em 1892, há 100 anos, o eminente psiquiatra Francisco Franco da Rocha foi chamado para assessorar a organização do serviço de assistência aos alienados em São Paulo. Como assessor convenceu os poderes públicos de que a criação de diversas colônias espalhadas pelo interior da Província era inadequada e propôs a construção de um Hospício Central modelo, construído com bases na psiquiatria moderna, junto ao qual funcionariam os Asilos-Colônias (RUSSIANO, 1949, SÁ, 1983). Franco da Rocha seguia os princípios e diretrizes do Congresso Internacional de Paris, de 1889, que preconizava essa forma de tratamento para os alienados. A idéia principal era a existência de um asilo central para tratamento, cercado de colônias, onde o doente pudesse trabalhar, produzir e ter convívio social harmonioso (FRALETTI, 1986, SILVA, 1987).

Em 18 de maio de 1898, foi inaugurada a chamada "Sucursal do Juqueri do Hospício de Alienados de São Paulo", num terreno escolhido às margens do rio Juqueri. Esse lugar preenchia quesitos como baixo preço, abundância de água e proximidade da capital. Ocupava um vasto espaço e era dividido em área para criação de animais, agricultura e oficinas de carpintaria e sapataria (FRALETTI, 1964, 1986, RUSSIANO, 1949, SÁ, 1983).

Primordialmente o conjunto, constituía-se de um prédio central bastante moderno, com uma divisão masculina e outra feminina. Cada divisão possuía 4 pavilhões que permitiam a separação de usuários de acordo com as conveniências indicadas pela forma da moléstia. Havia também, em cada pavilhão, um refeitório, sala de permanência para convívio, dormitórios e pátio interno com jardins (RUSSIANO, 1949).

Os doentes novos permaneciam nesse prédio para internações curtas com possibilidade de cura. Quando incuráveis iam para os asilos-colônias, onde trabalhavam principalmente na agricultura. A colheita de 1912 é representativa da produção dos alienados: 20.000 kg de milho, 7.000 kg de feijão, 1.500 kg de fumo, 200 garrafas de mel de abelha, bananas, abacaxis, legumes e verduras em grande quantidade. Desde a sua fundação até 1919, o Juqueri sustentava-se com sua própria produção (RUSSIANO, 1949).

Os funcionários do Juqueri eram escolhidos seguindo regras estabelecidas por Francisco Franco da Rocha. Depoimentos de antigos funcionários permitem inferir a existência de critérios relacionados à cultura do servidor e o modo deste encarar o doente mental, a sexualidade e os relacionamentos interpessoais (SÁ, 1983).

Em 1908, instituiu Franco da Rocha a assistência familiar a insanos com as famílias de funcionários da área do hospício assumindo a responsabilidade pelos alienados incuráveis, mediante o pagamento de trinta mil réis por doente.

Esses doentes mentais recebiam a denominação de nutrícios e até hoje alguns doentes são cuidados por moradores da comunidade (FRALETTI, 1986, RUSSIANO, 1949, SÁ, 1983).

Como as crianças convivessem com os adultos, criou-se , em 1917, o Pavilhão dos Menores, que foi inaugurado juntamente com o laboratório de anatomia patológica, em 1921 (RUSSIANO, 1949).

Durante 26 anos, o psiquiatra Francisco Franco da Rocha foi diretor do Juqueri. Este médico dedicou toda sua vida à especialidade da psiquiatria. Morava no Juqueri, vindo poucas vezes a São Paulo, e ali criou verdadeira escola. Deixou vários livros e trabalhos e foi o 1º professor de psiquiatria da Universidade de São Paulo. Em 1923, aposentou-se do Juqueri, sendo substituído pelo Dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva. Nessa época, o Juqueri contava com o asilo central e mais cinco colônias (FRALETTI, 1972, SÁ, 1983).

No período de 1923 a 1930, o Juqueri viveu a fase anátomo-patológica, refletindo a especialidade a que se dedicava o novo diretor. Neste período, introduziram-se novos tratamentos psiquiátricos (malário-terapia, insulino-terapia, eletrochoque, etc.) e iniciaram-se as publicações das *"Memórias do Hospital do Juqueri"*, cujo título, mais tarde, foi modificado para *"Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo"* onde se publicam até hoje trabalhos de cunho científico (RUSSIANO, 1949, SÁ, 1983).

Em 1927, por esforços do senador estadual Alcântara Machado, foi criado o Manicômio Judiciário mas só inaugurado em 17 de dezembro de 1933, ficando sob a direção do ilustre psiquiatra André Teixeira Lima. Após esse evento, notaram-se sensíveis progressos em relação a assistência ao alienado, uma vez que se separaram os criminosos dos alienados comuns e ofereceu-se enorme contribuição à Justiça Criminal (FRALETTI, 1986, SÁ, 1983).

Em 1933, foi construído um pavilhão com capacidade para 90 doentes mentais acometidos pela tuberculose. Os doentes com neuro-sífilis também tiveram a criação de um centro específico (FRALETTI, 1986, RUSSIANO, 1949).

Pacheco e Silva foi o responsável pela segunda fase áurea do Juqueri. Deixou marcada sua capacidade administrativa e vocação científica ao realizar obra de grande importância e valor, que completou organizando reuniões clínicas, iniciadas em 1926, para a apresentação e discussão de casos clínicos, bem como iniciando palestras culturais que, de alguma forma, sob outras administrações, continuaram até 1973 (FRALETTI, 1986).

Em 1939, na administração de Ademar de Barros, todos os alienados do Estado de São Paulo, que estavam em cadeias públicas, foram transferidos para o Juqueri, causando um excesso populacional. Por um lado, sanou-se um mal: término da promiscuidade nas prisões e tratamento de doentes com a cura de muitos deles; por outro, criou-se novo problema com o excesso de lotação (FRALETTI, 1986).

Os doentes estrangeiros e de outros estados também vinham aumentando muito. O número de doentes mentais japoneses chegou a ser tão expressivo, que um pavilhão especial, a eles destinado, foi construído no Juqueri (FRALETTI, 1986).

O ex-modelar Juqueri passou a ser comparado ao antigo hospício da Várzea do Carmo: decadência assistencial, sem alimentos, sem higiene, com insuficiência de médicos e de adequada administração de pessoal (SÁ, 1983).

No período de 1955 a 1962, o então Gov. Jânio Quadros limitou-se a comprar o Hospital de Vila Mariana com capacidade para 160 leitos, o que era insignificante em relação ao número total de doentes internados no Juqueri (FRALETTI, 1986).

Na década de 70, com 13 mil doentes o Juqueri foi considerado uma tragédia em todos os sentidos.(SÁ, 1983.) Como característica da desorganização - usuais ao Juqueri e a todos os hospitais psiquiátricos - eram apontados: ausência de planejamento, elevado tempo de permanência de pacientes, predominância de terapêutica, ausência de assistência aos familiares, serviço social deficiente, falta de médicos e outras categorias de servidores, administração centralizada com dificuldade para controle de tantas colônias (SÁ, 1983).

A partir de 1974, houve início da política de desospitalização do doente mental, com a tentativa de reinseri-lo na sociedade. Como reflexo dessa política, o Juqueri passou de 11.000 doentes para 6.900 (SÁ, 1983).

A partir do Governo Montoro, houve uma política de saúde mental evitando a hospitalização e visando ao crescimento dos ambulatorios e hospitais-dia. Com isso o Juqueri foi repensado; continuava a tentativa de reintrodução do doente internado à sua vida social, sendo que muitas famílias foram chamadas para aceitar novamente o "louco" no convívio diário. Desde então, tem-se procurado internar o mínimo possível, existindo, no entanto, transferência de um hospício para outro (SÁ & PIMENTEL, 1991).

Em 1983, houve mudança do Hospital de Clínicas Especializadas, que era exclusivo dos doentes mentais, para o Hospital Regional, que após ampla reforma e injeção de novos recursos, passou a atender a população geral da área (SÁ & PIMENTEL, 1991).

Em 1984, foi iniciada a experiência de programas alternativos que visavam à melhoria das condições de vida do paciente, tais como centro de convivência, lares abrigados, etc. Os programas em questão levavam em consideração a cronicidade, origem sócio cultural, perda de vínculos externos e necessidades atuais dos pacientes internados. (LEITE, 1987, PALLADINI, 1987)

Em 1984, foi desativada a unidade destinada a crianças e neste mesmo ano o Manicômio Judiciário passou a ser vinculado à Secretaria de Estado da Justiça (SÁ, 1991).

Em 1986, o número de 6.900, de 1974, havia sido reduzido para 3.500 internos, com características marcantes de cronicidade (média de 20 anos de internação) (SÁ, 1983).

Em 1988, o Complexo Hospitalar do Juqueri passou a ser subordinado ao SUDS-14, e a sede administrativa desta regional da Secretaria de Saúde passou a funcionar em suas dependências (SÁ, 1991).

Como aspecto positivo desta subordinação, cita-se que o órgão gerenciador se aproximou e se integrou ao Juqueri.

Seguindo a política de desospitalização, em dezembro de 1990, o Complexo Hospitalar do Juqueri tinha 1.979 pacientes internados, com uma média de internação, nos últimos dois anos, de 100 pacientes/ano (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DE S. PAULO, 1982, 1985, 1986, 1987).

Em 1991, foi oficializado o convênio da Faculdade de Medicina de Jundiaí com o Complexo Hospitalar do Juqueri, que, desde 1977, já ocorria na prática através de intercâmbio entre essas duas instituições. Atualmente, o Hospital Geral é um hospital-escola, atendendo tanto a população geral como os doentes mentais internados.

A política atual do Juqueri vem sendo a de integração com a comunidade, solidificação do convênio SUDS/Faculdade de Medicina de Jundiaí e desmistificação da imagem tradicional de hospício-asilar.

objetivos

2. OBJETIVOS

1. Apresentar o histórico do Juqueri, sua representação na psiquiatria paulista, mudanças ocorridas e seu papel na atualidade como instituição destinada ao asilamento de doentes mentais.
2. Caracterizar a população interna no Complexo Hospitalar do Juqueri com relação às variáveis número, sexo, cor, idade, tempo de internação, diagnóstico psiquiátrico e local de internação.
3. Descrever as alterações dermatológicas observadas nessa população de modo completo e detalhado.
4. Mediante a prevalência encontrada discutir aspectos relevantes da associação com a doença mental ou com as condições de internamento e cronicidade.
5. Contribuir para o estudo da prevalência das alterações dermatológicas nos indivíduos com doença mental, uma vez que em nosso meio há poucos trabalhos a respeito.
6. Colaborar na discussão sobre a inter-relação das alterações psiquiátricas e dermatológicas.

metodologia

3. METODOLOGIA

3.1 Características gerais do local do estudo

3.2 Características gerais da população do estudo

3.3 Coleta dos dados

3.3₁ Ficha clínica

3.3₂ Exame dermatológico

3.4 Armazenamento dos dados

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO LOCAL DO ESTUDO (JUQUERI)

O Complexo Hospitalar do Juqueri está localizado nos municípios de Franco da Rocha e Caieiras, ocupando área de 2.977 hectares, sendo a altitude local de 750m, a umidade relativa do ar 80% e a temperatura média de 24 graus centígrados (CUNHA et al., 1988).

A área construída de 11.288 m² do complexo hospitalar é atualmente ocupada por três setores distintos, embora interligados:

- a - Setor administrativo
- b - Setor dos serviços de saúde da comunidade
- c - Setor destinado aos doentes mentais

a. SETOR ADMINISTRATIVO

É constituído pela sede do SUDS-14, que ocupa o prédio central, antigo asilo-hospital dos alienados, e alguns outros prédios espalhados pelo complexo, onde funcionam a secretaria da Faculdade de Medicina de Jundiaí e outras secretarias do próprio SUDS.

Funcionam neste setor, ainda, uma creche, uma instituição bancária e vários refeitórios para os funcionários. Há também moradia para os trabalhadores do SUDS-14 e um alojamento para médicos residentes e estagiários.

O Manicômio Judiciário, embora se localize na área física do Juqueri, foi desligado da Secretaria de Estado da Saúde e está atualmente subordinado à Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça.

b. SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Hospital geral, onde funcionam as grandes clínicas: ginecologia, pediatria, clínica cirúrgica, clínica médica, e também, radiologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, dermatologia. Esta construção sofreu uma ampla reforma, há 10 anos. Atende toda a comunidade regional e também os doentes mentais. É atualmente o hospital-escola da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ).

2. Pronto-socorro geral - construção nova, anexa ao hospital geral.

3. Laboratório de análises clínicas. Ocupando prédio antigo, funciona como laboratório geral, tendo como referencial o Instituto Adolfo Lutz de São Paulo.

4. Laboratório de anatomia patológica. Fixado em prédio antigo onde funcionava o "Instituto do Cérebro", atende a demanda de toda a região e da FMJ.

5. Ambulatório de especialidades. Existindo o de cardiologia, endocrinologia, nefrologia, hematologia, reumatologia, psicologia e nutrição. Funciona há menos de 1 ano em prédio reformado, atendendo a população geral e doentes mentais.

6. Centro de fisioterapia. Faz trabalho com doentes mentais e hansenianos.

7. Instituto médico legal. Inaugurado há 2 anos, em prédio reformado, ainda não está com seu funcionamento otimizado.

8. Ambulatório de psiquiatria. Funciona para atendimento ambulatorial dos doentes mentais, anexo ao pavilhão-escola, que funciona como hospital- dia para doentes agudos.

Todos esses serviços fazem atendimento a comunidade de toda a região (Caieiras, Perus, Franco da Rocha, Francisco Morato, Mairiporã), além de prestarem serviço ao doente mental internado.

c. SETOR DESTINADO AOS DOENTES MENTAIS

O terceiro setor é o departamento de psiquiatria II (DP-II), que é subordinado ao SUDS-14, mas congrega os edifícios e serviços destinados exclusivamente ao doente mental:

- 1. sede administrativa do DP-II(junto à sede do SUDS)**
- 2. Hospital Central Raul Malta (HCRM)**
- 3. Hospital Colônias de Reabilitação (HCR)**

O Hospital Central Dr. Raul Malta (HCRM) é um asilo de doentes mentais, que são cuidados por alguns funcionários. A administração deste hospital é separada da administração do HCR, embora ambos sejam subordinados ao DP II.

Este hospital era o antigo asilo central, onde ficavam os doentes com possibilidade de cura. Hoje, assim como o HCR, ele abriga doentes crônicos e teoricamente incuráveis.

O HCRM tem uma parte central que, foi ocupada pela sede administrativa do SUDS-14, biblioteca, salão para conferências e várias salas administrativas. Em cada lado há continuidade dessa construção, ocupada pelos doentes mentais, sendo um lado masculino e um feminino, separado em alguns blocos (fotos 1 e 2 p.32).

Num lado estão: 1ª clínica feminina, com 95 doentes; 2ª clínica feminina, com 86 doentes. No outro lado estão: 1ª clínica masculina, com 72 doentes; 2ª clínica masculina, com 72 doentes; 3ª clínica masculina, com 73 doentes, e a 4ª clínica masculina, com 91 doentes.

Cada clínica tem 1 dormitório, 1 banheiro além de consultório médico, refeitório, salão para convivência e salas administrativas. Os quartos têm cerca de 300 m², piso de cimento, camas de ferro acomodadas uma ao lado da outra. As janelas são do tipo veneziana com vidraças. O refeitório é amplo com mesas, bancos e chão de cimento. O consultório médico tem cerca 15m² e está acoplado à sala de enfermagem. Todas as clínicas têm um pátio interno, com piso de cimento, com pouca ou nenhuma vegetação, e as saídas são trancadas a chave.

Não há diferenças estruturais importantes entre as clínicas masculinas e femininas. A área em torno do Hospital

Central Dr. Raul Malta é toda ajardinada, e o interior dos edifícios é descuidado, escuro e envelhecido.

O Hospital Colônias de Reabilitação (HCR) consta de várias construções, que abrigam doentes mentais, e que anteriormente eram asilos-colônias. Divide-se em : primeira colônia feminina, com 301 doentes, segunda colônia feminina, com 157 doentes; terceira colônia feminina, com 223 doentes; primeira colônia masculina, com 187 doentes; quarta colônia masculina, com 417 doentes; e pavilhão dos acamados, com 73 doentes.

As colônias estão espalhadas por toda a extensão do complexo hospitalar do Juqueri, estando bastante distantes uma das outras.

Todas as colônias foram construídas na administração de Franco da Rocha e são prédios de alvenaria com cerca de 1.000 m² de área; são compostas de vários pavilhões interligados, entre si, por corredores, que desembocam num pátio interno comum a todos (fotos 3 e 4 p.33).

Cada pavilhão abriga cerca de 80 doentes e é constituído de quarto, banheiro, salão para refeições, consultório médico e sala de enfermagem. O quarto, com cerca de 350 m², tem piso de cimento, teto sem forro e janelas do tipo veneziana, com vidros internos; as camas são de madeira ou ferro, colocadas uma ao lado da outra, e as colchas e lençóis são de algodão. O banheiro, com cerca de 60 m², é comunitário, um para cada pavilhão, tem piso de cimento, 6 duchas e igual número de vasos sanitários de louça.

O consultório médico tem cerca de 15 m² com material para o exame do doente. O salão comunitário é usado para refeições, festas e reuniões. (foto 5 p.34)

Há também, nas colônias, centro de laborterapia para trabalhos manuais e uma cozinha e um refeitório com mesas e bancos de cimento ou madeira. (foto 6 p.34)

O pátio interno, regra geral, é de cimento com alguma vegetação e algumas árvores; encontramos ainda nestas áreas galpões e bancos de cimento. (fotos 7 e 8 p.35)

A aparência das colônias varia muito pouco de uma para outra e em geral suas dependências são escuras, úmidas, a pintura é antiga e com odores de envelhecimento. Elas são sempre fechadas a chave e na parte externa ficam salas administrativas, das chefias e da enfermagem. Há salas de isolamento, onde eram feitos tratamentos específicos, como o da insulino-terapia, mas que hoje se encontram abandonadas.

A estrutura funcional de todas as colônias é a mesma e elas estão submetidas a uma diretoria, que é exercida por um médico.

O pavilhão dos acamados é constituído por dois grandes salões, um para os homens e outro para as mulheres. Como os doentes são completamente dependentes, não há refeitório sendo que a alimentação vem de outra colônia.



Foto 1. Prédio central do Hospital Central Dr. Raul Malta.



Foto 2. Ala feminina do Hospital Central Dr. Raul Malta.



Foto 3. Prédio da 1ª colônia feminina.



Foto 4. Vista interna da 1ª colônia feminina.



Foto 5. Dormitório da 1ª colônia masculina.



Foto 6. Refeitório da 4ª colônia masculina (Nato).



Foto 7. Pátio interno da 1ª colônia feminina.



Foto 8. Pátio interno da 1ª colônia masculina.

3.2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram estudados 1847 doentes que se encontravam internados no Complexo Hospitalar do Juqueri. Esse grupo abrangia todos os doentes mentais, com exceção daqueles que estavam de licença.

Os doentes internados estão distribuídos em ambos os hospitais e têm as mesmas características de doença mental e cronicidade.

Os internos no Hospital Colônias de Reabilitação estão separados segundo o grau de autonomia. Na segunda colônia feminina e na primeira colônia masculina, muitos deles executam trabalhos externos, durante o dia, retornando somente à noite.

Na terceira colônia feminina e na quarta colônia masculina, encontram-se os doentes mais dependentes; e na primeira colônia feminina, estão as doentes mais idosas.

Alguns asilados ajudam nas atividades das colônias, mas a grande maioria deles fica desocupada por falta de condição física ou mental. Eles passam o dia nos pátios e, não raro, o tempo todo ao sol, deitados, sentados e desligados do mundo exterior.

Há três refeições por dia para todos os doentes, com refeições triviais (sistematicamente faltam alguns alimentos).

Em geral os doentes tomam banho diariamente, vestem aventais de algodão grosso e usam sandália de borracha ou alpargatas. No entanto muitos permanecem o tempo todo nus e outros colocam vários aventais ao mesmo tempo e guardam objetos dentro das vestes. Alguns doentes têm roupas e objetos próprios, trazidos pela família.

Os internos, regra geral, tomam alguma medicação e são examinados pelo psiquiatra quase diariamente. A maioria tem os efeitos colaterais pertinentes. As intercorrências clínicas e cirúrgicas são avaliadas no Hospital Geral.

A maioria dos internos tem um contato precário com a realidade e incapacidade de realizar qualquer tipo de trabalho. Hoje não há mais obrigatoriedade de trabalho e não existem mais as colônias agrícolas.

A característica mais comum é o desligamento, embora haja muita agressividade de alguns, resultando disputas entre si, que, por vezes, levam a acidentes sérios. Eles agridem-se com os materiais disponíveis, como cacos de vidro, talheres, etc. As mulheres, em geral, são muito mais agressivas e agitadas que os homens. Não foi possível avaliar o comportamento sexual dos doentes internos. Os funcionários relataram que há prática de homossexualismo masculino e feminino.

3.3 COLETA DE DADOS

Durante os meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 1990, foram examinados, do ponto de vista dermatológico, todos os doentes mentais no Complexo Hospitalar do Juqueri. Eles estavam distribuídos no HCR e HCRM (tabela 11 (a e b) p.41).

3.3, FICHA CLÍNICA

Instituiu-se uma ficha clínica para o doente examinado, constando o nome completo, o sexo, a cor, a idade, o tempo de internação, o diagnóstico psiquiátrico e o exame dermatológico (ficha nº1 modelo p.42).

O nome e o sexo foram anotados do prontuário e confirmados na ocasião do exame. A cor foi definida pelo autor, no momento do exame, sendo consideradas a branca, a negra, a parda e a amarela. A idade e o tempo de internação foram transcritos do prontuário e ratificados no momento do exame. O diagnóstico psiquiátrico foi compilado do prontuário, sendo considerado apenas o último. A medicação psiquiátrica, em uso pelo doente, foi obtida do prontuário e checada com o funcionário acompanhante. Foram consideradas somente as drogas psiquiátricas.

3.3₂ EXAME DERMATOLÓGICO

O exame dermatológico foi precedido, em cada divisão, de contato com os responsáveis, que avisavam e preparavam os doentes.

Os doentes foram examinados individualmente, sempre despídos, com atenção global a todo tegumento, cabelos, unhas e mucosas. O diagnóstico da dermatose foi estabelecido com bases nas suas características clínicas.

Quando as dermatoses não permitiam o diagnóstico clínico, foram utilizados exames micológicos e anátomo-patológicos. Os exames micológicos foram realizados pelo autor assim como as biópsias, que eram enviadas para o serviço de patologia do SUDS-14, onde eram processadas para o exame anátomo-patológico.

Muitos doentes mentais tinham o exame dermatológico estabelecido por exames anteriores ao estudo. Estes foram revistos para a sua confirmação.

Não houve limite para o número de diagnósticos ou alterações encontradas num mesmo doente.

3.4 ARMAZENAMENTO DOS DADOS

Os dados anotados nas fichas clínicas foram transferidos para outras próprias, para avaliação computadorizada (ficha nº 2 modelo p.43).

A ficha computadorizada constava dos seguintes itens:

Sexo: masculino (M) e feminino (F)

Cor: branca (B), preto (Pt), pardo (Pd) e amarelo (Am)

Faixa etária e tempo de internação: intervalos de anos de 0 a 10, 11 a 20, 21 a 30, 31 a 40, 41 a 50, 51 a 60, 61 a 70, 71 a 80, 81 a 90 e 91 a 99.

Diagnóstico psiquiátrico : Código Internacional de Doenças (CID) (tabela 12 p.44).

Medicamentos utilizados: numerados de 1 a 20 em ordem de frequência. O número 21 foi utilizado para os doentes sem medicação (tabela 13 p.45).

Diagnóstico dermatológico: as alterações dermatológicas foram numeradas de 1 a 136. O número 137 foi utilizado para os doentes sem alteração dermatológica (tabela 14 p.46).

Tab - 11

Distribuição dos doentes mentais, segundo o local de internação.

11a**Hospital Central Dr. Raul Malta**

1ª Clínica Feminina	95
2ª Clínica Feminina	86
1ª Clínica Masculina	72
2ª Clínica Masculina	72
3ª Clínica Masculina	73
4ª Clínica Masculina	91
Total	489

11b**Hospital Colônias de Reabilitação**

1ª Colônia Feminina	301
2ª Colônia Feminina	157
3ª Colônia Feminina	223
1ª Colônia Masculina	187
4ª Colônia Masculina	417
Acamados	73
Total	1358

Ficha nº 1

Nome

Sexo

Cor

Idade

Tempo de internacao

Diagnostico psiquiatrico

Diagnostico dermatologico

Ficha nº 2

Nome

Sexo

M ☐

F ☐

Cor

B ☐

Pt ☐

Pd ☐

Am ☐

Idade

>= ☐

<= ☐

Tempo de internacao

>= ☐

<= ☐

Diagnostico psiquiatrico

☐

☐

☐

☐

Diagnostico dermatologico

☐

☐

☐

☐

Tab - 12

Relação das doenças psiquiátricas do código internacional de doenças (CID).

C.I D.	Denominação
290	Quadro psicótico orgânico senil e pré-senil.
291	Psicose alcoólica.
292	Psicose por droga.
293	Quadro psicóticos orgânicos transitórios.
294	Quadro psicótico orgânico crônico.
295	Psicose esquizofrênica.
296	Psicose afetiva.
297	Estado paranóide.
298	Outras psicoses não-orgânicas.
299	Psicoses específicas da infância.
300	Transtornos neuróticos.
301	Transtornos da personalidade.
302	Desvios e transtornos sexuais.
303	Síndrome da dependência do álcool.
304	Dependência de drogas.
305	Abuso de drogas sem dependência.
306	Disfunções fisiológicas c/ fatores mentais.
307	Síndrome e sintomas não classificados.
308	Reação aguda ao estresse.
309	Reação de ajustamento.
310	Transtornos mentais não psicóticos específicos, consecutivos à lesão orgânica cerebral.
311	Transtornos depressivos não-classificados em outra parte.
312	Distúrbios do comportamento não classificados em outra parte.
313	Distúrbios de emoções, especificamente na infância e adolescência.
314	Síndrome hiperkinética da infância.
315	Retardos específicos do desenvolvimento.
316	Fatores psíquicos associados a doenças classificadas em outra parte.
317	Oligofrenias leve.
318	Outras oligofrenias especificada.
319	Oligofrenia não especificada.
345	Epilepsia.
347	Catalepsia e Narcolepsia.

Fonte - Código Internacional de Doenças.

Tab - 13

Codificação numérica dos medicamentos psiquiátricos, utilizados pelos doentes mentais no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

COD.	Droga
01	Carbamazepina
02	Diazepam
03	Fenobarbital
04	Fenitoína
05	Haloperidol
06	Biperideno
07	Clorpromazina
08	Prometazina
09	Levomepromazina
10	Propericiazina
11	Clordiazepóxido+ergot+homotropina
12	Flufirazina
13	Nitrazepan
14	Trihexafenidil
15	Imipramina
16	Cloridrato de Papaverina+Nicotina
17	Lítio
18	Ácido Valproico Dipropilacético
19	Midazelan
20	Alprazolam
21	Sem Medicação

Obs: O código 21 foi escolhido para indicar não haver medicação psiquiátrica em uso.

Tab - 14

Codificação numérica das dermatoses encontradas no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

COD.	Doença
01	DERMATITE SEBORRÉICA
02	PITIRÍASE VERSICOLOR
03	TINHA DO PÉ
04	ONICOMICOSE (PÉS)
05	ONICOMICOSE (MÃOS)
06	FOTOSSENSIBILIDADE
07	QUERATOSE SEBORRÉICA
08	QUERATOSE SOLAR
09	BASO CELULAR (CARCINOMA)
10	ESCABIOSE
11	HANSENÍASE
12	ECZEMA ESTASE
13	DERMATITE ARTEFATA
14	PSORÍASE
15	ECZEMA CONTATO
16	QUEILITE ACTÍNICA
17	QUEILITE TRAUMÁTICA
18	LIPOMA
19	CISTO SEBÁCEO
20	NEVOS
21	LEUCODERMIA PONTADA
22	TINHA INGUINO CRURAL
23	TINHA (OUTRAS LOCALIZAÇÕES)
24	CICATRIZES
25	MELANOSE TÓXICA
26	ONICODISTROFIA
27	ACNE
28	QUEILITE ANGULAR
29	ACROCÓRDON
30	HEMANGIOMA
31	TATUAGEM
32	EXANTEMA
33	MANCHA <i>café-au-lait</i>
34	ERITRODERMIA
35	HIPERQUERATOSE PLANTAR
36	INTERTRIGO CRURAL
37	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO CRURAL
38	INTERTRIGO SUBMAMÁRIO
39	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO SUBMAMÁRIO
40	HERPES SIMPLES
41	HERPES ZOSTER
42	HIPERCROMIA SEM CARACTERIZAÇÃO
43	VERRUGA VULGAR

44	VERRUGA PLANA
45	VITILIGO
46	DERMATOSE PAPULOSA NEGRA
47	ESCROFULODERMA
48	LESÃO FISTULOSA
49	ONICOFAGIA
50	CALOSIDADE (PÉ)
51	ESCARA
52	ÚLCERA ESTASE
53	FURUNCULOSE
54	ESCORIAÇÃO NEURÓTICA
55	LIVIDO
56	ICTIOSE VULGAR
57	HIPERQUERATOSE JUNTAS
58	ABCESSO
59	NEURODERMITE
60	BALANITE
61	XEROSE
62	ECZEMA ATÓPICO
63	CLOASMA
64	ELEFANTÍASE
65	HIRSUTISMO
66	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO PÉ
67	XANTELASMA
68	DERMATOFIBROMA
69	PEDICULOSE
70	ESTUCCOQUERATOSE
71	CORNO CUTÂNEO
72	TRICOTILOMANIA
73	DOENÇA DE BOWEN
74	ESPINO-CELULAR (CARCINOMA)
75	PARONÍQUIA
76	HIPERPLASIA GENGIVAL
77	PRURIGO NODULAR
78	MELANOSE SOLAR
79	MILIÁRIA
80	URTICÁRIA
81	HORDEÓLO
82	ECZEMA PERIANAL
83	VASCULITE
84	ERISPELA
85	HIPERPLASIA SEBÁCEA
86	QUERATOSE PILAR
87	PÚRPURA SENIL
88	ROSÁCEA
89	BOLHA TRAUMÁTICA
90	HEMATOMA
91	LEUCOPLASIA LÁBIO
92	MILIUM
93	MAL PERFURANTE
94	QUELÓIDE
95	GRANULOMA ANULAR
96	ECTRÓPIO

97	LÍQUEN PLANO
98	ESCLEROSE TUBEROSA
99	ALOPECIA ANDROGENÉTICA
100	ALOPECIA DIFUSA
101	PRURIDO (GERAL)
102	POROQUERATOSE MIBELI
103	XERODERMA PIGMENTOSO
104	ERITEMA INDURADO BAZIN
105	ECZEMÁTIDE
106	ERITEMA NODOSO
107	PARAPSORÍASE
108	RINOFIMA
109	FARMACODERMIA
110	IMPETIGO
111	ERITRASMA
112	PITIRÍASE ALBA
113	ALOPECIA AREATA
114	HIPERTRICOSE
115	ALOPECIA CICATRICIAL
116	ACANTOSE NIGRICANTE
117	ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO
118	ANETODERMIA
119	ECZEMA C/ FOTOSSENSIBILIZAÇÃO
120	PELAGRA
121	PÊNFIGO FOLIÁCEO
122	SUINOSE
123	PENFIGÓIDE CICATRICIAL LOCALIZADO
124	FOLICULITE
125	PTIRÍASE RÓSEA DE GILBERT
126	DISIDROSE
127	ESCLERODERMIA
128	NEUROFIBROMATOSE
129	DERMATITE PERIORAL
130	PRURIGO
131	TUMOR A ESCLARECER
132	ESTRÓFULO
133	LÍQUEN ESCLEROSO ATRÓFICO
134	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO (MÃO)
135	FTIRÍASE PUBIANA
136	CÚTIS VÉRTICE GIRATA
137	SEM LESÕES

resultados

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos no estudo foram agrupados e registrados em gráficos e/ou tabelas para melhor avaliação.

As características gerais da população como sexo, cor, idade e tempo de internação encontram-se nos **gráficos 1, 2, 3 e 4 (pp.50-53)**.

Os dois sexos foram equivalentes em número, a cor predominante foi a branca; a faixa etária mais prevalente foi a dos 51 aos 60 anos, com idade média de 54,5 anos. O tempo de internação mais freqüentes estava na faixa dos 11 aos 20 anos, com média de 20 anos.

No **gráfico 5 (p.54)**, a distribuição dos pacientes segundo sexo e faixa etária revela que o sexo feminino predomina, a partir da sétima década. Há igualdade na quinta e sexta décadas, mas os homens predominam nas primeiras décadas.

No **gráfico 6 (p.55)**, a distribuição revela que, a partir dos 10 anos de internação, há em geral predomínio das mulheres internadas.

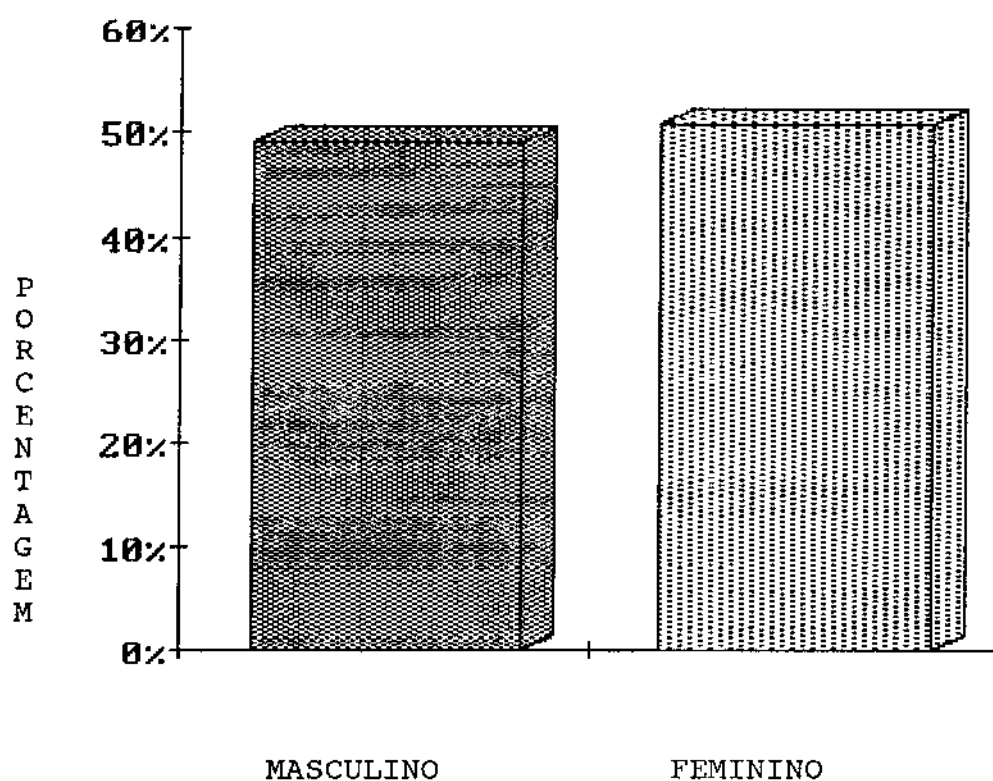


Gráfico 1. Gráfico de barras que representa em abscissas o sexo; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

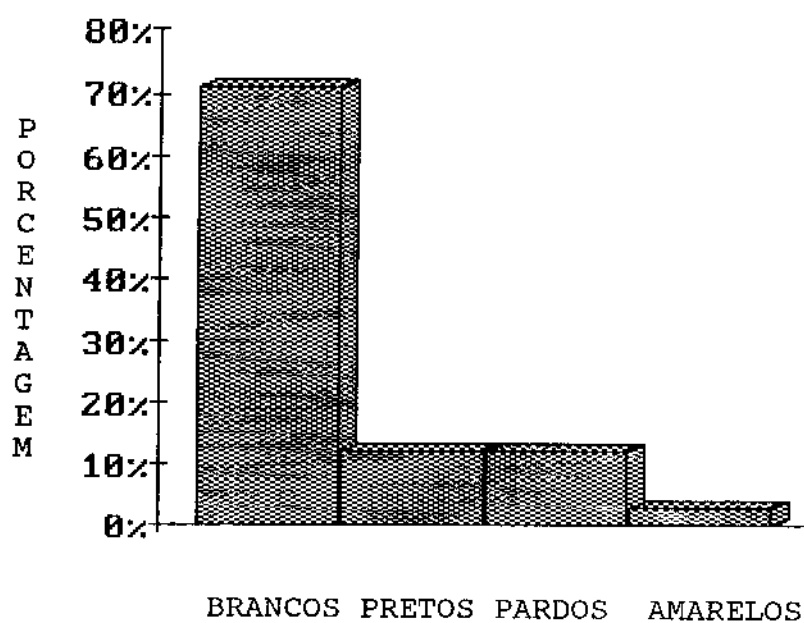


Gráfico 2. Gráfico de barras que representa em abscissas a cor; e em ordenadas a porcentagem de pacientes internados.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

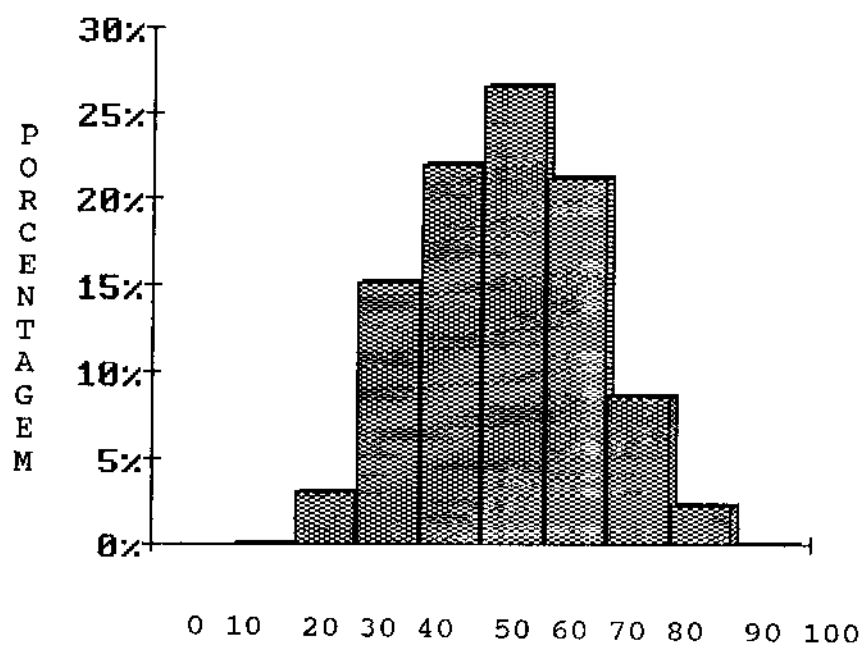


Gráfico 3. Gráfico de barras que representa em abscissas os grupos etários, em intervalo de 10 anos; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

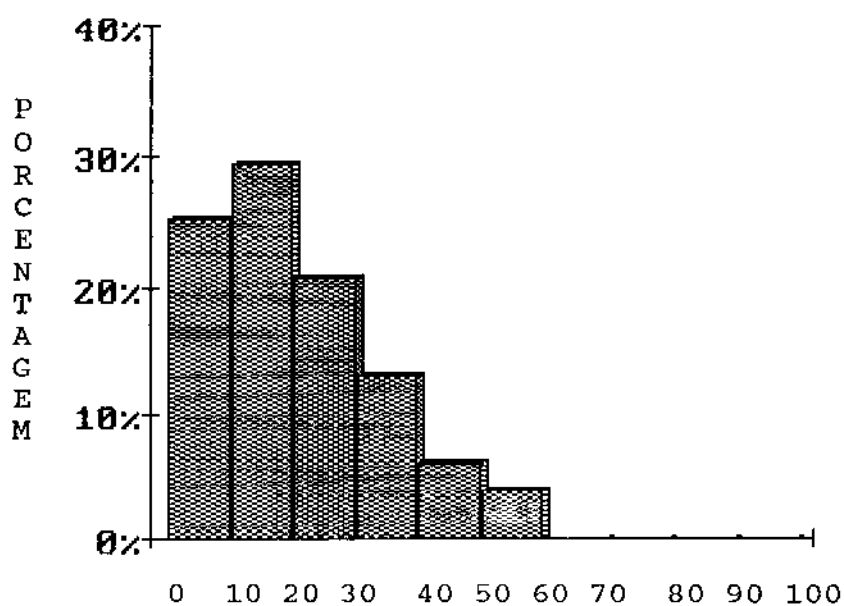


Gráfico 4. Gráfico de barras que representa em abscissas o tempo de internação, em intervalo de 10 anos; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

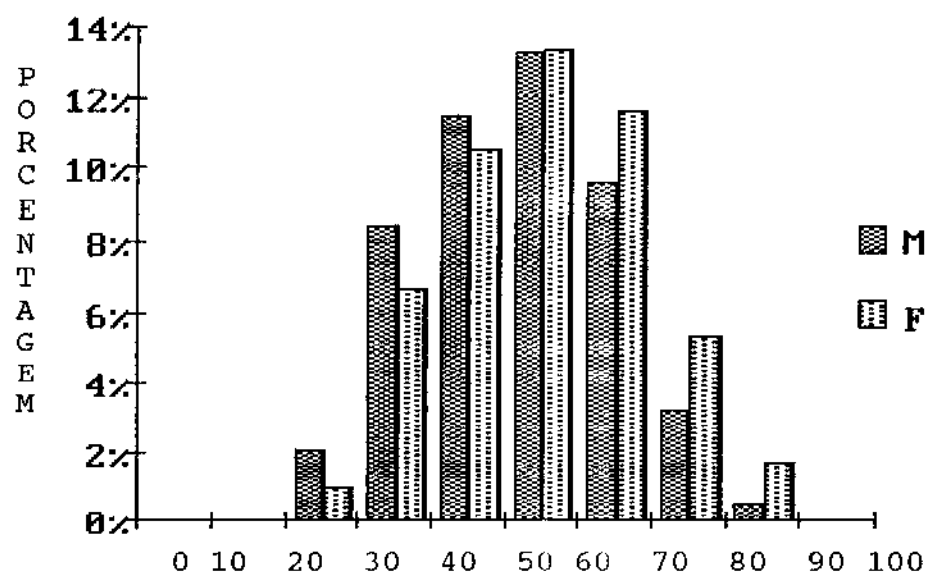


Gráfico 5. Gráfico de barras que representa em abscissas os grupos etários, em intervalos de 10 anos; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados; cada intervalo é estratificado pelo sexo.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

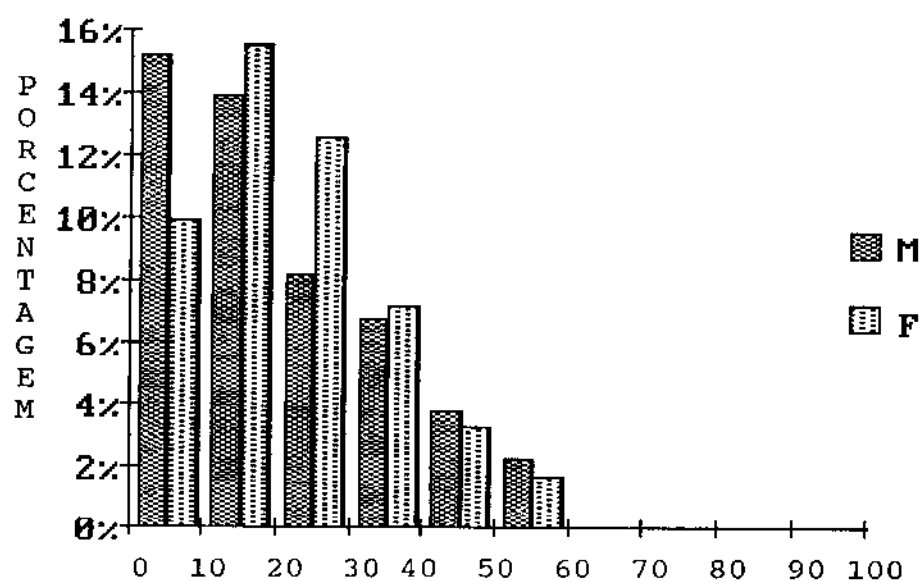


Gráfico 6. Gráfico de barras que representa em abscissas o tempo de internação, em intervalos de 10 anos; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados; cada intervalo é estratificado pelo sexo.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

As características da população relacionadas a doença mental e medicação específica são analisadas nas **tabelas 15, 16, 17 e gráficos 7 e 8. (pp.57-61)**

A **tabela 15 (p. 57)** relaciona o número absoluto e percentual dos doentes internados, segundo todos os diagnósticos psiquiátricos, revelando que 1.233 (66,75%) são psicóticos, 591 (31,99%) são oligofrênicos e 100 (5,41%), epiléticos.

As doenças psiquiátricas mais prevalentes são reveladas no **gráfico 7 (p.58)**, com realce para psicose equizofrênica, com 876 (47,42%), seguida das oligofrenias, 591 (31,99%); das outras psicoses, 307 (16,62%); e das epilepsias, 100 (5,41%).

A esquizofrenia foi separada das demais psicoses, devido a sua prevalência muito superior. Como "outras psicoses", consideramos as quatro mais prevalentes depois da esquizofrenia.

A distribuição do sexo, segundo as principais doenças psiquiátricas tende, à igualdade, conforme mostra a **tabela 16. (p.59)**

A distribuição dos internos, segundo todas as medicações psiquiátricas utilizadas, está na **tabela 17. (p.60)**

As 9 drogas mais frequentes estão no **gráfico 8. (p.61)**. O número 21 é utilizado em ambos (**tabela 17 e gráfico 8 pp.60 e 61**) para representar os pacientes que não usam medicação.

Tab - 15

Distribuição absoluta e percentual dos doentes mentais, segundo doença psiquiátrica, no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

C.I. D.	Denominação	Nº Pacien.	%
290	Quadro psicótico orgânico senil e pré-senil.	34	1.84
291	Psicose alcoólica.	17	0.92
292	Psicose por droga.	1	0.05
293	Quadro psicótico orgânico transitório.	45	2.44
294	Quadro psicótico orgânico crônico.	113	6.12
295	Psicose esquizofrênica.	876	47.43
296	Psicose afetiva.	21	1.14
297	Estado paranóide.	6	0.32
298	Outras psicoses não-orgânicas.	115	6.23
299	Psicoses específicas da infância.	5	0.27
300	Transtornos neuróticos.	2	0.11
301	Transtornos da personalidade.	18	0.97
302	Desvios e transtornos sexuais.	0	0.00
303	Síndrome da dependência do álcool.	3	0.16
304	Dependência de drogas.	1	0.05
305	Abuso de drogas sem dependência.	1	0.05
306	Disfunções fisiológicas c/ fatores mentais.	0	0.00
307	Síndrome e sintomas não classificados.	0	0.00
308	Reação aguda ao estresse.	4	0.22
309	Reação de ajustamento.	5	0.27
310	Transtornos mentais não-psicóticos específicos, consecutivos à lesão orgânica cerebral.	19	1.03
311	Transtornos depressivos não-classificados em outra parte.	2	0.11
312	Distúrbios do comportamento não classificados em outra parte.	17	0.92
313	Distúrbios de emoções especificamente na infância e adolescência.	6	0.32
314	Síndrome hiperkinética da infância.	3	0.16
315	Retardos específicos do desenvolvimento.	2	0.11
316	Fatores psíquicos associados a doenças classificadas em outra parte.	3	0.16
317	Oligofrenias leve.	110	5.96
318	Outras oligofrenias especificada.	452	24.47
319	Oligofrenia não-especificada.	29	1.57
345	Epilepsia.	100	5.41
347	Catalepsia e Narcolepsia.	5	0.27

Fonte - Código Internacional de Doenças.

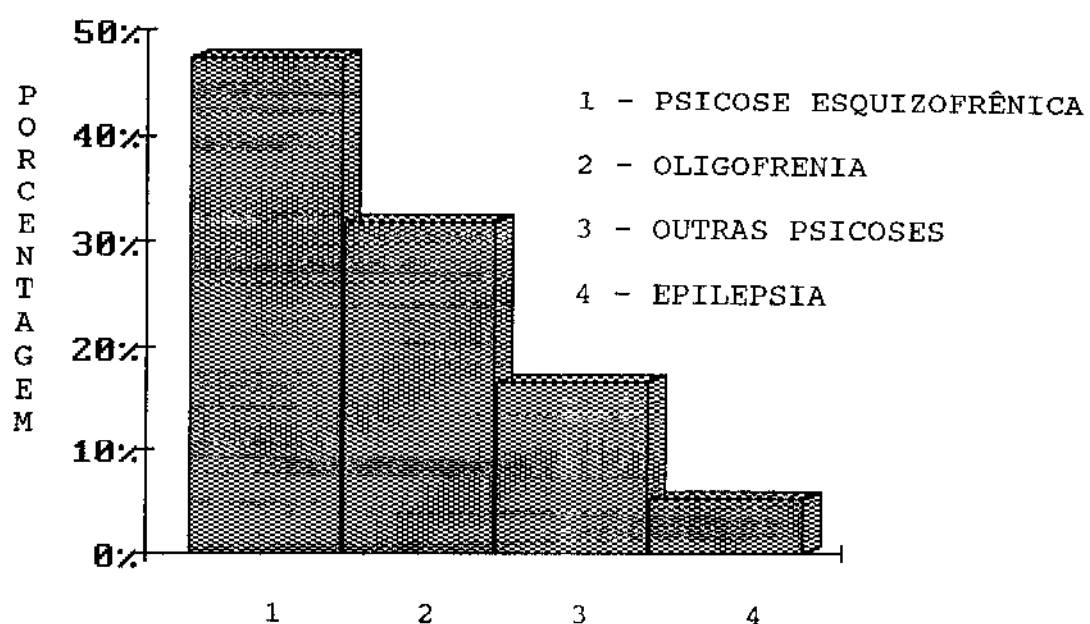


Gráfico 7. Gráfico de barras que representa em abscissas as doenças psiquiátricas mais prevalentes; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

Tab - 16

Distribuição absoluta e percentual dos internos, segundo principais doenças psiquiátricas e sexo, no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

Doença	Número de pacientes				Total
	Homens	%	Mulheres	%	
Psicose Esquizofrênica	440	50.23	436	49.77	876
Oligofrenia	273	46.19	318	53.80	591
Outras Psicoses	133	43.32	174	56.68	307
Epilepsia	48	48.00	52	52.00	100

Tab - 17

Distribuição absoluta e percentual dos doentes mentais, segundo as drogas ingeridas, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Droga	Nº Pacien.	%
01	Carbamazepina	164	8.88
02	Diazepam	313	16.95
03	Fenobarbital	396	21.44
04	Fenitoina	244	13.21
05	Haloperidol	514	27.83
06	Biperideno	175	9.47
07	Clorpromazina	214	11.59
08	Prometazina	528	28.59
09	Levomepromazina	408	22.09
10	Propericiazina	51	2.76
11	Clordiazepóxido+ergot+homotropina	9	0.49
12	Flufirazina	46	2.49
13	Nitrazepan	42	2.27
14	Trihexafenidil	5	0.27
15	Imipramina	14	0.76
16	Cloridrato de Papaverina+Nicotina	7	0.38
17	Lítio	4	0.22
18	Ácido Valpróico Dipropilacético	3	0.16
19	Midazelan	2	0.11
20	Alprazolam	2	0.11
21	Sem Medicação	332	17.98

Obs: O código 21 foi escolhido para indicar não haver medicação psiquiátrica em uso.

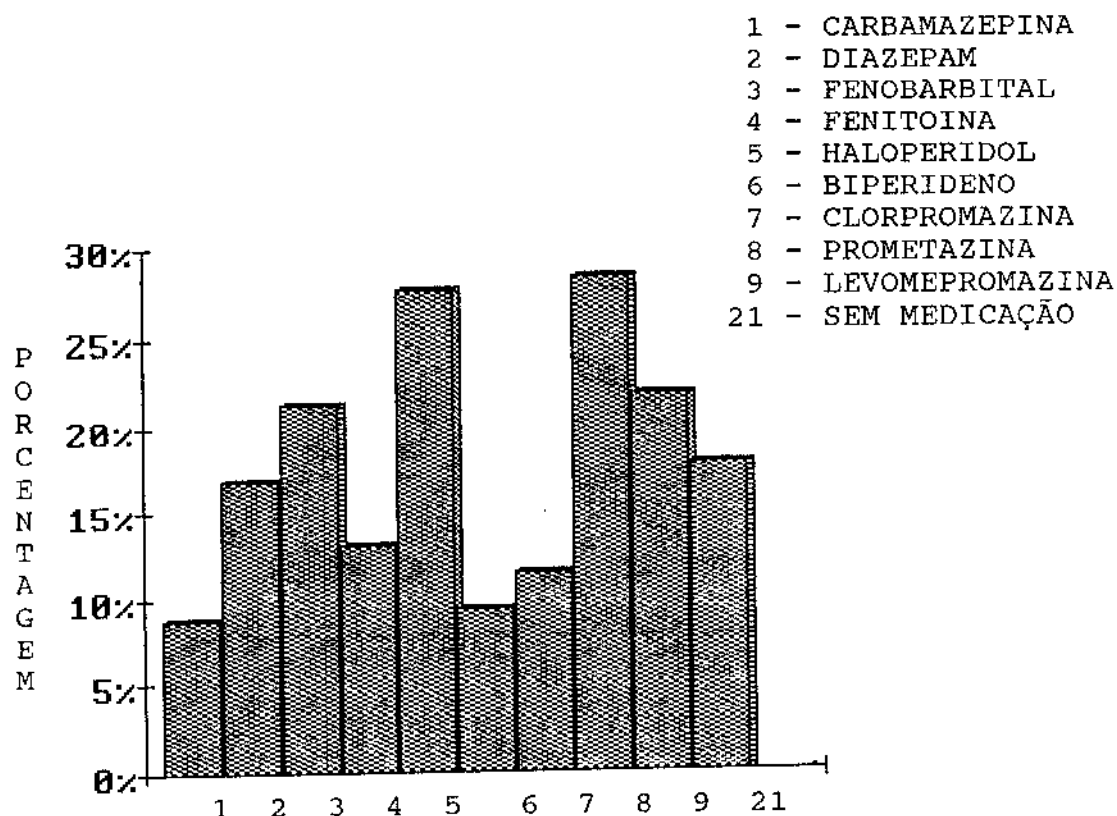


Gráfico 8. Gráfico de barras que representa em abscissas as drogas administradas; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

A distribuição dos doentes, segundo as dermatoses, está nos gráficos 9, 10, 11, tabelas 18, 19 e 20, (pp.63-70) e também nas tabelas 21 a 40 (anexo II).

O gráfico 9 (p.63) revela que o percentual (85,54%) de doentes apresentando alteração dermatológica quase atinge o total da população estudada.

A tabela 18 (p.64) apresenta o número absoluto e percentual de todas as dermatoses encontradas nos doentes mentais, em ordem decrescente de prevalência; assinalaram-se 136 diagnósticos. O número 137 é utilizado para indivíduos sem lesões dermatológicas.

No gráfico 10 (p.67) observa-se a distribuição das 15 dermatoses mais prevalentes no grupo de 1.847 doentes examinados.

A tabela 19 (p.68) revela a distribuição de algumas dermatoses mais frequentes, segundo os locais de internação.

As doenças dermatológicas também foram reunidas, segundo sua etiologia, aspecto clínico ou local de acometimento; e os grupos estão relacionados na tabela 20 (p.69). Os cinco grupos mais prevalentes estão no gráfico 11 (p.70).

As distribuição das dermatoses, em cada grupo específico, encontra-se detalhada nas tabelas de 21 a 40 (anexo II).

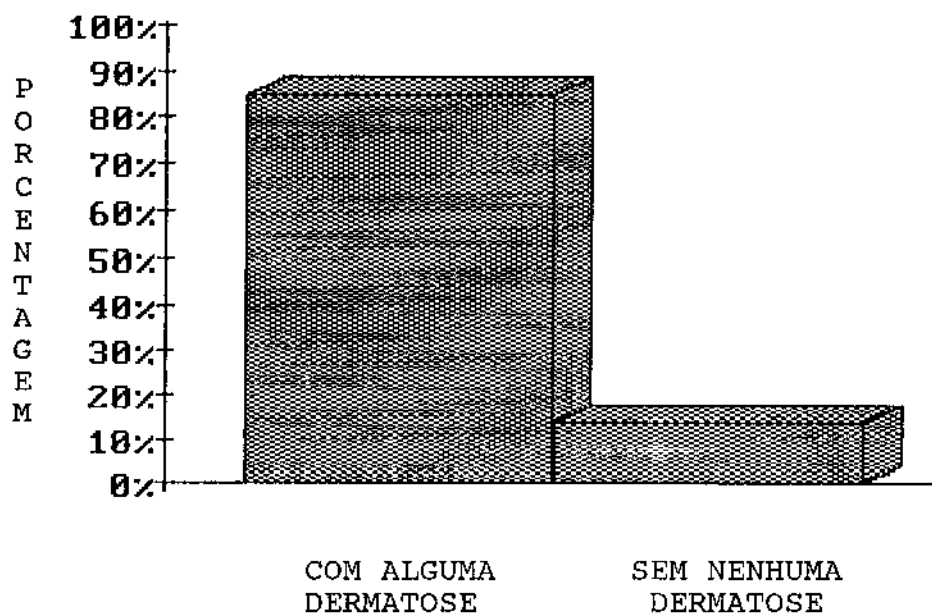


Gráfico 9. Gráfico de barras que representa em abscissas os doentes examinados; e em ordenadas, a porcentagem dos que apresentam ou não alguma dermatose.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

Tab - 18

Prevalência absoluta e percentual, em ordem decrescente, das dermatoses encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

COD.	Doença	Nº PACIENT.	%
01	DERMATITE SEBORRÉICA	234	12.67
20	NEVOS	232	12.56
06	FOTOSSENSIBILIDADE	199	10.77
04	ONICOMICOSE (PÉS)	193	10.45
35	HIPERQUERATOSE PLANTAR	164	8.88
07	QUERATOSE SEBORRÉICA	162	8.77
78	MELANOSE SOLAR	155	8.39
29	ACROCÓRDON	154	8.34
08	QUERATOSE SOLAR	144	7.80
65	HIRSUTISMO	136	7.36
26	ONICODISTROFIA	122	6.61
13	DERMATITE ARTEFATA	91	4.93
27	ACNE	88	4.76
36	INTERTRIGO CRURAL	82	4.44
10	ESCABIOSE	76	4.11
21	LEUCODERMIA PONTOADA	76	4.11
46	DERMATOSE PAPULOSA NEGRA	75	4.06
37	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO CRURAL	58	3.14
99	ALOPECIA ANDROGENÉTICA	56	3.03
24	CICATRIZES	56	3.03
12	ECZEMA ESTASE	54	2.92
02	PTIRÍASE VERSICOLOR	54	2.92
63	CLOASMA	51	2.76
61	XEROSE	49	2.65
124	FOLICULITE	48	2.60
134	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO (MÃO)	44	2.38
15	ECZEMA CONTATO	43	2.33
17	QUEILITE TRAUMÁTICA	42	2.27
49	ONICOFAGIA	40	2.21
69	PEDICULOSE	37	2.00
52	ÚLCERA ESTASE	32	1.73
03	TINHA DO PÉ	32	1.73
50	CALOSIDADE (PÉ)	31	1.68
16	QUEILITE ACTÍNICA	30	1.62
19	CISTO SEBÁCEO	29	1.57
38	INTERTRIGO SUBMAMÁRIO	29	1.57
57	HIPERQUERATOSE JUNTAS	29	1.57
42	HIPERCROMIA SEM CARACTERIZAÇÃO	26	1.41
22	TINHA INGUINO CRURAL	24	1.30
51	ESCARA	24	1.30
90	HEMATOMA	22	1.19
39	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO SUBMAMÁRIO	22	1.19

66	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO DOS PÉS	20	1.08
09	BASO CELULAR (CARCINOMA)	19	1.03
31	TATUAGEM	18	0.97
43	VERRUGA VULGAR	15	0.81
135	FTIRÍASE PUBIANA	15	0.81
54	ESCORIAÇÃO NEURÓTICA	15	0.81
101	PRURIDO (GERAL)	15	0.81
05	ONICOMICOSE (MÃOS)	14	0.76
82	ECZEMA PERIANAL	14	0.76
79	MILIÁRIA	14	0.76
129	DERMATITE PERIORAL	14	0.76
122	SUINOSE	14	0.76
85	HIPERPLASIA SEBÁCEA	14	0.76
45	VITILIGO	14	0.76
80	URTICÁRIA	12	0.65
86	QUERATOSE PILAR	12	0.65
87	PÚRPURA SENIL	12	0.65
76	HIPERPLASIA GENGIVAL	12	0.65
118	ANETODERMIA	12	0.65
56	ICTIOSE VULGAR	11	0.60
136	CÚTIS VÉRTICE GIRATA	11	0.60
14	PSORÍASE	10	0.54
68	DERMATOFIBROMA	10	0.54
114	HIPERTRICOSE	10	0.54
95	GRANULOMA ANULAR	9	0.49
58	ABCESSO	9	0.49
71	CORNO CUTÂNEO	9	0.49
94	QUELÓIDE	8	0.43
132	ESTRÓFULO	8	0.43
23	TINHA (OUTRAS LOCALIZAÇÕES)	8	0.43
112	PITIRÍASE ALBA	8	0.43
111	ERITRASMA	8	0.43
18	LIPOMA	8	0.43
40	HERPES SIMPLES	8	0.43
92	MILIUM	8	0.43
81	HORDÉOLO	7	0.38
84	ERISIPELA	7	0.38
62	ECZEMA ATÓPICO	7	0.38
67	XANTELASMA	7	0.38
105	ECZEMÁTIDE	7	0.38
110	IMPETIGO	7	0.38
55	LIVEDO	7	0.38
33	MANCHA <i>café-au-lait</i>	7	0.38
100	ALOPECIA DIFUSA	7	0.38
11	HANSENÍASE	7	0.38
60	BALANITE	6	0.32
96	ECTRÓPIO	6	0.32
75	PARONÍQUIA	6	0.32
108	RINOFIMA	6	0.32
83	VASCULITE	6	0.32
28	QUEILITE ANGULAR	6	0.32
59	NEURODERMITE	6	0.32

64	ELEFANTÍASE	6	0.32
91	LEUCOPLASIA LÁBIO	5	0.27
109	FARMACODERMIA	5	0.27
30	HEMANGIOMA	5	0.27
25	MELANOSE TÓXICA	5	0.27
44	VERRUGA PLANA	5	0.27
130	PRURIGO "SENSU LATU"	5	0.27
88	ROSÁCEA	4	0.22
48	LESÃO FISTULOSA	4	0.22
47	ESCROFULODERMA	4	0.22
72	TRICOTILOMANIA	4	0.22
106	ERITEMA NODOSO	4	0.22
131	TUMOR A ESCLARECER	4	0.22
128	NEUROFIBROMATOSE	3	0.16
121	PÊNFIGO FOLIÁCEO	3	0.16
98	ESCLEROSE TUBEROSA	2	0.11
32	EXANTEMA	2	0.11
34	ERITRODERMIA	2	0.11
107	PARAPSORÍASE	2	0.11
127	ESCLERODERMIA	2	0.11
97	LÍQUEN PLANO	2	0.11
70	ESTUOCOQUERATOSE	2	0.11
126	DISIDROSE	2	0.11
93	MAL PERFURANTE	2	0.11
115	ALOPECIA CICATRICIAL	2	0.11
77	PRURIGO NODULAR	2	0.11
73	DOENÇA DE BOWEN	2	0.11
74	ESPINO CELULAR (CARCINOMA)	2	0.11
89	BOLHA TRAUMÁTICA	2	0.11
53	FURUNCULOSE	2	0.11
125	PTIRÍASE RÓSEA DE GILBERT	2	0.11
103	XERODERMA PIGMENTOSO	1	0.05
120	PELAGRA	1	0.05
104	ERITEMA INDURADO BAZIN	1	0.05
113	ALOPECIA AREATA	1	0.05
133	LÍQUEN ESCLEROSO ATRÓFICO	1	0.05
117	ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO	1	0.05
116	ACANTOSE NIGRICANTE	1	0.05
123	PENFIGÓIDE CICATRICIAL LOCALIZADO	1	0.05
102	POROQUERATOSE MIBELLI	1	0.05
119	ECZEMA C/ FOTOSSENSIBILIZAÇÃO	1	0.05
41	HERPES ZOSTER	1	0.05
137	SEM LESÕES	267	14.45

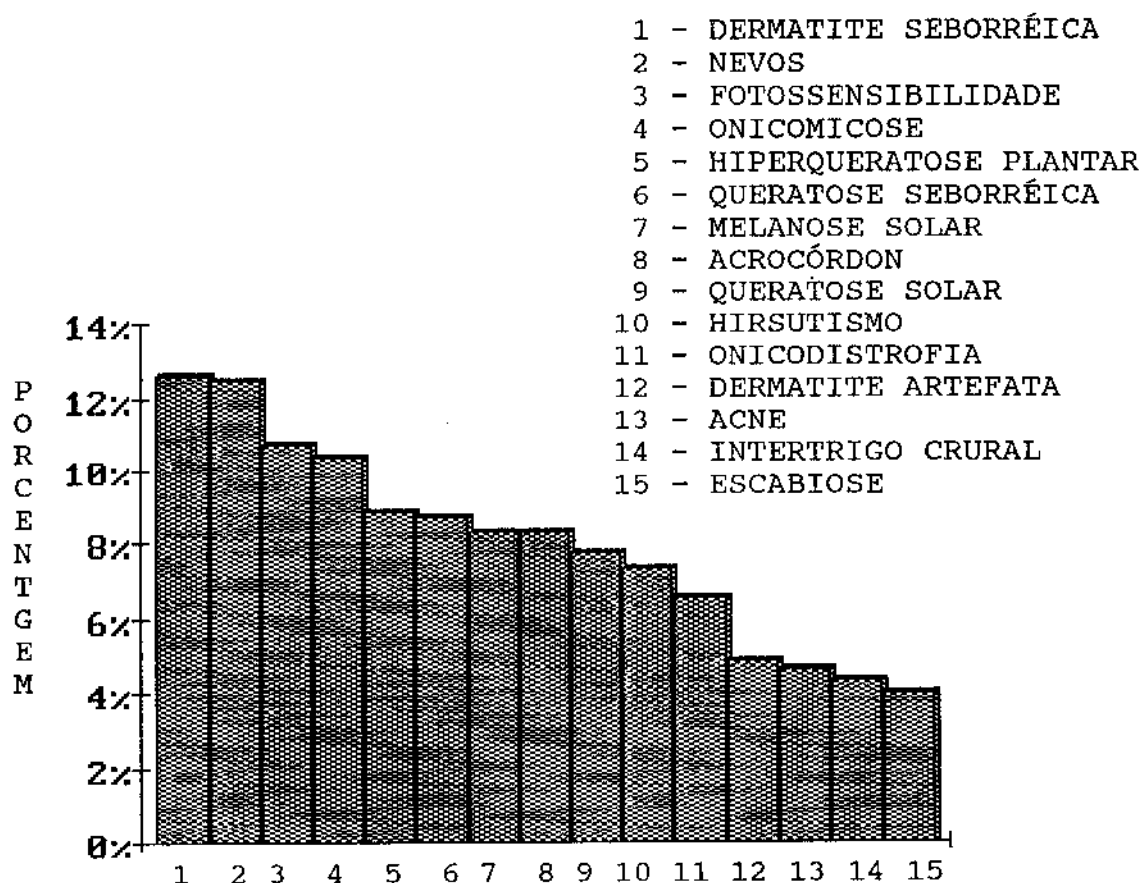


Gráfico 10. Gráfico de barras que representa em abscissas as quinze dermatoses mais frequentes; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

Tab - 19

Distribuição percentual de algumas dermatoses prevalentes segundo local de internação, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

19a

Hospital Central Dr. Raul Malta

	01	06	04	35	07	08	65	26	36	13	27	10
1ªCli.F.	16.84	6.31	2.10	11.57	5.26	14.73	8.42	9.47	5.26	3.15	00	00
2ªCli.F.	00	4.65	2.32	6.97	2.32	3.48	10.46	2.32	6.97	4.65	10.46	00
1ªCli.M.	6.94	2.77	8.33	1.38	6.94	2.77	00	4.16	1.38	4.16	1.38	5.55
2ªCli.M.	5.55	1.38	2.77	8.33	5.55	6.94	00	1.38	00	1.38	6.95	00
3ªCli.M.	10.95	5.47	9.58	2.73	00	6.84	00	4.10	4.10	4.10	4.10	4.10
4ªCli.M.	13.18	2.19	9.89	5.49	5.49	9.89	00	6.59	2.19	6.59	2.19	2.19

19b

Hospital Colônias de Reabilitação

	01	06	04	35	07	08	65	26	36	13	27	10
1ªCol.F.	9.30	17.27	12.95	3.65	11.62	11.62	17.27	4.31	6.97	6.97	4.99	7.97
2ªCol.F.	8.91	8.91	15.92	14.64	11.96	7.00	17.19	11.47	7.64	2.54	7.00	6.36
3ªCol.F.	12.55	15.69	13.90	13.00	2.24	3.13	10.76	1.79	5.38	8.07	7.62	2.24
1ªCol.M.	27.27	13.90	11.22	10.69	8.02	5.34	00	6.41	3.20	5.88	11.22	3.20
4ªCol.M.	13.66	11.27	8.39	11.99	13.18	9.35	00	7.67	2.39	3.59	3.11	5.03
Acamados	15.06	8.21	19.17	00	17.80	5.47	21.91	2.73	5.47	1.36	00	1.36

Obs. As dermatoses estão com o número correspondente a seu código, conforme tabela 14. (pag.46)

Tab - 20

Prevalência absoluta e percentual dos grupos de dermatoses encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

TAB.	Doença	Nº PACIENT.	%
21	TUMORES	873	46.02
22	MICOSES	481	25.99
23	ECZEMAS	368	19.92
24	DISCROMIAS	334	18.08
25	QUERATOSES E DISQUERATOSES	284	15.38
26	ALERGIAS	230	12.45
27	ACOMETENDO PÊLOS	212	11.48
28	ARTEFATAS	150	8.12
29	ZOOPARAZITÁRIAS	128	6.93
30	TRAUMÁTICAS	122	6.61
31	ACOMETENDO LÁBIO/MUCOSAS	95	5.14
32	BACTERIANAS	92	4.98
33	VASCULARES	62	3.36
34	COM DISCUTIDA RELAÇÃO PSICOSSOMÁTICA	68	3.68
35	VIRAIS	29	1.57
36	PRURIGINOSAS	22	1.19
37	MICOBACTERIANAS	11	0.60
38	GENODERMATOSES	6	0.32
39	DO TECIDO CONJUNTIVO	2	0.11
40	OUTRAS	437	23.66

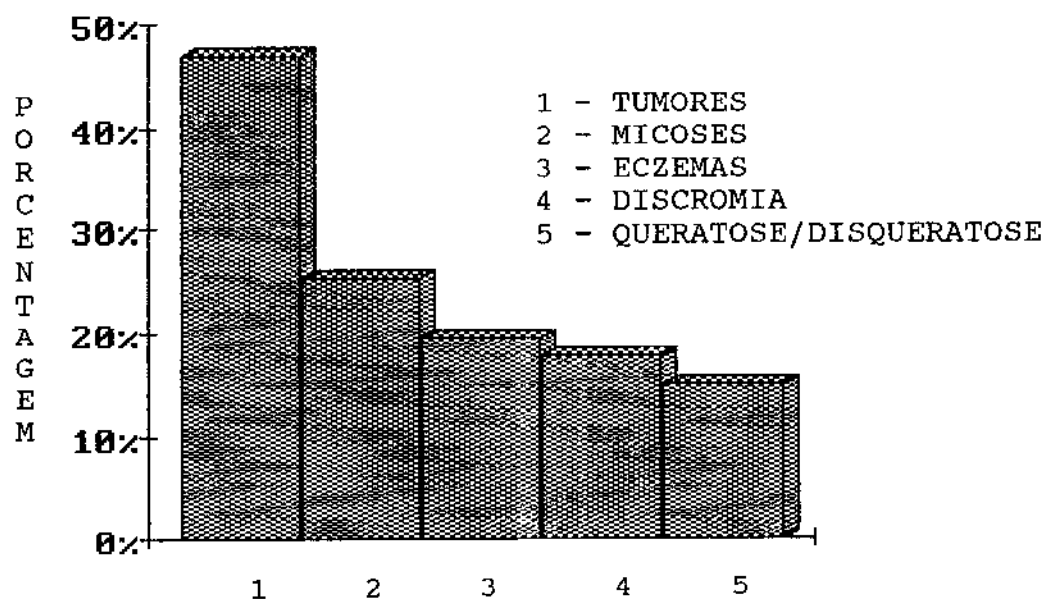


Gráfico 11. Gráfico de barras que representa em abscissas os cinco grupos de dermatoses mais prevalentes; e em ordenadas, a porcentagem de pacientes internados.

Complexo Hospitalar do Juqueri, 1990.

A **tabela 41 (p.72)** demonstra a distribuição das 15 dermatoses mais prevalentes, segundo os principais diagnósticos psiquiátricos.

As **tabelas de 42 a 56 (pp.73-87)** revelam a distribuição de cada uma das quinze dermatoses mais prevalentes nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença psiquiátrica e droga utilizada.

Tab - 41

Distribuição das 15 dermatoses mais freqüentes em número absoluto e percentual, segundo os principais diagnósticos psiquiátricos, no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

Dermatoses	Psicose Esquizofrênica		Oligofrenia		Epilepsia		Outras Psicoses	
Dermatite Seborréica	90	10.27%	100	16.92%	13	13.00%	41	13.35%
Nevos	103	11.75%	65	10.99%	6	6.00%	30	9.77%
Fotossensibilidade	105	11.98%	71	12.01%	7	7.00%	26	8.46%
Onicomiose (pés)	92	10.50%	62	10.49%	11	11.00%	33	10.74%
Hiperqueratose Plantar	81	9.24%	45	7.61%	3	3.00%	25	8.14%
Queratose Seborréica	95	10.84%	36	6.09%	5	5.00%	23	7.49%
Melanose Solar	54	6.16%	32	5.41%	3	3.00%	17	5.53%
Acrocórdon	81	9.24	5	0.84	4	4.00%	17	5.53%
Queratose Solar	79	9.01%	36	6.09%	2	2.00%	25	8.14%
Hirsutismo	65	7.42%	48	8.12%	9	9.00%	27	8.79%
Onicodistrofia	53	6.05%	34	5.75%	3	3.00%	32	10.42%
Dermatite Artefata	31	3.50%	44	7.44%	10	10.00%	19	6.18%
Acne	24	2.70%	45	8.70%	9	9.00%	17	5.53%
Intertrigo Crural	47	5.36%	29	4.90%	6	6.00%	19	6.18%
Escabiose	65	7.42%	48	8.12%	9	9.00%	10	3.25%

Tab - 42

Distribuição dos doentes com **Dermatite Seborréica** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri (de Set. a Dez. de 1990).

Sexo	Masculino	14.68%
	Feminino	10.58%
Cor	Branco	15.59%
	Preto	5.12%
	Pardo	10.04%
	Amarelo	11.11%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	5.08%
	31 - 40	12.05%
	41 - 50	16.38%
	51 - 60	12.52%
	61 - 70	12.94%
	71 - 80	7.45%
	81 - 99	11.62%
Tempo de internação	0 - 10	10.66%
	11 - 20	13.13%
	21 - 30	13.14%
	31 - 40	16.66%
	41 - 50	16.10%
	51 - 60	12.98%
	61 - 70	100.00%
Doença mental	Esquizofrenia	10.27%
	Oligofrenia	16.92%
	Epilepsia	13.00%
	Outras Psicoses	13.35%
Drogas	01	10.36%
	02	9.90%
	03	12.65%
	04	12.29%
	05	14.20%
	06	10.28%
	07	13.14%
	08	12.14%
	09	13.72%
	21	11.14%

Tab - 43

Distribuição dos doentes com **Nevos** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

Sexo	Masculino	7.60%
	Feminino	17.30%
Cor	Branco	15.80%
	Preto	3.40%
	Pardo	8.70%
	Amarelo	14.20%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	50.00%
	21 - 30	11.80%
	31 - 40	8.80%
	41 - 50	10.70%
	51 - 60	13.90%
	61 - 70	12.90%
	71 - 80	16.10%
	81 - 99	21.90%
Tempo de internação	0 - 10	8.31%
	11 - 20	13.32%
	21 - 30	14.17%
	31 - 40	14.63%
	41 - 50	16.10%
	51 - 60	12.98%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	11.75%
	Oligofrenia	10.99%
	Epilepsia	6.00%
	Outras Psicoses	9.77%
Drogas	01	11.58%
	02	13.14%
	03	12.15%
	04	13.58%
	05	12.06%
	06	12.57%
	07	8.45%
	08	9.86%
	09	13.97%
	21	13.85%

Tab - 44

Distribuição dos doentes com **Fotosensibilidade** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri (Set. a Dez. de 1990).

Sexo	Masculino	9.15%
	Feminino	12.34%
Cor	Branco	15.27%
	Preto	1.20%
	Pardo	2.06%
	Amarelo	3.17%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	1.69%
	31 - 40	7.44%
	41 - 50	12.95%
	51 - 60	11.91%
	61 - 70	9.89%
	71 - 80	13.66%
	81 - 99	9.30%
Tempo de internação	0 - 10	7.67%
	11 - 20	10.03%
	21 - 30	16.75%
	31 - 40	10.97%
	41 - 50	11.01%
	51 - 60	3.89%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	11.98%
	Oligofrenia	12.01%
	Epilepsia	7.00%
	Outras Psicoses	8.46%
Drogas	01	4.87%
	02	7.05%
	03	8.86%
	04	7.81%
	05	9.72%
	06	12.00%
	07	14.08%
	08	11.57%
	09	12.50%
	21	8.40%

Tab - 45

Distribuição dos doentes com **Onicomiose (Pés)** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	8.48%
	Feminino	12.34%
Cor	Branco	12.34%
	Preto	7.40%
	Pardo	6.11%
	Amarelo	14.20%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	5.08%
	31 - 40	4.25%
	41 - 50	6.60%
	51 - 60	14.14%
	61 - 70	12.94%
Tempo de internação	0 - 10	7.88%
	11 - 20	9.67%
	21 - 30	10.82%
	31 - 40	14.63%
	41 - 50	15.25%
	51 - 60	9.09%
	61 - 70	0.00%
	71 - 80	0.00%
	81 - 99	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	10.50%
	Oligofrenia	10.49%
	Epilepsia	11.00%
	Outras Psicoses	10.74%
Drogas	01	7.92%
	02	8.94%
	03	10.35%
	04	13.11%
	05	9.53%
	06	9.14%
	07	7.04%
	08	8.15%
	09	8.08%
	21	14.15%

Tab - 46

Distribuição dos doentes com **Hiperqueratose Plantar** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	9.15%
	Feminino	8.61%
Cor	Branco	8.44%
	Preto	13.24%
	Pardo	11.70%
	Amarelo	7.90%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	10.10%
	31 - 40	7.80%
	41 - 50	10.02%
	51 - 60	10.70%
	61 - 70	7.86%
	71 - 80	4.34%
	81 - 99	9.30%
Tempo de internação	0 - 10	10.02%
	11 - 20	8.02%
	21 - 30	9.79%
	31 - 40	8.53%
	41 - 50	9.32%
	51 - 60	9.09%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	9.24%
	Oligofrenia	7.61%
	Epilepsia	3.00%
	Outras Psicoses	8.14%
Drogas	01	7.92%
	02	6.73%
	03	6.32%
	04	2.46%
	05	11.67%
	06	9.71%
	07	11.73%
	08	10.47%
	09	11.51%
	21	4.81%

Tab - 47

Distribuição dos doentes com **Queratose Seborréica** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	9.81%
	Feminino	8.19%
Cor	Branco	10.31%
	Preto	0.00%
	Pardo	4.80%
	Amarelo	30.00%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	3.38%
	31 - 40	2.48%
	41 - 50	4.40%
	51 - 60	9.49%
	61 - 70	13.95%
	71 - 80	15.52%
	81 - 99	23.25%
Tempo de internação	0 - 10	5.75%
	11 - 20	8.94%
	21 - 30	10.30%
	31 - 40	9.75%
	41 - 50	16.10%
	51 - 60	3.89%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	10.84%
	Oligofrenia	6.09%
	Epilepsia	5.00%
	Outras Psicoses	7.49%
Drogas	01	3.65%
	02	7.34%
	03	9.09%
	04	10.21%
	05	8.75%
	06	8.57%
	07	8.92%
	08	9.48%
	09	7.10%
	21	10.24%

Tab - 48

Distribuição dos doentes com **Melanose Solar** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	8.05%
	Feminino	7.95%
Cor	Branco	10.64%
	Preto	0.00%
	Pardo	5.67%
	Amarelo	17.46%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	0.00%
	31 - 40	1.29%
	41 - 50	7.09%
	51 - 60	15.48%
	61 - 70	19.35%
	71 - 80	15.48%
	81 - 99	4.51%
Tempo de internação	0 - 10	5.33%
	11 - 20	9.30%
	21 - 30	5.67%
	31 - 40	13.82%
	41 - 50	16.19%
	51 - 60	5.19%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	6.16%
	Oligofrenia	5.41%
	Epilepsia	3.00%
	Outras Psicoses	5.53%
Drogas	01	3.05%
	02	4.20%
	03	5.13%
	04	3.85%
	05	6.00%
	06	5.70%
	07	4.80%
	08	6.01%
	09	5.31%
	21	2.85%

Tab - 49

Distribuição dos doentes com **Acrocórdon** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	4.00%
	Feminino	12.30%
Cor	Branco	9.10%
	Preto	6.80%
	Pardo	3.70%
	Amarelo	7.90%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	1.69%
	31 - 40	6.00%
	41 - 50	8.00%
	51 - 60	10.30%
	61 - 70	7.30%
	71 - 80	11.10%
	81 - 99	12.10%
Tempo de internação	0 - 10	4.05%
	11 - 20	11.13%
	21 - 30	9.53%
	31 - 40	8.43%
	41 - 50	13.55%
	51 - 60	0.00%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	9.24%
	Oligofrenia	0.84%
	Epilepsia	4.00%
	Outras Psicoses	5.53%
Drogas	01	6.09%
	02	8.97%
	03	6.07%
	04	5.76%
	05	9.72%
	06	8.57%
	07	7.51%
	08	9.29%
	09	6.86%
	21	7.53%

Tab - 50

Distribuição dos doentes com **Queratose Solar** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	7.38%
	Feminino	8.19%
Cor	Branco	10.31%
	Preto	0.00%
	Pardo	4.80%
	Amarelo	9.52%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	0.00%
	31 - 40	0.70%
	41 - 50	3.17%
	51 - 60	6.86%
	61 - 70	12.69%
	71 - 80	24.22%
	81 - 99	14.63%
Tempo de internação	0 - 10	5.75%
	11 - 20	6.20%
	21 - 30	9.53%
	31 - 40	11.38%
	41 - 50	14.40%
	51 - 60	3.89%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	9.01%
	Oligofrenia	6.09%
	Epilepsia	2.00%
	Outras Psicoses	8.14%
Drogas	01	0.60%
	02	7.05%
	03	5.56%
	04	5.76%
	05	6.42%
	06	9.14%
	07	8.92%
	08	6.26%
	09	6.86%
	21	10.54%

Tab - 51

Distribuição dos doentes com **Hirsutismo** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	0.00%
	Feminino	14.14%
Cor	Branco	7.79%
	Preto	7.69%
	Pardo	9.17%
	Amarelo	1.58%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	1.69%
	31 - 40	4.25%
	41 - 50	7.57%
	51 - 60	8.48%
	61 - 70	7.61%
	71 - 80	9.31%
	81 - 99	12.19%
Tempo de internação	0 - 10	3.83%
	11 - 20	8.21%
	21 - 30	9.79%
	31 - 40	8.53%
	41 - 50	8.47%
	51 - 60	5.19%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	7.42%
	Oligofrenia	8.12%
	Epilepsia	9.00%
	Outras Psicoses	8.79%
Drogas	01	6.01%
	02	7.05%
	03	8.86%
	04	11.93%
	05	6.86%
	06	6.85%
	07	6.57%
	08	5.88%
	09	7.42%
	21	7.53%

Tab - 52

Distribuição dos doentes com **Onicodistrofia** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	6.90%
	Feminino	6.20%
Cor	Branco	7.10%
	Preto	7.60%
	Pardo	5.60%
	Amarelo	4.70%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	1.60%
	31 - 40	3.19%
	41 - 50	5.60%
	51 - 60	10.30%
	61 - 70	5.80%
	71 - 80	8.00%
	81 - 99	4.80%
Tempo de internação	0 - 10	5.97%
	11 - 20	6.02%
	21 - 30	7.47%
	31 - 40	5.28%
	41 - 50	11.86%
	51 - 60	6.49%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	6.05%
	Oligofrenia	5.75%
	Epilepsia	3.00%
	Outras Psicoses	10.42%
Drogas	01	7.30%
	02	7.00%
	03	6.90%
	04	4.50%
	05	6.40%
	06	9.10%
	07	6.10%
	08	5.30%
	09	6.80%
	21	8.70%

Tab - 53

Distribuição dos doentes com **Dermatite Artefata** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	4.18%
	Feminino	5.63%
Cor	Branco	5.52%
	Preto	3.84%
	Pardo	3.90%
	Amarelo	7.09%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	10.16%
	31 - 40	5.31%
	41 - 50	5.37%
	51 - 60	3.43%
	61 - 70	5.83%
	71 - 80	4.34%
	81 - 99	2.43%
Tempo de internação	0 - 10	5.11%
	11 - 20	4.92%
	21 - 30	3.86%
	31 - 40	5.28%
	41 - 50	5.08%
	51 - 60	6.49%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	3.50%
	Oligofrenia	7.44%
	Epilepsia	10.00%
	Outras Psicoses	6.18%
Drogas	01	7.92%
	02	4.80%
	03	6.83%
	04	11.11%
	05	4.47%
	06	4.00%
	07	3.75%
	08	5.50%
	09	5.63%
	21	3.61%

Tab - 54

Distribuição dos doentes com **Acne** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	4.96%
	Feminino	4.50%
Cor	Branco	5.28%
	Preto	2.99%
	Pardo	6.98%
	Amarelo	0.00%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	23.72%
	31 - 40	13.82%
	41 - 50	4.15%
	51 - 60	2.60%
	61 - 70	1.01%
	71 - 80	0.62%
	81 - 99	0.00%
Tempo de internação	0 - 10	7.24%
	11 - 20	5.47%
	21 - 30	3.60%
	31 - 40	0.81%
	41 - 50	2.54%
	51 - 60	2.59%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	2.70%
	Oligofrenia	8.70%
	Epilepsia	9.00%
	Outras Psicoses	5.53%
Drogas	01	12.80%
	02	6.38%
	03	7.32%
	04	6.96%
	05	6.03%
	06	4.00%
	07	5.63%
	08	5.88%
	09	5.63%
	21	1.50%

Tab - 55

Distribuição dos doentes com **Intertrigo Crural** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	2.97%
	Feminino	7.44%
Cor	Branco	5.11%
	Preto	5.55%
	Pardo	8.73%
	Amarelo	1.58%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	5.08%
	31 - 40	3.90%
	41 - 50	3.42%
	51 - 60	6.46%
	61 - 70	5.83%
	71 - 80	4.96%
	81 - 99	11.60%
Tempo de internação	0 - 10	3.62%
	11 - 20	6.20%
	21 - 30	5.15%
	31 - 40	5.69%
	41 - 50	7.62%
	51 - 60	3.89%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	5.36%
	Oligofrenia	4.90%
	Epilepsia	6.00%
	Outras Psicoses	6.18%
Drogas	01	6.65%
	02	5.75%
	03	3.79%
	04	3.29%
	05	4.02%
	06	2.85%
	07	5.12%
	08	3.79%
	09	8.08%
	21	4.21%

Tab - 56

Distribuição dos doentes com **Escabiose** nos grupos de sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença mental e droga ingerida, no Complexo Hospitalar do Juquerí. (Set. a Dez. de 1990)

Sexo	Masculino	4.63%
	Feminino	3.06%
Cor	Branco	3.89%
	Preto	4.20%
	Pardo	2.60%
	Amarelo	4.70%
Faixa etária	0 - 10	0.00%
	11 - 20	0.00%
	21 - 30	5.08%
	31 - 40	3.90%
	41 - 50	2.93%
	51 - 60	3.43%
	61 - 70	2.03%
	71 - 80	9.31%
	81 - 99	11.62%
Tempo de internação	0 - 10	5.75%
	11 - 20	3.28%
	21 - 30	3.60%
	31 - 40	5.69%
	41 - 50	1.69%
	51 - 60	1.29%
	61 - 70	0.00%
Doença mental	Esquizofrenia	7.42%
	Oligofrenia	8.12%
	Epilepsia	9.00%
	Outras Psicoses	3.25%
Drogas	01	6.09%
	02	7.02%
	03	8.83%
	04	11.88%
	05	6.80%
	06	6.85%
	07	6.57%
	08	5.88%
	09	9.06%
	21	7.53%

discussão

5. DISCUSSÃO

A inter-relação entre doença mental e doença dermatológica vem sendo objeto de estudos, há vários anos, com conclusões bastante polêmicas. Existe carência de observações sistemáticas, que comprovem cientificamente algumas dessas associações. (KATZENBERG & HOLLANDER, 1989; WESSELY, 1989.)

O estudo das dermatoses, em uma população asilada de doentes mentais, pareceu-nos relevante para determinar dados de prevalência e prováveis correlações.

Os pacientes estavam internados no Complexo Hospitalar do Juqueri, que tradicionalmente foi uma referência da psiquiatria paulista, embora há quase 50 anos tenha perdido a posição de entidade modelo.

Sua organização vem sendo bastante modificada nos últimos anos, acompanhando transformações profundas na política de saúde mental, que não quer ter a internação do doente como única e última alternativa. Sendo assim, o conjunto está saindo do isolamento característico de hospital psiquiátrico-asilar-secular, para integrar-se num recurso de saúde pública amplo e multifuncional. (MAGALHÃES, 1976, SÁ, 1983, SÁ & PIMENTEL, 1991).

Como mudanças importantes, podemos assinalar a tendência marcante de evitar a internação do doente mental, a subordinação ao SUDS-14, desvinculando-se da interferência

direta da Secretaria da Saúde, e a abertura dos serviços de saúde para a comunidade.

Hoje, o Complexo Hospitalar do Juqueri é primordialmente referência de saúde para a população local e regional e secundariamente um hospital para internação de doentes mentais. O convênio com a Faculdade de Medicina de Jundiaí também contribuiu para a mudança do perfil devido à criação do hospital-escola e à chegada de vários professores e alunos, com o incremento da pesquisa.

As mudanças citadas, no entanto, não foram suficientes para apagar todas as marcas e vícios de um lugar de asilamento crônico. Os doentes internados continuam depositados neste local, sem atividades ou programas que possam estimulá-los ou apontar perspectivas de cura. Refletem, infelizmente, o conteúdo excludente e discriminatório das práticas assistenciais, assim como a operacionalização da doença psiquiátrica (CUNHA, 1988.)

Os internos são essencialmente crônicos, com média de 20 anos de internação, e a única alternativa terapêutica é a medicamentosa. Apesar de alguns trabalhos esporádicos, com laborterapia ou psicoterapia, o doente mental continua abandonado, desligado da realidade e sem qualquer perspectiva de mudança. (MESEY & EVANS, 1968, RUD & NOREIK, 1982.)

O problema social dos internos do Juqueri também é relevante, uma vez que os mesmos foram, em muitos casos, totalmente abandonados pelas famílias (RUBERTI, 1990).

A relação entre funcionários e doentes também cristalizou-se de forma inadequada, pois além da carência de recursos humanos, não há programação para a preparação, treinamento e reciclagem desses trabalhadores. (CUNHA, 1988, SÁ, 1983.)

A carência de alimentos, roupas, calçados e toda sorte de utensílios para os doentes mentais também é marcadamente crônica.

Todos esses fatos têm repercussão no organismo e também na pele dos doentes psiquiátricos asilados.

Foram examinados 1847 indivíduos doentes mentais, sendo 940 mulheres (50,89%) e 907 homens (49,11%), revelando certa equivalência entre os sexos.

Os doentes mentais brancos prevaleceram (71,52%) em relação aos pretos (12,66%), pardos (12,39%) e amarelos (3,41%). Em nosso meio, na população de não-doentes, os brancos também são prevalentes em comparação com as demais raças. Ademais, durante um longo tempo, o Juqueri foi referência para a elite do Estado de São Paulo, constituído predominantemente por brancos. O percentual alto de indivíduos amarelos também se deve ao encaminhamento direcionado que é reforçado pela existência, no passado, de um pavilhão destinado somente aos orientais. (SÁ, 1983.)

A idade média da população examinada foi de 53 anos para os homens e 56 para as mulheres. Os doentes da quinta e sexta décadas foram os mais prevalentes, fato decorrente de internações muito antigas. O percentual de indivíduos com

mais de 70 anos foi de 11%, alto em relação á comunidade não-doente. A expectativa de vida no Brasil gira em torno de 65 anos (LAURENTI et al., 1985) e a longevidade desses doentes ocorreria talvez pela constante assistência médica a que estão submetidos. Associe-se a isto o fato de não terem as tensões habituais e não estarem sujeitos a certos tipos de acidentes.

Não há doentes mentais na primeira década, porque desde 1987 não são internadas crianças no Juqueri, o que também justifica apenas 2 indivíduos na segunda década.

Houve predominância das mulheres nos grupos com mais de 60 anos, fato que também ocorre na população geral (LAURENTI et al., 1985). A explicação é a maior longevidade das mulheres, uma vez que as condições de vida de ambos os sexos no Juqueri são rigorosamente idênticas.

O maior número de pacientes está internado entre 11 e 20 anos, confirmando a cronicidade desses asilamentos. O número de doentes que foi abandonado pela família é grande, configurando um problema também de ordem social (RUBERTI, 1990).

A doença mais encontrada foi psicose esquizofrênica (47,42%), seguida da oligofrenia (31,99%), outras psicoses (16,62%), e epilepsia (5,41%). As estatísticas dos hospitais psiquiátricos também demonstram esse tipo de tendência sendo a esquizofrenia a moléstia predominante, com 2/3 dos indivíduos internados (SPOERRI, 1974).

A esquizofrenia constitui distúrbio típico de personalidade, acompanhada normalmente de alucinações, não estando clara sua etiologia, até o momento. Os internos, devido à cronicidade e à falta de alternativas terapêuticas, são esquizofrênicos incuráveis, caminhando para a demência, que é sua fase final. (STEVENS, 1973.)

A oligofrenia ocorre em 3% a 4 % da população geral, porém, embora mais freqüente que a esquizofrenia, os doentes são menos internados, porque, sendo mais afetivos, dóceis e obedientes, têm melhor convívio familiar. As causas da oligofrenia são variadas, associando-se às genodermatoses, doenças neurológicas e infecciosas. O tratamento é insatisfatório e o doente não necessitaria de internação (SPOERRI, 1974).

Em relação às várias outras psicoses e à epilepsia também, não há tratamentos satisfatórios, e os doentes permanecem somente com medicação específica.

Dos doentes internados, 1515 (82,02%) faziam uso de alguma medicação psiquiátrica, durante o período do estudo, incorporando os efeitos colaterais clássicos dessa terapia.

Dos 1847 doentes examinados 1580 (85,54%) apresentaram alguma dermatose significativa no exame clínico, sendo que, em média, houve três diagnósticos por indivíduo. Foram listados 136 diagnósticos, configurando todas alterações dermatológicas encontradas.

Algumas dermatoses, quer pela sua prevalência (frequência no estudo), quer por sua relevância, foram abordadas isoladamente. Os grupos reunidos, segundo etiologia, características clínicas ou local de acometimento, também foram discutidos, devido a seu significado epidemiológico. As chamadas doenças dermatológicas psicossomáticas foram abordadas, devido a sua presença sistemática em estudos sobre populações psiquiátricas .

DERMATITE SEBORRÉICA

A dermatite seborréica foi a entidade nosológica mais freqüente em nosso estudo, acometendo 234 (12,66%) dos doentes mentais examinados.

Ela é uma dermatose benigna, de causa desconhecida, com prevalência variando de 1% a 5% na população geral.(FITZPATRICK et al., 1979, SADICK, 1990).

Diversos trabalhos apontam a freqüente associação entre dermatite seborréica e doenças neurológicas, como Mal de Parkinson e siringomielia.(BINDER & JONELIS, 1983, KRESTIN, 1927, WILSON & WALSHE, 1988).

KRESTIN (1927) estudou 52 indivíduos com Mal de Parkinson, decorrente de encefalite letárgica crônica. Desses doentes 45 apresentavam também a dermatite seborréica. Concluiu que a inflamação do terceiro ventrículo, causada pela doença de base, afetaria também a secreção sebácea, causando a dermatite seborréica.

Na doença de Parkinson a correlação com dermatite seborréica parece ser mais intensa do que com outras doenças neurológicas (BINDER & JONELIS, 1983)

BINDER & JONELIS, (1983), estudaram 89 doentes psiquiátricos, sendo que 42 haviam desenvolvido síndrome de Parkinson, por uso de neurolépticos, e 47 não tinham essa sintomatologia. Dos 42 pacientes com Parkinson, 59,5% deles tinham dermatite seborréica; no grupo sem Parkinson, havia 15% com dermatite seborréica. Confirma-se a associação de Parkinson com dermatite seborréica e discutem-se mecanismos etiopatogênicos implicados: influência do SNC, enzimas da glândula sebácea e terminações nervosas, favorecendo dermatite seborréica; hormônios sebotrópicos, controlados pelo hipotálamo; controle da secreção sebácea pelo hormônio melanócito estimulante, e sistema dopaminérgico alterado.

O hormônio melanócito estimulante é sebotrópico em animais . Nos humanos, seu aumento sérico está relacionado com a piora clínica da dermatite seborréica (SANDYK & PARDESHI, 1990)

A discinesia tardia, que provoca aparecimento de movimentos involuntários, é freqüente nos esquizofrênicos que usam ou não neurolépticos. SANDYK (1990) assinala que nesses doentes a piora do quadro involuntário é acompanhada da piora do quadro da dermatite seborréica. Conclui que devido à associação da dermatite seborréica com o aumento plasmático do hormônio melanócito estimulante (MSH) este

último também deve estar associado à piora da discinesia tardia.

A associação entre discinesia tardia e dermatite seborréica em doentes psiquiátricos poderia ser explicada por uma disfunção hipotálamo pituitária que aumentaria o MSH circulante, causando, secundariamente, tanto a dermatite seborréica como a discinesia tardia. (SANDYK, 1990, SANDYK & PARDESHI, 1990.)

Outros trabalhos analisam que doentes com traumas de medula teriam dermatite seborréica, devido ao repouso forçado e menor higiene nas áreas predispostas, descartando a associação diretamente com o dano medular. (WILSON & WALSHE, 1988.)

MAIETTA et al. (1989), estudaram 150 doentes com desordens psiquiátricas e compararam-nos com outros 150, que aguardavam cirurgia e, portanto, submetidos a estresse, e demonstraram que no primeiro grupo, 25% dos casos apresentavam dermatite seborréica; contrapondo com 9% no segundo grupo. Concluíram que a dermatite seborréica está associada a doenças psiquiátricas principalmente às depressivas; mas a causa não está evidente, podendo tratar-se de aumento da produção de sebo.

A melhora clínica da dermatite seborréica com o cetozonazole tem sido assinalada por diversos autores que sugerem ser o fungo o causador desta entidade; conclusão não confirmada e bastante polêmica. (CARR et al., 1984, FORD et al., 1984, SHUSTER, 1984.)

COWLEY et al. (1990), trataram 10 pacientes portadores de dermatite seborréica com isotretinoína durante 6 semanas, medindo a taxa de excreção de sebo, semanalmente. Houve melhora dos doentes com esta medicação e a conclusão foi a de que o resíduo acumulado de sebo nos locais afetados é responsável pelo crescimento exagerado de fungos e, portanto, pela dermatite seborréica.

TOBIAS (1967), referiu que nos psicóticos pode haver hipertrofia das glândulas sebáceas, o que permitiria maior incidência de dermatite seborréica, devido à maior secreção sebácea.

Carência de zinco e de algumas vitaminas também pode estar relacionada à dermatite seborréica.(FITZPATRICK et al., 1979, LEUNG et al., 1990, ROOK & WILKINSON, 1979.)

A dermatite seborréica ocorre em cerca de 60% dos indivíduos com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A dermatite seborréica comporta-se como um marcador, piorando na mesma proporção da doença. A diminuição das células "T-helper" em aids também está associada à piora clínica da dermatite seborréica, sugerindo mecanismos imunológico ainda não esclarecidos. Essa associação também poderia ocorrer devido a alterações neurológicas semelhantes as que ocorrem no Mal de Parkinson, com aumento significativo da produção sebácea.(MATHES & DOUGLASS, 1985, SANDIK et al., 1990.)

Em estudos de prevalência das dermatoses em doentes mentais, TOBIAS (1967), estudando 751 indivíduos encontrou

270 (36%) com essa doença, contrariando outros trabalhos em grupos semelhantes, que indicavam 3% a 4%.(KIDD & MEENAN, 1961, PARDO & VANNI, 1987)

Em nosso meio, ALCHORNE et al. (1983) relataram freqüência de 18,6% de dermatite seborréica em 150 doentes mentais examinados. A prevalência encontrada nesse trabalho foi três vezes maior do que a referida na população geral.(FITZPATRICK et al., 1979)

Dentre os doentes mentais masculinos, encontramos maior número de indivíduos com dermatite seborréica (14,68%) que do grupo feminino (10,58%), confirmando dados da literatura (FITZPATRICK et al., 1979, ROOK & WILKINSON, 1979) que indicam ser a dermatite seborréica mais freqüente nos homens; observa-se, na **tabela 42 (p.73)**, que 15,5% dos doentes brancos têm dermatite seborréica; 11,11% dos amarelos; 10,04% dos pardos, e 5,12% dos pretos. O porcentual mais alto de dermatite seborréica foi encontrado no grupo de idade variando entre 41 e 50 anos, contradizendo vários autores que relatam ser a dermatite seborréica freqüente até os 40 anos.(FITZPATRICK et al., 1979, ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al., 1983)

Em relação ao tempo de internação, os doentes com dermatite seborréica distribuíram-se igualmente. No grupamento de 61 a 70 anos de internação, há apenas 1 doente e ele apresentou dermatite seborréica.

No grupo dos oligofrênicos, houve 16,92% de indivíduos com dermatite seborréica; nos epiléticos, 13,00%; nas outras psicoses, 13,35% ;e nos esquizofrênicos, 10,27%.

Nos grupos estabelecidos segundo a droga utilizada, houve ligeira predominância entre os que tomavam haloperidol. (05).

Os dados relacionando dermatite seborréica com local de internação foram muito díspares, não se estabelecendo correlação. Os acamados não tiveram maior prevalência dessa dermatose.

A imobilização dos pacientes não teve peso em nosso material, pois os doentes acamados tiveram porcentagem menor de dermatite seborréica que nas clínicas e colônias. **(tabela 19 p.68)**.

Neste estudo, constatou-se que a prevalência de dermatite seborréica pode estar relacionada a fatores higiênicos que contribuam para o excesso de resíduo sebáceo. A carência alimentar, repercutindo em falta de vitaminas e oligoelementos, poderia estar associada à dermatite seborréica, uma vez que as refeições são monótonas e algumas vezes chegam a faltar.

Os fatores neuroendócrinos, associados às medicações principalmente neurolépticas ou à doença psiquiátrica de base, poderiam explicar a prevalência aumentada, principalmente em pacientes mais idosos, cuja secreção sebácea tem diminuição natural.

NEVOS

Encontraram-se 232 indivíduos (12,56%) com algum tipo de nevo.

O nevo é considerado um defeito do desenvolvimento da pele não estando totalmente explicado. A distribuição de certos nevos epidérmicos sugere relação com os dermatomos e sua respectiva inervação periférica (ROOK & WILKINSON, 1979); o aparecimento de nevos tem seu pico ao redor dos 30 anos e decai bastante após os 50 anos.

Nevos pigmentados gigantes e a síndrome do nevo epidérmico estão freqüentemente associados a alterações neurológicas, como epilepsia, retardo mental, aneurismas intracranianos, etc. (BAKER et al., 1987, PAVONE et al., 1991, RAMAKRISHNAN et al., 1989.)

Trabalhos semelhantes a este, com população de doentes mentais, não fazem referência à ocorrência de nevos, com exceção do de BUTTERWORTH & WILSON (1938), em que há 7,6% dos doentes acometidos e, em nosso meio, ALCHORNE et al. (1983), onde 20,6% tinham essa doença.

As mulheres apresentaram mais nevos (17,3%) em comparação com os homens (7,6%), o que confirma dados da literatura. (ROOK & WILKINSON, 1979.) Os brancos e amarelos têm mais nevos (15,8% e 14,2% respectivamente) que os pardos (8,7%) e os pretos (3,4%) (Tabela 43, p.74).

Em relação à faixa etária, como seria esperado, os doentes mais idosos têm maior número de nevos. (TINDALL et al., 1963)

Em relação ao tempo de internação, a distribuição foi semelhante em todas as faixas, menor na faixa de 0 a 10 anos e menor ainda na faixa de 61 a 70 anos porque há somente 1 doente.

Nos esquizofrênicos e oligofrênicos, o número de nevos foi semelhante (11,75% e 10,99%); nos epiléticos, o percentual foi de 6,00; e, em outras psicoses, foi de 9,77.

Não houve relação entre a doença psiquiátrica e drogas ingeridas e a prevalência dos nevos.

No presente estudo não foram encontrados nevos aberrantes, gigantes ou sindrômicos.

A prevalência de nevos melanocíticos na população geral não está bem estabelecida, mas em populações idosas (maior que 60 anos), ela pode atingir 63%. (TINDALL et al., 1963.)

Considerando a idade média desta população e a característica prospectiva do estudo, justifica-se a prevalência encontrada.

FOTOSENSIBILIDADE

Dos doentes examinados, 199 (10,77%) manifestaram eritema violáceo intenso em áreas expostas, principalmente no rosto.

As reações de fotossensibilidade podem estar associadas a várias entidades nosológicas, não existindo ainda uma classificação satisfatória para esse tipo de manifestação dermatológica. Várias drogas são implicadas no aparecimento de reações de fotossensibilidade, quer por mecanismo de fototoxicidade, quer por fotoalergia (GUPTA et al., 1986, FITZPATRICK et al, 1979, ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al, 1983). Alguns medicamentos psiquiátricos como, neurolépticos, antidepressivos, benzodiazepínicos, barbitúricos, podem causar reações de fotossensibilidade (GUPTA et al., 1986, KAPLAN, 1984, WARNOCK & KNESEVICH, 1988).

Os fenotiazídicos, onde estão a clorpromazina (nº07), a prometazina (nº 08) e a levomepromazina (nº09), são responsáveis por reações de fotossensibilidade semelhantes a queimaduras solares graves, que permanecem mesmo após a retirada da droga (GOODMAN & GILMAN, 1979, KAPLAN, 1984, SCHATZBERG & COLE, 1989).

Alguns trabalhos demonstram que o uso prolongado de clorpromazina pode estar associado a reações de pigmentação nas áreas expostas. Este tipo de reação ao sol causaria pigmentação azulada, que foi chamada por autores franceses

de "visage mauve" e pelos americanos e ingleses de "purple-face" (BAN et al., 1985, BAN & LEHMANN, 1965.) O substrato anátomo patológico desta dermatose seria o depósito de pigmento melânico na derme e principalmente ao redor dos vasos; este mesmo pigmento é encontrado na córnea e no cristalino. (BAN et al., 1985, GOODMAN & GILMAN, 1979, SCHATZBERG & COLE, 1989.)

A reação de fotossensibilidade relacionada à clorpromazina pode ser comparada àquela causada pela amiodarona. Nesses casos, mesmo após a retirada da droga implicada, as lesões de pele podem permanecer por até um ano. (ALMEIDA et al., 1986.)

Outros tipos de antipsicóticos, como o haloperidol ($n^{\circ}05$), também estão vinculados ao aparecimento de reações de fotossensibilidade. (BAN et al., 1985.)

Estudo multicêntrico, examinando 768 doentes esquizofrênicos hospitalizados, demonstrou que o haloperidol e a clorpromazina estavam igualmente implicados no aparecimento da fotossensibilidade. (BAN et al., 1985.)

Os benzodiazepínicos também têm um papel no mecanismo de fotorreação, podendo serem responsáveis por hiperpigmentação pós-peeling. (FERREIRA, 1980.)

Os antidepressivos, como a carbamazepina, também podem causar fotossensibilidade. (Warnock e Knesevich, 1988.)

As fenotiazinas também estão relacionadas a reações "lupus-like" (GUPTA et al, 1986, BAN et al, 1985).

O uso de antipsicóticos está associado com o aumento de alguns anticorpos, como o anticorpo antinuclear. (GUPTA et al., 1980, BAN et al., 1985)

CAROZZAI et al. (1988), pesquisaram anticorpos antinucleares do tipo SSA/Ro em 27 doentes com lúpus eritematoso sistêmico; em 14 doentes com lúpus eritematoso discóide e em 15 doentes mentais com fotossensibilidade, no Complexo Hospitalar do Juqueri. Apenas um doente mental apresentou anticorpo SSA/Ro positivo, concluindo os autores que não havia correlação entre fotossensibilidade nos doentes mentais e a presença de anticorpos SSA/Ro.

Fatores alimentares e carenciais também podem estar relacionados à fotossensibilidade, como ocorre na pelagra e síndrome de Hartnup. (FITZPATRICK et al., 1979, ROOK & WILKINSON, 1979)

Em alguns trabalhos, que estudaram a prevalência das dermatoses nos doentes mentais, não houve referência sobre reações de fotossensibilidade.

ALCHORNE et al. (1983), relacionaram as farmacodermias em 66,6% dos pacientes, mas não especificaram se houve doentes com fotossensibilidade.

As mulheres do grupo estudado tiveram mais manifestações fotossensíveis que os homens (12,34%:9,15%) (tabela 44 p.75), ratificando dados da literatura sobre esta manifestação em doentes mentais. (FITZPATRICK et al., 1979, ROOK & WILKINSON, 1979).

Essa alteração dermatológica foi mais comum nos brancos (15,27%) seguindo-se, amarelos (3,17%), pardos (2,06%) e pretos (1,20%). As pessoas com pele clara tipo I e II normalmente têm mais reações de fotossensibilidade, assim como dermatoses solares. (FITZPATRICK et al, 1979, ROOK & WILKINSON, 1979)

A faixa etária mais comprometida foi a de 71 a 80 anos, com 13,66%; a segunda foi a faixa de 41 a 50 anos, com 12,95% de indivíduos comprometidos; e a faixa de 51 a 60 anos teve 11,91%.

Analisando a **tabela 44 (p.75)**, vemos que a partir dos 40 anos o percentual de doentes com fotossensibilidade praticamente dobrou, sugerindo que a idade teria algum papel no mecanismo desta manifestação de fotossensibilidade.

Em relação ao tempo de internação, a fotossensibilidade foi mais frequente entre 21 e 30 anos de internação.

No grupo das doenças mentais, os oligofrênicos e os esquizofrênicos tiveram reação de fotossensibilidade praticamente na mesma proporção, ou seja, 12,01% e 11,98%, respectivamente, enquanto os psicóticos outros, 8,46%; e os epiléticos, 7,00%; isto pode ser explicado pelo fato de os esquizofrênicos e oligofrênicos fazerem uso de maior número de drogas.

Considerando os pacientes que usavam clorpromazina, 14,08% deles apresentavam reações de fotossensibilidade; os que usavam biperideno, 12,00%; prometazina, 11,57%; levomepromazina, 12,50% ; haloperidol, 9,72% ; fenobarbital,

8,86% ; fenitoina, 7,82% ; diazepam, 7,05% ; carbamazepina, 4,87% ; sem medicação, 8,4%.

A clorpromazina é a maior causa de fotossensibilidade, mas também prevalece com a prometazina e levoprometazina, que são do mesmo grupo fenotiazínicos.

Considerando o local de internação, no HCR, as doentes mais independentes (2ª. colônia feminina) e os acamados tiveram menos fotossensibilidade; no HCRM em geral essa reação foi pouco prevalente.

Os doentes mentais do Juqueri estão freqüentemente expostos ao sol, sem uso de filtros solares, o que pode favorecer o aparecimento de manifestações de fotossensibilidade. Dentre os internos do Juqueri, aqueles que tomam menos sol tiveram menos esse tipo de reação. Aqueles que usavam psicotrópicos do grupo dos fenotiazínicos apresentaram duas vezes mais reações à luz solar do que aqueles que não usavam esse tipo de droga ou não utilizavam droga alguma.

O uso persistente de medicamentos, principalmente do grupo dos fenotiazínicos, parece favorecer manifestações de fotossensibilidade. (BAN et al., 1985, BAN & LEEHMANN, 1965, GOODMAN & GILMAN, 1979, SCHATZBERG & COLE, 1989.)

Fatores relacionados a carências específicas podem estar implicados no aparecimento da fotossensibilidade, uma vez que, a alimentação dos internos é relativamente monótona.

ONICOMICOSE

Dos 1.847 doentes mentais internados, 193 (10,44%) apresentavam onicomicose, confirmada laboratorialmente, sendo 180 com dermatofitose e 13 com candidose.

A onicomicose ocorre nos vários grupamentos da população geral e as várias espécies de dermatófitos são responsáveis por essas infecções, assim como também a **Candida albicans** (ENGLISH & GIBSON, 1959, HAY et al., 1990, SAMPAIO et al., 1983).

Muitos fatores estão implicados na etiopatogenia das onicomicoses, tanto relacionados com o agente causador como com o hospedeiro receptor (GIANELLI et al, 1988).

Alguns indivíduos, a despeito das condições locais desfavoráveis, não apresentam contaminação por fungos, parecendo haver resistência natural para a mesma (ENGLISH et al., 1967). Outros desenvolvem infecções crônicas, com difícil resposta terapêutica, como ocorre com frequência nos quadros por **Tricophitum rubrum**. Nestes casos, podem estar implicados mecanismos de deficiência da defesa celular, corroborado pela resposta pobre a antígenos fúngicos (HAY et al., 1990).

Quadros persistentes de onicomicose são freqüentes em indivíduos idosos, talvez, devido a fatores locais como espessamento e ressecamento das unhas (MARKS, 1987).

Fatores gerais, como menor imunidade ou doenças associadas, também estão associados a essa onicopatia. Há também a associação positiva entre onicomicoses e uso de banheiros comunitários (SVENDSEN, 1961).

A prevalência dessa dermatose em populações de doentes mentais é bastante variável.

BUTTERWORTH & WILSON (1938), estudando 1895 doentes mentais internados, encontraram 63 (3,32%) com "tinha", sem especificar os locais.

KIDD & MEENAN (1961), estudando 1700 pacientes mentais, encontraram 30 (1,76%) pacientes com infecções fúngicas, também sem especificar a localização das mesmas.

TOBIAS et al. (1967), examinando 751 doentes mentais internados, não referiram o encontro de micoses superficiais.

ENGLISH et al. (1967), examinaram 358 (100%) doentes mentais procurando especificamente micoses superficiais. Encontraram 40,8% de micose nos pés, incluindo a onicomucose. Essa prevalência foi relacionada positivamente com a permanência crônica dos indivíduos no hospital.

PARDO & VANNI (1987), na Itália, examinaram 715 doentes mentais e concluíram que a micose superficial foi a dermatose de maior prevalência (8,5%). Esses autores relacionaram a alta prevalência com as más condições de higiene e promiscuidade dos doentes.

Em nosso meio, ALCHORNE et al. (1983), encontraram 12,0% de micoses superficiais sem especificar a localização.

A prevalência da onicomucose, no grupo das mulheres internadas no Juqueri, foi de 12,34%; e no grupo dos homens, de 8,48%. (tabela 45. p.76)

Os internos brancos e amarelos apresentavam mais onicomiose (12,34% e 14,20% respectivamente) que os pardos (6,11%) e pretos (7,40%), sugerindo fator de resistência natural.(ENGLISH et al., 1967.) Em relação à idade, os doentes tiveram mais onicomioses a partir da sexta década, como ocorre também na população geral não doente.(ROOK & WILKINSON, 1979, ZONE, 1988.)

Os doentes internados entre 11 e 50 anos tiveram maior prevalência de onicomiose. Em relação à doença mental, a onicomiose distribuiu-se igualmente nos quatro grandes grupos. No grupo de drogas ingeridas, chama a atenção que nos indivíduos que não tomavam qualquer droga há maior número de casos de onicomiose. Em relação ao local de internação, as mulheres da primeira e da segunda clínicas femininas tiveram pouca onicomiose.

Neste estudo os doentes mentais têm alta prevalência de onicomiose, talvez, devido a condições inerentes ao asilamento crônico. A promiscuidade, a falta de higiene, o uso comum de banheiros são fatores relevantes na epidemiologia da onicomiose.(SVENDSEN, 1961.) Além disso, os internos, em geral, não usam calçados, aumentando a incidência de traumas. A faixa etária elevada da população estudada é fator crucial, pois há maior chance do contato com os agentes causadores, além da deficiência de ordem imunológica e deficiências locais como o ressecamento e engrossamento da unha (ZONE, 1988).

HIPERQUERATOSE PLANTAR

A hiperqueratose plantar ocorreu em 193 (10,45%) dos doente examinados.

A hiperqueratose plantar é considerada não uma entidade nosológica, mas sim uma alteração da pele. Em todos os casos diagnosticados como tal, não havia hiperqueratose palmar concomitante.

Os trabalhos nacionais e estrangeiros com as mesmas características do nosso não fazem referência a essa alteração dermatológica.

Homens e mulheres tiveram hiperqueratose plantar na mesma proporção. (tabela 46 p.77)

Nos doentes mentais pretos a prevalência foi de 13,24%, nos pardos 11,70%, nos brancos 8,44% e nos amarelos 7,90%. Esses resultados podem estar associados a diferenças raciais.

Os doentes com hiperqueratose plantar têm distribuição semelhante conforme o tempo de internação.

A prevalência da hiperqueratose plantar nos grupos de doenças mentais foi parecida entre os esquizofrênicos (9,24%), outras psicoses (8,14%) e oligofrênicos (7,61%) e menor no grupo dos epiléticos (3,00%).

Os doentes em uso de neurolépticos tiveram mais hiperqueratose plantar, o que pode estar relacionado ao ressecamento de pele que esses medicamentos promovem.

Em relação ao local de internação, chama a atenção o fato de os doentes acamados não apresentarem hiperqueratose plantar.

Trata-se, a nosso ver, de lesão devida ao trauma constante que ocorre sobre um terreno propício, pois a pele dos doentes mentais é em geral bastante seca. Além disso, houve predomínio dessa alteração em pacientes que não usavam sapatos.

QUERATOSE SEBORRÉICA

Dos 1847 indivíduos examinados, 162 (8,77%) apresentavam lesões de queratose seborréica.

A queratose seborréica, também chamada de verruga seborréica, é lesão tumoral benigna; quando disseminada pode expressar uma predisposição genética (FITZPATRICK et al., 1979, ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al., 1983).

O aparecimento súbito e intenso dessa alteração pode relacionar-se a tumores sólidos, sendo denominado sinal de Leser-Trelat (GROB et al., 1990).

A queratose seborréica é considerada como uma das manifestações que acompanham o envelhecimento cutâneo. A prevalência dessa dermatose em idosos (maiores que 60 anos) pode atingir 88% . Elas aparecem mais nas áreas expostas acompanhando principalmente o fotoenvelhecimento da pele (TINDALL et al, 1963, ROOK & WILKINSON, 1979).

VASSILEVA & KRASTEVA (1990), relataram um caso de pai e filha com queratose seborréica disseminada, sendo que ambos eram portadores de esquizofrenia. O autor relacionou as duas entidades que seriam transmitidas geneticamente.

Os trabalhos internacionais que estudaram a prevalência das dermatoses em doentes mentais asilados não fazem referência a queratose seborréica. ALCHORNE et al. (1983), encontraram em 150 doentes asilados, 0,6% de indivíduos com essa dermatose.

Homens e mulheres tiveram a mesma prevalência de queratose seborréica. (tabela 47 p.78), Em relação a cor 30% dos indivíduos da raça amarela, estavam acometidos; 10,31% dos brancos; 4,80% dos pardos; e, nos pretos, não se registrou a queratose seborréica. Os indivíduos da raça negra apresentam variante dessa entidade, denominada dermatose papulosa negra.

O aumento da queratose seborréica foi proporcional à idade do doente, dado este coerente com a prevalência maior dessa dermatose em idosos.(PAGNANO, 1990).

A queratose seborréica predominou nos grupos internados de 20 a 50 anos.

No grupo dos esquizofrênicos, encontramos 10,84%, em outras psicoses, 7,49%; nos oligofrênicos 6,09%; e nos epiléticos, 5,00%.

No grupo das medicações psiquiátricas não houve diferença de prevalência.

Os pacientes internados no HCR tiveram mais queratose seborréica que os do HCRM.

A freqüência da queratose seborréica no presente estudo parece relacionar-se com a idade dos doentes, (81,4% com mais de 40 anos), mas não em porcentagem tão alta como em alguns dados da literatura. Embora a queratose seborréica predominasse no grupo dos esquizofrênicos, não há dados para confirmar essa associação.

MELANOSE E QUERATOSE SOLARES

A melanose e a queratose solares foram diagnosticadas em 155 (8,39%) e 144 (7,79%) indivíduos, respectivamente.

Ambas as alterações da pele são associadas ao fotoenvelhecimento cutâneo e, portanto, ocorrem com mais frequência nas áreas expostas dos indivíduos com pele clara num de grupo etário mais elevado. (MARKS, 1987, ROOK & WILKINSON, 1979, PAGNANO, 1990, WEISMANN et al., 1980)

PARDO & VANNI (1987), examinando 715 doentes em hospital psiquiátrico, encontraram 14 (1,95%) com queratose solar mas não fizeram referência à melanose solar.

ALCHORNE et al. (1983), assinalaram 11 indivíduos (7,3%) com melanose solar e 4 (2,6%) com queratose solar.

A distribuição segundo o sexo foi equivalente em ambas as dermatoses (tabelas 48 e 50 pp.79 e 81). Com respeito à cor, 127 (10,31%) eram indivíduos brancos com queratose solar, 11 (4,80%), pardos; 6 (9,52%), amarelos; não havendo queratose solar nos pretos; em relação à melanose solar, 131 (10,64%) eram brancos; 13 (5,67%), pardos; 11 (17,46%), amarelos e nenhum era preto.

Os dados encontrados são em geral superponíveis aos da literatura, pois as pessoas de cor branca seriam mais susceptíveis aos danos solares. (MARKS, 1987, ROOK & WILKINSON, 1979).

Analisando as frequências nas várias faixas etárias, houve aumento tanto da melanose como da queratose solares, conforme aumentava a idade dos doentes.

Em relação ao tempo de permanência, vemos a mesma tendência até a faixa dos 50 anos de internação. Após este período, o número de internos é muito pequeno, não tornando significativo o percentual encontrado.

No grupo das drogas não houve diferenças significativas.

Em relação ao local de internação, as prevalências foram semelhantes no HCR e no HCRM.

Os doentes internados no Hospital Psiquiátrico não têm controle sobre a exposição solar e muitos deles ficam o tempo todo ao sol; o filtro solar não é utilizado de rotina.

Não observamos relação entre diagnóstico psiquiátrico e a queratose ou melanose solares.

Infere-se que a prevalência da melanose e da queratose solares, nesse estudo, deve-se provavelmente a dois fatores: faixa etária elevada da população e a exposição solar crônica e inadequada.

ACROCÓRDON

Encontramos 131 (7,09%) indivíduos com acrocórdon ou papiloma fibroepitelial nos 1.847 doentes mentais examinados.

O acrocórdon é um tumor benigno, mole, pedunculado, com cerca de 2 mm de diâmetro, comprometendo principalmente pescoço e axilas. Ele ocorre mais em mulheres, após os 40 anos. Está associado à gravidez e à menopausa. Parece haver tendência hereditária e prevalência maior em indivíduos obesos. (FITZPATRICK et al., 1979, MARKS, 1987, ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al., 1983).

Os estudos que analisaram a frequência das dermatoses no doente mental não fazem referência a este tipo de tumor.

No presente estudo, nota-se que o acrocórdon existiu mais nas mulheres que nos homens (12,3% e 4,0% respectivamente) confirmando dados da literatura, que afirmam ser essa entidade mais freqüente no grupo feminino. (MARKS, 1987.) (tabela 49. p.80)

Assim como na população geral, houve prevalência das lesões nos brancos (9,10%) e amarelos (7,90%) comparando com os negros (6,80%) e pardos (3,70%).

Em relação à idade e tempo de internação, o acrocórdon foi mais prevalente nos indivíduos mais idosos.

No que concerne à doença mental, temos 9,24% dentre os esquizofrênicos ; 0,84% dentre os oligofrênicos; 5,53% em doentes com outras psicoses e 4,00% dentre os epiléticos. Em relação às drogas administradas, os dados não foram relevantes.

No atual estudo encontramos essa dermatose mais em mulheres e em doentes com mais de 40 anos de idade, dados estes previsíveis, segundo literatura consultada.

Comparando com os grupos acometidos por outras doenças mentais, nos esquizofrênicos, prevaleceram as lesões de acrocórdon, sugerindo haver algum tipo de associação entre essas entidades nosológicas.

HIRSUTISMO

Foram computadas 136 (7,36%) mulheres com hirsutismo dos 1847 indivíduos examinados. O percentual no grupo de 940 mulheres foi de 14,46%.

O hirsutismo é definido como crescimento excessivo de pêlos em áreas andrógeno-dependentes, ocorrendo no sexo feminino. (FOCH et al., 1988, ROOK & WILKINSON, 1979.)

Num estudo de 22 mulheres hirsutas, onde foi avaliado o nível hormonal, somente 2,6% das amostras tinham o sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA) maior que 5,3ug/ml (nl 20-40 anos = 0,8 a 3,3 ug/ml - maior 40 anos = 0,2 a 2,1 ug/ml). As três mulheres hirsutas com doenças neuropsiquiátricas (100%) tinham SDHEA maior que 5,3ug/ml. O autor sugere a coexistência de doenças neuropsiquiátricas com excesso de andrógenos de origem adrenal (BRAITHWAITE et al., 1989).

As doentes mais idosas podem ter aumento relativo de andrógenos devido à queda de estrógenos.

Algumas drogas como a fenitoina e os neurolépticos podem influenciar no equilíbrio hormonal (SCHATZBERG & COLE, 1989).

Considerando o universo de pacientes brancas, pretas, pardas e amarelas, a prevalência de mulheres hirsutas foi respectivamente de 7,79% - 7,69% - 9,17% e 1,58% (**tabela 51 p.82**).

A diferença entre as raças só ficou evidente nas amarelas, que tiveram uma porcentagem muito diminuída em relação às demais.

Observou-se aumento de hirsutismo proporcional à idade.

No grupo de 31 a 40 anos 4,25% delas eram hirsutas; enquanto no grupo de 81 a 99, o percentual aumentou para 12,19%. Nas idades mais avançadas, devido à baixa do estrógeno e aumento relativo de andrógeno, ocorre o aparecimento de hirsutismo.

Não houve relação do hirsutismo com o tempo de internação.

Dentre as epiléticas, 9.00% delas eram hirsutas; em outras psicoses havia 8,79%, no grupo dos oligofrênicos 8,12% e no grupo dos esquizofrênicos havia 7,42%, não sugerindo qualquer associação.

Nossas doentes apresentavam taxa elevada de hirsutismo provavelmente devido à faixa etária mais elevada onde há o predomínio dos andrógenos em relação aos estrógenos. Além disso, as doenças de base, associadas a alteração do sistema neuro-endócrino e uso crônico de antipsicóticos, cujo mecanismo de ação não está totalmente esclarecido, também justificam essa prevalência aumentada.

ONICODISTROFIAS

As onicodistrofias foram encontradas em 122 (6,60%) doentes.

Havia onicogrifose em 25% dos casos; hiperqueratose subungueal, em 22%; anoníquia, em 10%; onicorrexe, em 10%; onicólise, em 8%; melanoníquia, em 6%; pterígio subungueal, em 4%; microníquia, em 4%; onicofagia, em 4%; distrofia canicular, em 3%; sulcos de Beau, em 2%; depressões cupuliformes, em 2%; helconixe, em 1%.

Algumas doenças sistêmicas como hipo ou hipertireoidismo, anemia, infecções, doenças cardíacas, diabetes e algumas dermatoses como psoríase, líquen plano, estão associadas a onicodistrofias. Os traumas constantes também são associados a essa doença. Também são descritas alterações ungueais em oligofrênicos como microníquia e abolição da meia-lua. (BEAVEN & BROOKS, 1987.)

Trabalhos similares em hospitais psiquiátricos não fazem referência a onicodistrofias.

Nenhum dado foi significativo quando foram analisados os grupos segundo sexo, cor, faixa etária, tempo de internação, doença psiquiátrica e droga administrada. (tabela 52 p.83)

As doentes da segunda colônia feminina tiveram onicodistrofia mais prevalentemente que em outros locais. Trata-se de colônia onde as pacientes são mais independentes.

Os traumas constantes, devido à falta de sapatos, a pele muito ressecada, talvez possam explicar esse tipo de alteração. Além disso, os doentes mentais têm várias doenças de base associadas. A população é idosa, tendo as unhas mais grossas e ressecadas (PAGNANO, 1990).

DERMATITE ARTEFATA

Dos 1.847 indivíduos examinados, 91 (4,92%) apresentavam lesões auto-inflingidas, sendo incluídas apenas as lesões ativas, e, assim, as cicatrizes foram consideradas como outra manifestação.

A dermatite artefata na população geral está tradicionalmente associada a distúrbios emocionais e doenças psiquiátricas.(ROOK & WILKINSON, 1979, SIMPSON, 1975, 1981, Van MOFFAERT, 1974,1985.)

Estudos da personalidade dos doentes, com dermatite artefata, mostraram que eles são introspectivos, tendem a se isolar e têm características narcisistas(FABISCH, 1979.) Quando se submetem à terapia fica evidente seu desejo de autopunição, para relaxá-los de tensões causadas por medo ou culpa, e também aparecem traços de exibicionismo histérico e manipulação das pessoas. Em tratamentos mais prolongados, foram estabelecidas relações com separações familiares ou com abuso sexual na infância.(SIMPSON, 1981, Van MOFFAERT, 1974.)

A dermatite artefata também é relacionada às doenças mentais, como psicoses, deficiências mentais e distúrbio de personalidade (Van MOFFAERT, 1985.)

Muitas vezes a dermatite artefata é referida como o primeiro sinal de um surto psicótico.(ROOK & WILKINSON, 1979.)

FABISH (1980), estudou 50 doentes com dermatite artefata encaminhados por vários dermatologistas, e encontrou 1 com psicose, 9 com alterações da personalidade, 8 com depressão, 1 com oligofrenia e 19 com neuroses, concluindo não ser a psicose a mais associada ao processo de automutilação.

Refere-se também à marcante obsessividade desses pacientes. STEIN & HOLLANDER (1992), relacionaram a dermatite artefata ou outras automutilações com os distúrbios obsessivos, devido a mecanismos neurobiológicos similares. (GARDNER & GARDNER, 1975.)

As lesões auto-inflingidas em doentes com retardo mental podem ser resultado de atos repetitivos como espasmos, pancadas, arranhaduras, mordidas, etc. Isso ocorre principalmente em deficientes mentais profundos, onde a inadequação das funções motoras, aliada a pouca capacidade de comunicação e à falta de estímulos intelectuais ou afetivos levam à tiques que resultam em lesões artefatas. (Van MOFFAERT, 1985.)

BUTTERWORTH & WILSON (1938), encontraram 1,5% de doentes mentais com lesões auto-inflingidas. KIDD & MEENAN (1961), relataram 6,7% de doentes, com esta mesma associação; e PARDO & VANNI (1987), encontraram 5,6% de indivíduos automutiladores no grupo de doentes mentais.

ALCHORNE et al. (1983), no Brasil, examinando 150 doentes mentais internados não encontraram dermatoses artefatas.

Nesse estudo, encontrou-se um número ligeiramente superior de mulheres com dermatite artefata (5,63%) em relação aos homens (4,18%) (**tabela 53 p.84**), ratificando dados epidemiológicos da literatura em populações normais. (GARDNER & GARDNER, 1975, FABISCH, 1979, SIMPSON, 1975.)

Em relação à cor, houve predomínio de lesões auto-inflingidas no grupo dos amarelos (7,09%) e brancos (5,52%), comparando-se aos pretos (3,84%) e aos pardos (3,9%).

A dermatite artefata prevaleceu na faixa etária de 21 a 30 anos (10,16%). Em todas as outras faixas etárias o acometimento girou em torno de 4%. Não houve associação em relação ao tempo de internação e o surgimento de dermatite artefata.

No conjunto dos doentes esquizofrênicos, somente 3,5% deles tinham lesões autoprovocadas; nos oligofrênicos, o percentual foi de 7,40%; nas outras psicoses, 6,18% e nos epiléticos, 10,00%.

Em relação às drogas administradas, ocorreram prevalências semelhantes em todos os grupos, com exceção do grupo que ingeria fenitoina, que é utilizada para a epilepsia, onde 11,11% foram acometidos.

Quanto ao local de internação, a dermatite factícia distribuiu-se igualmente.

Neste estudo, o predomínio de epiléticos (10,00%) com dermatite artefata pode ser explicado pelo fato de esses doentes sofrerem quedas ou traumas e perpetuarem essas lesões pela automutilação. Nos oligofrênicos (7,40%), a causa pode estar nos tiques repetitivos que os mesmos apresentam, devido a pouca capacidade intelectual. (Van MOFFAERT et al., 1985.)

Os psicóticos tiveram menos esse tipo de comportamento, talvez por estarem "controlados" na sua doença de base.

O comportamento da dermatite artefata no grupo de doentes mentais é diferente daquele da população geral, cujas doenças neuróticas, distúrbios da personalidade e desordens obsessivas compulsivas são mais relacionadas com os automutiladores.

ACNE

Em nosso trabalho encontramos 88 (4,76%) doentes com diagnóstico de acne.

A associação da acne com alterações psicológicas tem sido objeto de estudos bastante polêmicos. (KENION, 1961)

A acne, alterando condições de auto-imagem, provocaria alterações psicológicas. O estresse intenso estaria implicado na piora dos quadros de acne. Fatores endócrinos, climáticos e medicamentosos também estão classicamente associados à acne (GUPTA et al., 1990, KENION, 1961.)

Alguns autores relatam a associação da acne com doenças psiquiátricas específicas e principalmente com esquizofrenia (KENION, 1961.) Outros não encontraram prevalência alta dessa dermatose. (KIDD & MEENAN, 1961, PARDO & VANNI, 1987, TOBIAS, 1967.)

Tanto a acne como a esquizofrenia acometem em indivíduos jovens e portanto a associação poderia ocorrer com a idade, e não com a condição psiquiátrica. (KENION, 1961, PARDO & VANNI, 1987.)

A acne escoriada, entidade clínica em que o doente se automutila a partir de lesões mínimas de acne, está associada a alterações psíquicas. (TOBIAS, 1967.)

BUTTERWORTH & WILSON (1938), estudando pacientes psiquiátricos encontraram 8,02% de indivíduos com acne, sendo a dermatose mais prevalente no seu estudo; no entanto a faixa etária dos doentes era de 10 a 30 anos, onde mais comumente encontramos a acne na população geral.(ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al., 1983.)

PARDO & VANNI (1987), encontraram 1% dos doentes mentais com acne, sendo que nesse estudo a faixa etária média era de 50 anos.

ALCHORNE et al. (1983), axaminaram 150 doentes mentais com idade media de 48,5 anos e encontraram 10,6% de doentes com acne.

No presente trabalho, os grupos de homens e de mulheres apresentavam número equivalente de indivíduos acnéicos. **(tabela 54 p.85).**

Dos 88 doentes, 5,28% eram brancos; 6,98%, pardos; e 2,98%, pretos. Não houve doente amarelo, com acne.

Em relação à faixa etária e tempo de internação houve nítida predominância nos grupos mais jovens, sendo inversamente proporcional a relação da idade e tempo de internação com o número de casos com acne.

Associando-se esta dermatose com a doença psiquiátrica detectou-se predominância dos oligofrênicos (8,70%) e epiléticos (9,00%) sobre os esquizofrênicos (2,70%) e outras psicoses (5,53%).

Em 12,8% dos doentes em uso de carbamazepina havia associação com acne. As demais drogas estavam associadas com acne em cerca de 6% dos doentes, e em apenas 1,5% daqueles que não tomavam nenhuma droga. Embora não haja referência, parece ser a carbamazepina uma substância com efeito colateral acnogênico. Em relação ao local de internação, os dados não permitem avaliação.

No nosso trabalho, a prevalência da acne foi próxima àquela encontrada na população geral, predominando na faixa entre 20 e 40 anos.

Os doentes mais idosos, que têm menor produção sebácea tiveram prevalência muito baixa, caracterizando a associação da acne com pele mais oleosa.

Não foi possível perceber associação entre a acne e o dano mental, sendo que, contrariando dados de literatura os esquizofrênicos tiveram a menor prevalência de acne. (KENION, 1961.)

A ingestão continuada de medicamentos antipsicóticos pode estar relacionada com a frequência da acne, pois, como mostra a **tabela 54 p.85**, os doentes, que não utilizavam nenhuma droga (código 21), praticamente não tiveram a doença. Os doentes que ingeriram biperideno (código 06), que é um anti-parkinsoniano e diminui a secreção sebácea, tiveram menos acne que os outros, que utilizavam drogas diversas. (SHALZBERG & COLE, 1989.)

INTERTRIGO CRURAL

Do total dos doentes examinados, 82 deles (4,44%) apresentavam intertrigo crural. Se considerássemos os pacientes com intertrigo crural candidiásico e a tínea inguino crural, teríamos 164 (8,87%) doentes.

O intertrigo é uma alteração inflamatória da pele que ocorre nas dobras, associada à obesidade, à maceração e à falta de higiene.(FITZPATRICK et al, 1979,ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al., 1983).

Não houve referência a esta dermatopatia, em trabalhos que estudaram as doenças dermatológicas em indivíduos internados nos hospitais psiquiátricos.

Nesse estudo, houve predomínio de mulheres sobre os homens com intertrigo crural(7,44% e 2,97% respectivamente). A obesidade, mais evidente nas mulheres, e a falta de higiene nos períodos menstruais podem ter contribuído para essa associação. (tabel 55 p.86)

O intertrigo crural foi observado em 8,73% dos indivíduos pardos;em 5,55%, dos pretos; em 5,11%, dos brancos; e em 1,58%, dos amarelos.

Em todos os grupos etários, a prevalência do intertrigo crural foi igualmente baixa, a não ser no grupo de 81 a 90 anos, onde 11,60% dos doentes tinham essa dermatose.

Não houve associação entre tempo de internação, doença mental, drogas administradas e o aparecimento de intertrigo crural.

A prevalência desta dermatose, no presente estudo, deve-se, provavelmente, a condição higienica e física dos indivíduos internados. As mulheres são predominantemente obesas. (FITZPATRICK et al., 1979, ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al., 1979.)

ESCABIOSE

Dos pacientes por nós examinados, 76 deles (4,11%) estavam com escabiose.

A escabiose é uma doença parasitária tradicionalmente associada a instituições e também a pacientes com menor grau de inteligência (KIDD & MEENAN, 1961, SAMPAIO et al., 1983)

Nos estudos populacionais gerais e realizados no Brasil, citados anteriormente, a escabiose ocupa lugar de destaque em vários deles. (BENERJEE, 1973, BOPP, 1973, VERGNANINI, 1990 .) Não há normalmente preferência por sexo, cor, faixa etária, mas parece haver relação com a condição social.

Em trabalhos com características semelhantes ao nosso, foram encontradas prevalências muito baixas como no de KIDD & MEENAN (1961) 1%, e no de ALCHORNE et al.(1983), 0,6%.

A distribuição nos grupos de sexo, cor, idade, tempo de internação, doença mental e medicação psiquiátrica não apresentou dados relevantes, como vemos na (tabela 56 p.87). Em relação ao local de internação, a escabiose não mostrou diferenças em sua distribuição.

Observamos prevalência baixa de escabiose nos doentes do Juqueri, apesar de tratar-se de instituição asilar e de pacientes com condição mental deficiente.

Isso talvez ocorra porque os funcionários estão familiarizados com a escabiose e pediculose e mediante achado de um caso tratam todo o grupamento. Além disso, o presente estudo avaliou os doentes num momento específico, não significando que não houvesse epidemia dessa doença em períodos diversos.

GRUPOS DE DERMATOSES

As dermatoses também foram tabuladas segundo os critérios etiológico, clínico ou de local de acometimento, sendo que os diversos grupos são vistos na **tabela 20 (p.69)** e as distribuições, em cada um deles, nas **tabelas de 21 a 40 (anexo II)**. Esses grupos serão discutidos nos aspectos de relevância para o estudo.

TUMORES

Os tumores foram encontrados em 46,02% dos doentes avaliados. Estão relacionados na **tabela 21 (anexo II)** divididos em benignos, pré-malignos e malignos.

KIDD & MEENAN (1961), estudando 1700 doentes psiquiátricos, encontraram 73 (4,3%) com tumores malignos ou benignos, enquanto PARDO & VANNI (1987), num trabalho avaliando 715 doentes mentais, encontraram 5 (0,7%), com tumores malignos.

ALCHORNE et al. (1983), examinando 150 internos mentais, encontraram 45 (30%) com tumores malignos e benignos, incluindo nevos. Nenhum dos autores acima relacionou a doença mental com o aparecimento de tumores.

A classificação dos tumores benignos é bastante controversa, dificultando as padronizações de achados epidemiológicos.

Em nosso estudo, a prevalência de tumores, incluindo nevus, foi de 46,02% e, excluindo-os de 34,70%. A explicação para a alta frequência de tumores estaria relacionada à idade da população (81% dos indivíduos têm mais de 40 anos) e ao caráter prospectivo do trabalho, onde todas as lesões foram avaliadas.

Além disso, a gênese de vários tumores cutâneos está associada ao envelhecimento da pele e à exposição prolongada ao sol. (FITZPATRICK et al., 1979, MARKS, 1987, ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al., 1983.)

A doença mental em si não parece estar associada ao aparecimento de tumores.

MICOSES

As micoses superficiais foram o segundo grupo em frequência no presente estudo, com 481 (25,99%) indivíduos acometidos. Conforme se analisa na **tabela 22 (anexo II)**, a onicomiose (10,45%), o intertrigo crural candidiásico (3,14%) e a pitiríase versicolor (2,92%) foram os três mais prevalentes neste grupo.

Nos trabalhos que analisaram a frequência das dermatoses na população geral, as micoses estão sempre em destaque, principalmente em países menos ricos e desenvolvidos (BOPP et al., 1973, SERRUYA, 1974, ZAITZ et al., 1979).

Nos estudos retrospectivos de BOPP et al. (1973), SERRUYA et al. (1974), e ZAITZ et al. (1979), as micoses superficiais ocuparam o terceiro, segundo e terceiro lugares, respectivamente, numa listagem das dez dermatoses mais prevalentes (**tabela 7, anexo I**).

Em população de doentes mentais, relata-se a frequência de micoses superficiais entre 1,5% e 12,0% (ALCHORNE et al., 1983, KIDD & MEENAN, 1961, PARDO & VANNI, 1987).

A prevalência maior de micoses, nesse estudo de doentes mentais internados, é esperada devido ao tipo de acomodação, banheiro comunitário e ao próprio asilamento.

O doente não coopera com o tratamento, devido às precárias condições mentais; muitos deles estão constantemente sem calçados e, em outros, a condição higiênica é de difícil manutenção.

ECZEMAS

O grupo de eczemas ocupou o terceiro lugar, com 19,92% dos indivíduos acometidos. (**tabela 23 anexo II**).

A dermatite seborréica foi incluída nesse grupo, embora não sendo propriamente eczematosas mas sim eritemato-descamativa. Seguimos o critério de outros trabalhos de análise estatística, semelhantes a este, para facilitar as eventuais comparações.

Em estudos populacionais, o eczema ocupa invariavelmente posição de destaque.

Em nosso meio, BOPP et al. (1973), SERRUYA (1974), ZAITZ et al. (1977), em estudos retrospectivos, apontaram o eczema como o grupo mais prevalente dentre as de dermatoses encontradas (**tabela 7, anexo I**).

Nos trabalhos, que estudaram populações de doentes mentais, o encontro de eczemas foi insignificante, com exceção da dermatite seborréica, que ocupa posição de destaque conforme discussão anterior.

Em nosso trabalho, o eczema de estase ocorreu em 2,92% dos doentes, geralmente associado a uma vasculopatia não tratada ou a posturas inadequadas dos mesmos. Há também bastante dificuldade no tratamento destas moléstias por falta de colaboração dos acometidos. Os doentes ficam muitas vezes em posições viciadas e prejudiciais e além disso manipulam freqüentemente as lesões.

O eczema de contato ocorreu em alguns doentes que trabalhavam na cozinha ou por sensibilização a drogas utilizadas em tratamentos tópicos ou sistêmicos.

O eczema atópico foi encontrado somente em 7 (0,37%) doentes provavelmente, relacionado à alta faixa etária da população em estudo, onde a atopia não prevalece. A neurodermatite e a disidrose tiveram número insignificante de casos.

O eczema com fotossensibilização só foi visto em um paciente. Embora os pacientes com doença mental usem várias medicações, o eczema com fotossensibilização parece não ocorrer com freqüência.

DISCROMIAS

As discromias como um todo aparecem em quarto lugar na listagem dos grupos de dermatose com 18,08% dos doentes acometidos. (tabela 24 anexo II)

Trabalhos epidemiológicos em doentes mentais não destacam esse grupo de dermatoses.

O cloasma apareceu em 51 doentes do sexo feminino; fatores como gravidez não estão presentes nesse caso, mas algumas medicações provocam alterações hormonais, como os neurolépticos, que aumentam a prolactina (SCHATZBERG & COLE, 1989).

A leucodermia solar ou pontoada está relacionada ao fotoenvelhecimento e apareceu em 76 doentes (4,11%).

O vitiligo ocorreu em 14 casos (0,76%) e normalmente em áreas de dobras.

A mancha "café au lait" ocorreu em 7 indivíduos (0,38%) talvez como manifestação mínima da neurofibromatose. (SADDY, 1985).

Os doentes mentais parecem ser mais sensíveis à fotossensibilidade e pigmentação. Alguns trabalhos relacionam o uso de medicação psicotrópica com a pigmentação da pele. (BAN et al., 1985, KAPLAN, 1984, GUPTA et al, 1986.)

Nossos doentes, como já foi abordado, tomam sol sem controle e sem fotoproteção, além de ingerirem vários tipos de drogas.

QUERATOSE /DISQUERATOSE

As queratodermias, incluindo xerose, ictiose, hiperqueratose plantar, hiperqueratose das juntas e calosidade dos pés, aparecem em 15,38% dos doentes. (tabela 25 anexo II)

Estas alterações estariam mais relacionadas ao tipo de vida (alimentação, hábitos, vestuário, asilamento crônico). A idade média alta da população em estudo também justificaria o ressecamento da pele, mais frequente em idosos. (AZULAY, 1991, GONÇALVES, 1991)

A pele do doente mental parece ser mais seca, talvez relacionada à doença de base ou à medicação cronicamente ingerida. Há também vários casos de hiperqueratose secundária ligados a traumatismos freqüentes ou posturas inadequadas.

ALERGIAS

As alergias contribuem com 12,45% das dermatoses. Considerando que os doentes tomam várias drogas, o número de farmacodermias não é grande. (tabela 26 anexo II)

TOBIAS, 1967, em estudo semelhante, encontrou 12% de erupções a drogas, nos doentes psiquiátricos examinados. O fato de os pacientes usarem várias drogas concomitantemente parece-nos importante na genese do aparecimento das farmacodermias.

Em trabalho com características semelhantes ALCHORNE et al.(1983) encontraram 66% de farmacodermias entre os doentes mentais. Não há especificações sobre o tipo da farmacodermia e sobre a droga causadora.

A fotossensibilidade, encontrada em 199 (10,77%) doentes, já foi discutida anteriormente.

A frequência baixa de farmacodermias pode ser explicada pelo fato de os problemas agudos destes doentes serem automaticamente tratados, devido à proximidade do hospital geral, aliado à característica do estudo, que avalia os doentes em um determinado momento.

ALTERAÇÕES DOS PÊLOS

Em relação ao grupo de alterações dos pêlos, com 212 indivíduos comprometidos (11,47%), o principal responsável é o hirsutismo, que já foi discutido anteriormente. (**tabela 27 anexo II**)

A prevalência da alopecia difusa, areata e cicatricial foi insignificante.

DERMATOSES ARTEFATAS

As dermatoses artefatas aparecem em 150 indivíduos, com prevalência de 8,12%. A dermatite factícia já foi avaliada anteriormente. (**tabela 28 anexo II**)

A onicofagia pode representar desordem mental grave, cuja seqüela inclui infecção nas mãos e alterações da articulação têmporo-mandibular. Também pode estar associada a doenças obsessivo-compulsivas, melhorando com tratamento psiquiátrico.(STEIN & HOLLANDER, 1992.)

A escoriação neurótica pode ser produzida ritualisticamente sendo difusa ou crônica (STEIN & HOLLANDER, 1992.) Ela é associada a doença mental, principalmente à esquizofrenia, podendo ser a primeira manifestação da doença. No entanto, quando a doença está sob controle parece haver diminuição dessa ocorrência.(GUPTA & HABERMANN, 1986.)

Também está relacionada ao estresse psíquico, às desordens obsessivo-compulsivas e às doenças depressivas.(GUPTA & HABERMANN, 1986, STEIN & HOLLANDER, 1992.)

TOBIAS (1967) encontrou 26% de doentes, com escoriação neurótica, em 750 doentes psiquiátricos examinados. Relaciona o aparecimento desse quadro clínico com a agitação de alguns doentes.

Consideramos que o número reduzido de casos, no grupo de doente mentais, está associado ao fato de a doença já estar configurada, e também ao uso de medicação. O doente tratado tem outro tipo de comportamento.

A tricotilomania merece as mesmas considerações feitas para a escoriação neurótica e onicofagia.

ZOOPARASITOSE

O grupo das zooparasitoses tem pouca representatividade em nosso estudo, com o encontro de 128 doentes (6,93%). (tabela 29 anexo II)

A escabiose já foi discutida; cabendo para a pediculose o mesmo tipo de consideração.

LESÕES TRAUMÁTICAS

As lesões traumáticas têm 122 (6,61%) representantes, em nosso grupo de 1847 pacientes com doença mental. (tabela 30 anexo II)

Os doentes mentais se machucam com muita frequência, devido a quedas, lutas, auto-agressão ou agressão mútua. Há machucaduras por estilhaços de vidros e utensílios de cozinha.

Os indivíduos "acamados", que são aqueles que não conseguem mais deambular, têm escaras com muita frequência. Uma vez instalada a escara, é quase impossível a sua regressão, devido à falta de recursos e à condição mental do doente.

LESÕES DE LÁBIO OU MUCOSAS

Dos indivíduos examinados neste estudo, 95 (5,14%) tinham lesões de lábio ou mucosa. **(tabela 31 anexo II)**

As queilites ocorreram nos doentes mentais por exposição inadequada ao sol ou, também, por traumatismo e tiques, provocados pelo próprio paciente.

Há muita dificuldade para evitar esse tipo de lesão uma vez que os doentes não compreendem e não seguem as orientações fornecidas, não utilizando também filtro solar.

DERMATOSES BACTERIANAS

As piodermites ocorreram em 92 pacientes (4,98%). Trabalhos que avaliaram as dermatoses em doentes mentais internados referem prevalência de cerca de 2%. (ALCHORNE et al., 1983, BUTTERWORTH & WILSON, 1938, KIDD & MEENAN, 1961) **(tabela 32 anexo II)**

Os alienados machucam-se com muita freqüência, como já foi referido anteriormente, e, devido às condições de vida, a infecção é uma decorrência natural. Em nossos pacientes, o quadro mais freqüente foi a foliculite. A prevalência foi baixa provavelmente, devido à atenção médica continuada e ao caráter prospectivo do estudo.

LESÕES VASCULARES

As lesões vasculares ocorreram em 62 (3,36%) indivíduos, (tabela 33 anexo II) Assinalaram-se 32 indivíduos com úlcera de estase. O livedo foi encontrado em 7 doentes (0,38%). Alguns autores relatam que os esquizofrênicos podem ter mais instabilidade vascular. (ROOK & WILKINSON, 1979). O livedo também está relacionado com a demência. (REILLY, 1990). Não observamos em relação aos nossos doentes mentais esse tipo de associação.

DERMATOVIROSES

Dos 1847 doentes examinados, 29 deles (1,57%) apresentavam dermatoviroses, dos quais 20 (1,08%) tinham lesões de verruga; 8 (0,43%), de herpes simples; e 1 (0,05%), de herpes zoster. (tabela 35 anexo II)

Em trabalhos semelhantes ao nosso, a prevalência de lesões causadas por vírus também é baixa, variando de 0,3% a 1,83% (ALCHORNE et al., 1983, BUTTERWORTH & WILSON, 1938, KIDD & MEENAN, 1961, PARDO & VANNI, 1987.)

As viroses parecem prevalecer em pessoas mais jovens, atingindo o pico de incidência em adultos jovens. (ROOK & WILKINSON, 1979, SAMPAIO et al., 1983.) O nosso universo de estudo tem idade média alta (54,5 anos), o que talvez justifique a baixa prevalência das dermatoviroses. O nosso trabalho tem característica de coorte, o que dificulta o encontro de doenças infecciosas agudas.

PRURIDERMIAS

As pruridermias ocorreram em 22 doentes (1,19%).
(tabela 36 anexo II)

O prurido inespecífico pode ser sintoma inicial da esquizofrenia, melhorando, quando se inicia o tratamento da doença. (ROOK & WILKINSON, 1979.) Ele também pode estar associado a doenças depressivas ou confundir-se com a dor crônica (COTTERILL, 1981, GUPTA, 1986.)

Os doentes mentais examinados apresentavam a pele mais ressecada, o que justificaria prurido secundário.

Como estão controlados em relação à doença de base, justifica-se a prevalência baixa dessa alteração.

MICOBACTERIOSES

A prevalência das micobacterioses foi de 0,60%, com 7 casos de hanseníase e 4 casos de escrofuloderma. (tabela 37 anexo II)

Durante alguns anos, a tuberculose "senso latu" ocorreu com muita frequência nos doentes mentais a ponto de existir pavilhão específico para doentes mentais tuberculosos. (Sá, 1983.)

A modernização do tratamento, o maior controle e a mudança da característica de confinamento desses doentes diminuíram o número de acometimentos. Os encontrados eram como resquício desse período.

Foram observados 7 doentes com hanseníase, sendo 5 homens, 2 mulheres, 3 com a forma tuberculóide, 3 com a forma virchoviana e 1 com forma borderline. Não há registro sobre o comportamento da hanseníase e associação com a doença mental. Provavelmente esses indivíduos foram internados já com a doença. Hoje, eles são acompanhados no ambulatório de hanseníase da disciplina de dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

GENODERMATOSES

Encontramos 3 doentes de neurofibromatose, 2 com esclerose tuberosa e 1 com xeroderma pigmentado. (tabela 38 anexo II)

Os indivíduos com neurofibromatose ou doença de von Recklinghausen eram do sexo masculino, dois portadores de oligofrenia e outro com oligofrenia e epilepsia.

A neurofibromatose é considerada como afecção neuroectodérmica hereditária (genodermatose) e determinada por gene autossômico dominante com penetrância irregular e alta expressividade variável. A pele, o sistema nervoso, os olhos, os ossos e as glândulas endócrinas e talvez outros órgãos possam ser também ser afetados. Retardo mental e

distúrbios endócrinos ou neurológicos são referidos. Na pele, encontramos manchas café au lait, efélides, tumores tipo fibromas ou neurofibromas. (SADDY et al., 1985, SAMPAIO et al., 1983, ZONE, 1988.)

Os dois doentes de esclerose tuberosa eram masculinos, com 30 e 50 anos de idade, tinham a tríade clássica de deficiência mental, epilepsia e angiofibromas. Apresentavam ainda calcificação no cérebro, fibroma peri-ungueal e facoma da retina. A esclerose tuberosa, é uma doença hereditária, autossômica dominante, com penetrância incompleta; a deficiência mental está presente em 60% a 70% indivíduos, podendo ser progressiva, mas se ela não ocorrer na infância, posteriormente é incomum; há distúrbios de comportamento e também alguns relatos de esquizofrenia, associado à esclerose tuberosa. A epilepsia desenvolve-se em todos os pacientes com retardo mental e em 70% daqueles com Q.I. normal (ZONE, 1988).

Assinalou-se um caso de xeroderma pigmentado, do sexo feminino, 35 anos. A doente apresentava quadro clínico típico e já havia feito várias retiradas de tumores da face (epitelioma basocelular). Não encontramos associação específica com debilidade mental, psicose ou epilepsia.

COLAGENOSSES

As collagenoses foram representadas por 2 (0,11%) doentes de esclerodermia. (tabela 39 anexo II)

OUTRAS DERMATOSES (Tabela 40 anexo II)

Foram computados 11 (0,6%) casos de cútis vértice girata, nos doentes mentais internados. Essa doença, quando primária, pode estar associada a quadros neuropsiquiátricos. (ROOK & WILKINSON, 1979.)

SCHEPIS et al. (1990) relatam prevalência de 4,5% dessa dermatose, em 494 doentes psiquiátricos, concluindo haver associação com fragilidades cromossomais específicas.

No grupo de doentes mentais examinados, foram encontrados três com pênfigo foliáceo, dois do sexo masculino e um do sexo feminino, todos oligofrênicos, com idade de 53, 50 e 45 anos.

CUNHA et al. (1988), relataram o encontro de 6 doentes de pênfigo foliáceo no Complexo Hospitalar do Juqueri.

Devido ao longo tempo de internação dos alienados, foi aventada a possibilidade dos mesmos terem adquirido a doença dentro do hospital e que houvesse aí fator ambiental ou foco endêmico. Para explicar o fato de tão poucas pessoas adquirirem a doença, ressaltou-se a resistência individual.

Nos doentes por nós observados, somente 3 tinham a doença, e não notamos casos novos, nos últimos dois anos, no Complexo Hospitalar do Juqueri.

A suinose ou dermatose por insuficiência saponácea (DIS) foi encontrada em 14 doentes (0,76%). ALCHORNE et al., (1983) encontraram, em 150 doentes mentais examinados, 4% com DIS. Muitos doentes se recusam a tomar banho; muitas vezes em algumas colônias falta água, de modo que essa alteração seria esperada. Como o dia do exame dermatológico foi avisado com antecedência, o número de casos de DIS deve ter sido menor do que é na realidade.

A dermatite peri-oral ocorreu em 14 (0,76%) doentes. Observou-se que os internos tinham o hábito de passar a língua constantemente ao redor dos lábios, permitindo que a saliva estivesse em contato permanente com a pele.

Observamos um doente com penfigóide bolhoso cicatricial localizado.

DERMATOSES COM DISCUTIDA RELAÇÃO PSICOSSOMÁTICA

Encontramos, nos 1847 indivíduos examinados, 14 (0,75%) doentes com vitiligo, 14 (0,75%) com eczema perianal, 10 (0,54%) com psoríase, 7 (0,37%) com eczema atópico, 6 (0,32%) com neurodermite, 5 (0,27%) com prurido generalizado (sem etiologia), 4 (0,21%) com rosácea, 3 (0,15%) com urticária crônica (as outras foram definidas como alérgicas), 2 (0,10%) com líquen plano, 2 (0,10%) com disidrose e 1 (0,05%) com alopecia areata. (tabela 34 anexo II)

Estas dermatoses são consideradas por vários autores como psicossomáticas, devido a algumas características do seu comportamento clínico e fisiopatológico. (ALEXANDER, 1989, MEDANSKY, 1976, NEMIAH, 1975, RASMUSSEN, 1991, TESHIMA et al., 1982.)

As doenças ditas psicossomáticas não são aceitas por muitos autores, havendo polêmica a respeito de sua existência. No entanto, como a maioria dos trabalhos que estudam a prevalência das dermatoses na população de doentes mentais faz referência a essas entidades, não poderíamos, nesse estudo, nos furtar a essa discussão. (ALCHORNE et al., 1983, BUTTERWORTH & WILSON, 1988, KIDD & MEENAN, 1961, PARDO & VANNI, 1987, TOBIAS, 1967.)

Excluimos desse grupo a dermatite artefata, a tricotilomania, a escoriação neurótica e a onicofagia, pois nestes quadros a associação com a doença mental parece mais evidente. (CALLEN, 1988, STEIN & HOLLANDER, 1992).

Franz Alexander, psiquiatra e professor de psiquiatria, analisa que o termo psicossomático é mal compreendido e criticado, por refletir uma aparente dicotomia entre corpo e mente. Segundo ele, os fatores psicológicos que influenciam os processos orgânicos devem estar sujeitos ao mesmo exame cientificamente cuidadoso e minucioso, que é habitual nos processos fisiológicos. A referência a emoções em termos gerais, como tensão, desequilíbrio, ansiedade, já está ultrapassada, sendo que o verdadeiro conteúdo psicológico de uma emoção deve ser estudado com métodos de psicologia dinâmica e correlacionados com as respostas corporais: nervosas, endócrinas e imunológicas. (ALEXANDER, 1989.)

A pele é um órgão complexo, contendo células diferenciadas, glândulas sebáceas e sudoríparas, vasos sanguíneos, nervos e músculos, estruturas essas que são controladas pelo sistema nervoso autônomo. Além disso, ela é um órgão imunitário, onde as células de Langerhans e os queratinócitos têm papel importante. Fatores emocionais ou alterações psicológicas, causando descargas autossômicas, têm a capacidade de afetar a pele, assim como sua função e resposta imunológica (ALEXANDER, 1989, RASMUSSEN, 1991, TESHIMA et al., 1982, TOSTA, 1991, WINCHELL & WATTS, 1988).

Alguns autores dão suporte ao fato de que lesões hipotalâmicas afetam a função imune. O estresse intenso estaria associado à resposta diminuída dos linfócitos aos mitógenos e também à atividade diminuída das células linfocitárias do tipo "natural Killer". Ele também seria responsável por níveis de neuropeptídeos opiáceos aumentados. Há referências de que o estresse intenso exacerba certas doenças dermatológicas, que teriam componentes psicológicos e neuro-imunológicos relacionados à sua etiologia, como é o caso da psoríase, da urticária idiopática e da dermatite atópica. (FARBER et al., 1985, FAVA et al., 1980, LYKETSOS et al., 1985, RASMUSSEN, 1991, TESHIMA et al., 1982, TOSTA, 1991.)

Demonstrou-se que indivíduos sob intenso estresse exarcebam sua resposta a testes alérgicos, e que, após relaxamento, têm resposta significativamente diminuída. (TESHIMA et al., 1982.)

FELDMAN & LUGO (1973), estudaram 16 doentes com alopecia areata e em 9 encontraram correlação com fatores psicológicos, concluindo que fatores emocionais podem ter papel importante na precipitação da doença.

Alguns autores tentaram relacionar o grau de inteligência ou personalidade com a doença de pele psicossomática. (MacKENNA, 1944.)

HALL-SMITH & NORTON (1952), fizeram interessante estudo, tentando relacionar a personalidade dos doentes com problemas na pele. Concluíram que fatores psiquiátricos são encontrados em 78,5% dos doentes dermatológicos, tendo muitos indivíduos psiquismo anormal; relatam também que 52% dos indivíduos examinados tinham características de ansiedade obsessiva.

Alguns autores também constataam o aspecto psicossomático do eczema atópico e demostram a sua melhora com psicoterapia ou terapias comportamentais. (FAUSTICH & WILLIANSON, 1985, LYNCH et al., 1945.)

O fator psíquico entraria com um mecanismo psicossomático no caso do atópico. É referido que no caso de atopia, a criança nos seus primeiros contatos com a mãe já reagiria à agressividade materna e desenvolveria lesões na pele, consequentes a esse mal relacionamento (ANZIEU, 1989, LYNCH et al., 1945, MONTAGU, 1989.)

ROGENTINE et al. (1979), relataram que fatores psicológicos podem interferir no prognóstico do melanoma.

Há relato de regressão da neurodermite somente com tratamento psicoterápico. (SCHOENBERG & CARR, 1963.)

A psoríase é uma das doenças dermatológicas mais estudadas na sua relação com alterações psicológicas e psicossomáticas, tendo o estresse um papel primordial em sua patogênese. (FARBER et al., 1991, FAVA et al., 1980, GASTON et al., 1987, ISHIDA et al., 1985, PATRUS, 1991, PORTER et al., 1986, WINCHELL & WATTS, 1988.)

Considerando-se o aumento da substância P (neuropeptídeo vasoativo) nas lesões de psoríase e também o caráter simétrico das mesmas, aventou-se a hipótese de mecanismos neurogênicos. (FARBER et al., 1986, NAUKKARINEN et al., 1989.)

Há também referências de melhora da psoríase com antipsicóticos e com técnicas de relaxamento. (SHIMAMOTO & SHIMAMOTO, 1990, WINCHELL & WATTS, 1988.)

Alguns trabalhos relatam que a psicose e a doença psicossomática seriam mutuamente excludentes. A hipótese seria que a doença psicossomática serviria como defesa à psicose, podendo haver alternância das doenças psiquiátrica dermatológica. (PEDDER, 1969, RAMSAY et al, 1982.)

Alguns doentes mentais, principalmente os esquizofrênicos, são caracterizados por apresentarem um declínio patológico da resposta afetiva, o que os coloca alheios aos problemas que normalmente seriam causa de somatização. (SCHATZBERG & COLE, 1989, SPOERRI, 1974.)

BUTTERWORTH & WILSON (1938), num trabalho semelhante ao nosso, não encontraram as doenças, ditas psicossomáticas, nos doentes mentais, justificando o fato de essas não terem resposta afetiva semelhante à da população normal, portanto, não estavam submetidos ao mesmo tipo de estresse.

KIDD & MEENAN (1961), através do estudo das dermatoses em doentes mentais, avaliaram que na doença dita psicogênica, o fator estresse é importante, mas que isso não seria a causa isolada da etiologia das mesmas.

Os mesmos autores, estudando 700 doentes mentais, encontraram 17 (2,42%) indivíduos com alterações psicossomáticas, mas fracassaram em concluir a relação com o grau de inteligência.

TOBIAS (1967), em seu estudo de 751 indivíduos com doença mental, referiu não encontrar as dermatoses psicossomáticas como disidrose, alopecia areata, líquen plano, justificando também que esses doentes não estariam submetidos ao estresse da vida comum, como problemas sociais, afetivos ou de fadiga crônica.

PARDO & VANNI (1987), estudando 715 indivíduos com doença mental, relataram que as doenças com possível mecanismo psicossomático (vitiligo, rosácea, alopecia areata, neurodermite) não foram muito freqüentes, talvez devido à ausência de estresse e baixo nível de consciência pessoal. Os autores consideraram que os indivíduos com

doença mental não podem ter doenças relacionadas às tensões, uma vez que eles seriam incapazes de reprimir a emoção.

ALCHORNE et al. (1983), têm resultados semelhantes, pois encontraram prevalência baixa das moléstias relacionadas ao mecanismo psicossomático.

Os indivíduos deste estudo também apresentaram frequência baixa das doenças, ditas psicossomáticas, corroborando os dados da literatura. Ao contatar com os doentes mentais do Juqueri, fica evidente a transformação do mundo afetivo e social. Certamente eles não têm as tensões das pessoas ditas "normais". Os dados a respeito dessas considerações são insuficientes para qualquer conclusão, uma vez que isso não era o intuito primordial do estudo.

Nossos doentes tiveram prevalência baixa nas ditas doenças psicossomáticas; poderíamos inferir que o indivíduo que tem realmente uma doença mental, de alguma forma tem menos estresse ou os mecanismos das relações psiconeuro-imune-dermatológicas estão modificadas.

conclusões

6. CONCLUSÕES

1. O Juqueri sempre esteve presente na história da psiquiatria paulista, inicialmente como asilo modelo, com propostas modernizadoras, e, posteriormente, como instituição decadente e representante da psiquiatria retrógrada e inadequada.

Atualmente, tenta integrar-se mais realisticamente, voltando-se também para a comunidade geral. Sua população, entretanto, é representativa da sua história, com resquícios marcantes de cronicidade e isolamento.

2. A população do Juqueri tem um número equivalente de homens e mulheres. Tem grupo etário elevado, pois 80% dos doentes têm mais de 40 anos; e 32,4% deles têm mais que sessenta anos.

O tempo de internação é longo (em média 20 anos), caracterizando sua cronicidade. Os locais de internação dos doentes não diferem substancialmente em nenhuma característica. As doenças psiquiátricas mais prevalentes foram esquizofrenia (47,42%), oligofrenia (32,10%) e epilepsia (5,41%), como costumam ocorrer nos hospitais psiquiátricos.

3. A prevalência das dermatoses, no grupo de doentes mentais estudados, não difere substancialmente daquela encontrada na população geral.
4. As dermatoses com prevalência alta, em relação aos estudos referenciais populacionais gerais, foram a dermatite seborréica, fotossensibilidade, onicomicose, hiperqueratose plantar e hirsutismo.
5. Não houve correlação comprovada entre as dermatoses e as doenças mentais.
6. Finalmente, concluímos que a inter -relação entre doença mental, psiquismo e pele permanece como um iceberg, que tivesse somente a sua superfície descoberta.

resumo / abstract

RESUMO

Realizou-se exame dermatológico completo em todos os doentes mentais (1847) internados no Complexo Hospitalar do Juqueri, no período de Setembro a Dezembro de 1990, encontrando-se 85,54% com alguma dermatose. A população constituía-se de 940 mulheres, 907 homens, com predomínio de indivíduos brancos (71,2%), idade média de 54,5 anos e tempo médio de internação de 20 anos. As doenças psiquiátricas específicas mais encontradas foram a esquizofrenia, a oligofrenia e a epilepsia. As dermatoses mais freqüentes assim como os grupos mais prevalentes foram discutidos em seus aspectos relevantes. Algumas dermatopatias específicas assim como as dermatoses psicossomáticas também foram abordadas. Conclui-se que os doentes mentais internados têm, em geral, as mesmas doenças de pele da população geral não permitindo a correlação das dermatoses com as doenças psiquiátricas. Algumas entidades nosológicas como, dermatite seborréica, fotossensibilidade e hirsutismo foram mais freqüentes em comparação com a população não doente. As dermatoses ditas psicossomáticas foram pouco prevalentes. A situação de vida, internamento crônico, alimentação, drogas, parecem facilitar o aparecimento de algumas dermatoses.

ABSTRACT

All the mental patients of "Complexo Hospitalar do Juqueri" (1847) were investigated, from September to December, 1990, and 85,54% were found to have skin disease. The distribution by sex was 940 female and 907 male; 71,2% were white; the medium age was 54,5 years and the long-stay medium time was 12 years.

The prevalent mental illnesses were schizophrenic disorders, mental deficiency and epilepsy. The most frequent dermatoses and the most prevalent groups of skin disorders were discussed. Some specific dermatoses as well as the psychosomatic dermatoses had a special attention. No correlation between any particular mental and skin disease was established. Seborrheic dermatitis, photosensitivity and hirsutism appeared to be more prevalent than in the healthy population.

The so called psychosomatic dermatoses had little prevalence. The way of living, cronic long-stay, meal, drugs, seem to help the outcoming of some dermatoses.

referências bibliográficas

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDERSON, H. E.; REICH, H. Incidence of dermatoses in a student health service. Arch. Dermatol.Syphilol., Chicago, v.36, n.1, p.57-61, july, 1937.
- ALCHORNE, M. A. et al. Dermatoses observadas em hospitais psiquiátricos. An. Bras. Dermatol., v.58, n.2, p.79-80, 1983.
- ALEXANDER, F. Medicina psicossomática: seus princípios e aplicações. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. 231 p.
- ALMEIDA, E.A.A. Dermatopatia pela amiodarona. Arq.Bras.Med, v.60, m.6, p. 513-6, 1986.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DE SÃO PAULO - 1982/87. p.135, 114,87, 76,88 e 142.
- ANZIEU, D. Quatro séries de dados. In:_____. O eu-pele. São Paulo, casa do Psicólogo, 1989. p.24-39.
- AZULAY, R.D. Envelhecimento actínico. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 66, 5a, p.7s-8s, 1991.

BAKER, R. S. ; ROSS, P. A. ; BAUMANN, R. J. Neurologic complications of the epidermal nevus syndrome. Arch Neurol.,v.44, p. 227-32, feb., 1987.

BAN, T. A.; GUY, W.; WILSON, W.H. Neuroleptic induced skin pigmentation in chronic hospitalized schizophrenic patients. Can. J. Psychiat.,v.30, n.6, p.406-8, oct., 1985.

_____.LEHMANN, H.E. Skin pigmentation, a rare side effect of chlorpromazine. Can. Psychiat. Assoc. J. v.10, n.2, p.112-24, apr., 1965.

BEAVEN, D.W.; BROOKS, S.E. Alterações das unhas acompanhando oligofrenia e as malformações congênitas. In:_____. A unha no diagnóstico clínico: atlas colorido. São Paulo, Manole, 1987. p.162-83.

_____. Alterações das unhas na clínica e em afecções de caráter sistêmico. In:_____. A unha no diagnóstico clínico: atlas colorido. São Paulo, Manole, 1987. p.140-61.

_____. Onicodistrofias de outras etiologias. In:_____. A unha no diagnóstico clínico: atlas colorido. São Paulo, Manole, 1987. p.109-19.

- BENERJEE, B.N. et al. Prevalence and incidence pattern of skin diseases in Calcutta. Intern J. Dermatol., Philadelphia, v.12, n.1, p.41-7, jan./feb., 1973.
- BINDER, R. L. ; JONELIS, F. J. Seborrheic dermatitis in neuroleptic induced Parkinsonism. Arch. Dermatol., v.119, p.437-5, june, 1983.
- BOPP, C. et al. A análise interpretativa das dermatoses mais frequentes em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. An. Bras. Dermatol., v.48, p.117-32, 1973.
- BRAITHWAIT, S.S.; EMANUELE, M.A.; COLLINS, S. Neuropsychiatric hirsutism. Ann. Int. Med., v.110, n.9, p.749-9, may, 1989.
- BUTTERWORTH, T.; WILSON, M. Incidence of diseases of the skin in feeble-minded persons. Arch Dermatol Syphilol, v.38, p.203-9, 1938.
- CALLEN, J.P. Psychocutaneous Disease. In: CALLEN, J.P. et al. Dermatological signs of internal disease. Philadelphia, W.B.Sounders, 1988. p.320-321.
- CANIZARES, O. Geographic dermatology: México and Central America: the influence of geographic factors on skin diseases. Arch Dermatol., v.82, p.870-93, 1960.

CARAZZAI, A. M. et al. Detecção do anticorpo SSA/Ro em pacientes com lúpus eritematoso discóide e fotossensibilidade cutânea: estudo comparativo. Rev Paul Med., v.106, n.2, p.71-4, 1988

CARR, P.M. et al. Treatment of seborrhoeic dermatitis with tropical ketoconazole. The Lancet, p.1271, 1984.

CORMIA, F.E. Basic concepts in the production and management of the psychosomatic dermatoses-I. Br.J.Dermatol, v.63, p.83-92, mar, 1951.

COTTERILL, J.A. Dermatological non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image: Br.J.Dermatol, v.104, p.611-9, 1981.

_____. Psychiatry and the skin. Br.J.Hosp.Med., v.42, p.401-4, nov., 1989.

COWLEY, N.C.; FARR, P.M.; SHUSTER, S. The permissive effect of sebum in seborrhoeic dermatitis: an explanation of the rash in neurological disorders. Br.J.Dermatol, v.122, p.71-6, 1990.

CUNHA, M.C.P. O espelho do mundo: Juquery, a história de um
um asilo. 2 ed. São Paulo, Paz e Terra, 1988. 217p.

CUNHA , P.R. ; ALMEIDA , F.A. ; LOMBARDI , C. Ocorrência de
pênfigo foliáceo sul-americano (fogo selvagem) em doentes
mentais institucionalizados. An Bras.Dermatol, Rio de
Janeiro, v.63, n.1, p.13-4, 1988.

DI PRIMA, T.M. al. Aprocchio preliminare sulla componente
psichica in dermopazienti. Gior Ital Dermatol Venereol,
v.124, n.4, p.147-50, apr.1989.

DUPONT , C. Skin disease in mental hospital patients.
J.Irish Med, Assoc., v.62, n.38, p.61-2, feb., 1969.

DWARDS, A. E. et al. Pruritic skin disease, psychological
stress, and the itch sensation. Arch Dermatol, v.112,
p.339-43, mar., 1976.

ENGLISH, M.P.; GIBSON, M.D. Studies in the epidemiology of
tinea pedis: I. tinea pedis in School children. Brit
Med.J., p.1442-6, jun., 1959.

FABISCH, W. Psychiatric aspects of dermatitis artefacta.
Br.J.Dermatol, v.102, p.29-34, 1980.

- FARBER, E.M. et al. Stress, symmetry, and psoriasis: possible role of neuropeptides. J.Amer.Acad.Dermatol, v14, n.2, part 1, p.305-11, feb., 1986.
- FARBER, E.M. et al. Stress Psoriasis. Psiconeuroimmunologic mechanisms. Int J.Dermatol, v.30, p.8-12, jan., 1991.
- FAULSTICH, M. E.; WILLIAMSON, D. A. An overview of atopic dermatitis: toward a bio-behavioural integration. J.Psychosom.Res., v.29, n.6, p.647-54, 1985.
- FAVA, G. et al. Live events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. Br.J.Med.Psychol, v.53, part 3, p.277-82, 1980.
- FELDMAN, M.; LUGO, A.J.R.; Consideraciones psicossomáticas en la alopecia areata. Med.Cut.J.L.A., v.7, n.5, p.345-8, oct., 1973.
- FERREIRA, J.A. The role of diazepam in skin hyperpigmentation. Aesth. Plast. Surg., New York, v.4, p.343-8, 1980.
- FITZPATRICK, T. B. et al. (eds.) Dermatology in the perspective of general medicine. In: _____. Dermatology in General Medicine. 2 ed. New York, McGraw - Hill, 1979. p.7-9.

_____. Disorders of melanocytes. In: _____.
Dermatology in General Medicine. 2 ed. New York,
McGraw-Hill, 1979. p.568-629.

_____. Epidermis: disorders of cell kinetics and
differentiation. In: _____. Dermatology in GERAL
Medicine. 2 ed. New York, McGraw-Hill, 1979. p.233-47.

_____. Miscellaneous disorders arising in the skin.
In: _____. Dermatology in General Medicine. 2 ed.
New York, McGraw-Hill, 1979. p.803-17.

_____. Neurocutaneous diseases. In: _____.
Dermatology in General Medicine. 2 ed. New York,
McGraw-Hill, 1979. p.1026-46.

_____. Photomedicine. In: _____. Dermatology in
General Medicine. 2 ed. New York, McGraw-Hill, 1979.
p.942-94.

_____. Sebaceous glands. In: _____. Dermatology in
General Medicine. 2 ed. New York, McGraw-Hill, 1979.
p.437-58.

FOGH, H. et al. Androgens in hirsute women referred for
electroepilation. Acta Derm.Venereol, Stockh, v.69,
p.179-82, 1989.

FORD, G.P. et al. The response of seborrhoeic dermatitis to ketoconazole. Br.J.Dermatol, v.3, p.603-7, 1984.

FRALETTI, P. O Juqueri: ontem e hoje. Arq. Coord. Saúde Mental do Est. São Paulo, Franco da Rocha, v.38, p.23-33, jan./dez., 1972.

_____. Juqueri: passado, presente, futuro. Arq. Saúde Mental do Est.de São Paulo, Franco da Rocha, v.46, p.156-77, jan./dez., 1986-87.

_____. Médicos do Juqueri. Arq.Coord.Saúde Mental do Est.São Paulo, Franco da Rocha, v.38, p.35-42, jan./dez., 1972.

_____. 66º aniversário da fundação do Juqueri. Arq.Dep.Assit.Psicop.Est.São Paulo, Franco da Rocha, v.30, p.87-101, jan./dez., 1964.

GARDNER, A.R.; GARDNER, A.J. Self-mutilation, obsessionalism and narcissism. Br.J.Psychiat, v.127, p.127-32, aug., 1975.

GASTON, L. et al. Psoriasis and stress: A prospective study. J.Am.Acad.Dermato, v.17, p.82-6, jul., 1987.

GIANELLI, M. A. et al. Dermatofitose do pé : estudo epidemiológico prospectivo. An Bras.Dermatol, v.63, n.1, p.9-12, jan./fev., 1988.

GILMAN A. G., GOODMAN. Drugs used in psychiatric diseases. In: The pharmacological basis of therapeutics. 6th ed., chap. 12, New York, Macmillan, 1980.

GILMAN, R.L. Incidence of skin diseases in a student health service. Am.J.Med.Sciences, v.188, n.2, p.286-70, aug., 1934.

GONÇALVES, A. P. Envelhecimento cutâneo: introdução. An. Bras.Dermatol, Rio de Janeiro, v.66, n.5a, p.2s-3s, 1991.

_____. Envelhecimento cutâneo cronológico. An.Bras.

Dermatol, Rio de Janeiro, v.66, n.5a, p.4s-6s, 1991.

GOODMAN, H. Statistics of the the most common skin diseases. Arch Dermatol Syphilol, v.20, n.186, p.186-8, aug., 1929.

GROB, J. J. et al. The relation between Seborrhoeic Keratoses and Malignant Solid Tumors. Acta Derm.Venereol (stochh), v.71, p.166-169, 1991.

GUPTA, M. A. Is chronic pain a variant of depressive illness? a critical review. Can.J.Psychiat., v.31, n.3, p.241-8, apr., 1986.

GUPTA, M.A. et al. Psychiatric aspects of treatment of moderate acne. Int.J.Dermatol, v.29, n.10, p.719-21, dec., 1990.

_____ ; GUPTA, A.K.; HABERMANN, H.F. Neurotic excoriations: a review and some new perspectives. Compr.Psych., v.27, n.4, p.381-6, july/aug., 1986.

_____. Psychotropic drugs in dermatology. J.Amer Acad.Dermatol, v.14, n.4, p.633-45, apr.1986.

HALL, R. ; BURROWS, D. Diagnostic review of hospital dermatology in Northern Ireland 1954-66. Brit J.Dermatol, v.18, p.261-4, 1968.

HALL-SMITH, S.P.; NORTON, A. Psychiatric survey of a random sample of skin out-patients.Br.J.Med.,p.417-21,aug., 1952.

HAY, R.J. et al. Itraconazole in the management of chronic dermatophytoses. J.Am.Acad.Dermatol Supp., v.23, n.3, part 2, p.561-4, sep., 1990.

HERNDON, J.H. Itching: the pathophysiology of prurities. Intern J.Dermatol, v.14, p.465-84, sep., 1975

HUGHES, J. E. et al. Psychiatric symptoms in dermatology patients. Br.J.Psychiat., v.143, p.51-4, july, 1983.

HUSSAR, A.E. Peptic ulcer in long-term institutionalized schizophrenic patients. Psychosom Med., v.30, n.4, p.374-7, 1968.

ISHIDA, C.E. et al. Aspectos psicossomáticos da psoríase; relato de um caso de regressão narcísica em um paciente portador de psoríase eritodérmica. An.Bras.Dermatol, v.60, n.5, p.311-4, 1985.

KAPLAN, A. P. Drug-induced skin disease. J.Allergy Clin. Immunol, v.74, n.4, part 2, p.573-9, oct., 1984.

KATZENBERG, A.; HOLLANDER, M. Managing noncompliance in a schizophrenic patients with chronic skin disorders. J.Behav.Ther.Exp.Psychiat., v.20, n.3, p.257-60, 1989.

KENYON, F.E. Psychosomatic aspects of acne. Br.j.Dermatol,
v.78, p.344-51, 1961.

KIDD, C.B. ; MEENAN, J.C. A dermatological survey of long-
stay mental patients. Br.J.Dermatol, v.73, p.129-33,
1961.

_____. The neurodermatoses and intelligence. Br.J.Der-
matol, v.73, p.134-6, 1961.

KOBLENZER, C. S. Psychosomatic concepts in dermatology.
Arch Dermatol, v.119, p.205-12, june, 1983.

_____. What is psychocutaneous disease? Inter.J.
Dermatol, v.29, n.2, p.105-6, mar., 1990.

KRESTIN, D. The seborrhoeic facies as a manifestation of
post-encephalitic Parkinsonism and allied disorders.
Quart J.Med., p.177-85, july, 1927.

LAURENTI, R. et al. Populações: recenseamento e estimativas. In: _____. Estatísticas de Saúde. São Paulo, EPV, 1985. p.9-37.

LEITE, J.G. O 63^o aniversário dos arquivos e a função social do Hospital do Juqueri. Arg.Saúde Mental do Est.de São Paulo, Franco da Rocha, v.46, p.7-10, jan./dez., 1986/87.

LEUNG, R.S.C. et al. Neurotrophil zinc levels in psoriasis and seborrhoeic dermatitis. Br.J.Dermatol, v.123, p.319-23, 1990.

LYNCH, F. W. ; HINCKLEY, R. G. ; COWAN, D. W. Psychosomatic studies in dermatology. Arch Dermatol Syphilol, Chicago, v.51, p.251-60, 1945.

LOMHOLT, G. Prevalence of skin diseases in a population: a census study from the Faroe Islands. Dan.Med.Bull, v.11, n.1, p.1-7, 1964.

LYKETSOS, G.C. et al. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. Psychother Psychosom, v.44, p.122-31, 1985.

MACALPINE, I. Is alopecia areata psychosomatic? a psychiatric study. Br.J.Dermatol, v.70, p.117-31, apr.1958.

MACKENNA, R. M. B. Psychosomatic factors in cutaneous disease. The Lancet, p.679-81, nov.25, 1944.

MAGALHÃES, A.M.D. Saúde mental. In: Seminário sobre situação de Saúde nas Áreas Metropolitanas Brasileiras, 1976. Anais p.164-8.

MAIETTA, G. et al. Patients with mood depression have a higher prevalence of seborrhoeic dermatitis. Acta Derm.Venereol, Stockh, v.70, p.432-4, 1990.

MARKS, R. Infections and infestations of the skin. In: _____ . Skin disease in old age. London, Martin Dunitz, 1987. p.143-63.

MATHES, B. M. ; DOUGLASS, M. C. Seborrhoeic dermatitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. J.Amer Acad.Dermatol, v.13, n.6, p.947-51, dec., 1985.

MEDANSKY, R.S. Emotion and skin: a double blind evaluation of psychotropic agents. Psychosomatics, v.12, p.326-29, sep./oct., 1976.

MEZEY, A. G. ; EVANS, E. Towards chronic mental illness patients staying in hospital for more than six months. Br.J.Psychiat., v.114, p.1399-405, 1968.

MONTAGU, A. A mente da pele. In: _____. Tocar: o significado humano da pele. São Paulo, Summus, 1988. p.21-60.

MUSAPH, H. Psychodynamics in itching states. Int.J. Psychoanal, v.49, p.336-9, 1968.

NAUKKARINEN, A.; NICKOLOFF, B.J.; FARBER, E.M. Quantification of cutaneous sensory nerves and their substance P content in psoriasis. J.Invest.Dermatol, v.92, n.1, p.126-9, jan., 1989.

NEMIAH, J.C. Denial revisited: reflections on psychosomatic theory. Psychother Psychosom, v.26, p.140-7, 1975.

PAGNANO, P.M.G. Envelhecimento da pele e consequências. J.Bras.Psiq., v.39, n.1, p.37-41, jan./fev., 1990.

PALLADINI, P. C. N. Dois anos e meio de lar abrigado no Juqueri. Arg.Saúde Mnetal do Est.de São Paulo, Franco da Rocha, v.46, p.62-6, jan./dez., 1986/87.

PARDO, G. B. ; VANNI, L. Prevalenza di malattie cutanee in pazienti di un ex ospedale psichiatrico. Gior.Ital.Dermatol Venerol, v.123, n.6, p.303-5, giugno, 1988.

PATRUS, O. A. Fatores psicogênicos em psoríase: argumentos favoráveis. An.Bras.Dermatol, v.66(5a), p.315-35, 1991.

PAVONE, L. et al. Epidermal nevus syndrome: a neurologic variant with hemimegiencephaly, gyral malformation, mental retardation, seizures and facial hemihypertrophy. Neurol, v.41, p.266-71, feb., 1991.

PEDDER, J. R. Psychosomatic disorder and psychosis. J.Psychosom Res., v.13, p.339-46, 1969.

PERT, C. B. et al. Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network. J.Immunol, v.135, n.2, p.820-6, 1985.

PIERCE, David W. Suicidal intent in self - injury. British Journal of Psychiatry, London, v.130, p.377-85, apr.1977.

PORTER, Y. R. et al. Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with "normal" control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. J.Amer.Acad.Dermatol, v.15, n.2, part 1, aug., 1986.

RAMAKRISHNAN, S. et al. Giant pigmented nevus with focal motor seizures. Ind.J.Dermatol, v.34, n.4, p.87-8, dec., 1989.

_____ et al. Schizophrenia and psychosomatic illness. J.Psychosom Res., v.26, n.1, p.33-42, 1982.

RASMUSSEN, J.R. Psychosomatic dermatology: is it relevant?

Arch.Dermatol, v.126, p.90-3, jan., 1991.

RASMUSSEN, S. Obsessive-compulsive disorder in dermatologic

practice. J.Amer Acad.Dermatol, v. 13, n.6, p.965-7,
dec., 1985.

REA, J. N. ; NEWHOUSE, M. L. ; HALIL, T. Skin disease in

Lambeth. Brit J.Prev.Soc.Med., v.30, p.107-14, 1976.

REILLY, M. et al. Livedo reticularis and dementia. J.Neu-

rol, v.237, p.37, 1990.

ROGENTINE, G.N. et al. Psychological factors in the progno-

sis of malignant melanoma: a prospective study.

Psychosom Med., v.41, n.8, p.647-55, dec., 1979.

ROMITI, N.; ALMEIDA, J.R.P.; MATTOS E DINATO, S.L. Recenseamento dermiátrico no município de Santos. An.Brasil Dermatol, v.53, p.385-406, 1978.

ROOK, A.; WILKINSON, D.S. Eczema, lichen simplex and prurigo. In: Textbook of dermatology. 3 ed. Oxford, Blackwell, 1979. v.1, p.299-348.

_____. Diseases of the umbilical, perianal and genital regions. In : Textbook of dermatology. 3. ed. Oxford, Blackwell, 1979. v. 2, p. 1935 - 92.

_____. Hair. In: Textbook of dermatology. 3 ed. Oxford, Blackwell, 1979. v.2, p.1733-824.

_____. Atopic dermatitis. In: Textbook of dermatology. 3 ed. Oxford, Blackwell, 1979. v.1, p.349-441.

_____. The skin and the nervous system. In: Textbook of dermatology. 3 ed. Oxford, Blackwell, 1979. v.2, p.1993-2022.

_____. Psychocutaneous disorders. In: Textbook of dermatology. 3 ed. Oxford, Blackwell, 1979. v.2, p.2023-35.

RUBERTI, I. Pacientes têm alta mas ficam no Juqueri. Folha de São Paulo, São Paulo, 21 dez. 1990.

RUBIN, Z. ; RABINER, C. J. ; SEIDES, S. W. Psychocutaneous medicine. Arch Derm., v.93, p.466-70, apr.1966.

RUD, J. ; NOREIK, K. Who become long-stay patients in a psychiatric hospital? Acta Psychiat. Scand, v.65, p.1-14, 1982.

RUSSIANO, V. Juqueri desde a sua fundação. Arg.Assit. Psicop.Est.São Paulo, Franco da Rocha, v.13-14, p.7-17, jan./dez., 1948-49.

RYAN, T. J. ; WILKINSON, D. S. Cutaneous vasculitis:

"angiitis" In: Textbook of dermatology. 3 ed. Oxford, Blackwell, 1979. v.1, p.993-1076.

SÁ, E. N. C. Análise de uma instituição pública complexa no setor de saúde: o conjunto Juquery, no Estado de São Paulo. São Paulo, 1983. 328p Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.

_____. PIMENTEL, L.C. Juqueri: um espinho adormecido.

São Paulo, Heicitec, 1991. 127p.

_____. MARTINS, M.B. ; MENDES FILHO, R.B. Modernização administrativa de uma instituição pública complexa do setor de saúde. O conjunto Juqueri, no Estado de São Paulo - Brasil - relato da continuação do processo/julho 1991. Palestra apresentada às Jornadas sobre Modernização Administrativa de Instituições Complexas de Assistência Psiquiátricas - Base: Colônia Dr.Santini Rossi. Uruguai, 26 a 27 jul. 1991.

SADDY, E.M.V. et al. Neurofibromatose: dados epidemiológicos e etiológicos aspectos genéticos e dermatológicos. An.Bras.Dermatol, v.60, n.6, p.371-8, nov./dez., 1985.

SADICK, N. S. ; MCNUTT, N. S. ; KAPLAN, M.H. Papulosquamous dermatoses of AIDS. J.Amer Acad.Dermatol, v.22, n.6, part 2, p.1270-7, june, 1990.

SAMPAIO, S. A. P. ; CASTRO, R. M. ; RIVITTI, E. Erupções eritemato-escamosas. In: _____. Dermatologia básica. 3 ed. São Paulo, Artes Médicas. 1983. p.109-20.

_____. Fotodermatoses e radiodermatites. In: _____. Dermatologia básica. 3 ed. São Paulo, Artes Médicas, 1983. p.431-43.

_____. Tumores benignos e malignos da pele. In: _____. Dermatologia básica. 3 ed. São Paulo, Artes Médicas, 1983. p.475-512.

SANDYK, R. Seborrhea and persistent tardive dyskinesia.

Intern.J.Neurosc., v.50, p.223-6, 1990.

_____; PARDESHI, R. Mood-dependent fluctuations in the severity of tardive dyskinesia and psoriasis vulgaris in a patient with schizoaffective disorder: possible role of melatonin. Intern.J.Neurosc., v.50, p.215-21, 1990.

_____. Topographic subtypes of tardive dyskinesia: relationship to seborrhea. Intern.J.Neurosc., v.54, p.321-3, 1990.

SCHATZBERG, A. F. ; COLE, J. O. Drogas antipsicóticas.

Psicofarmacologia clínica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.64-93.

SCHEPIS, C. et al. Prevalence of primary cutis verticis gyrata in a psychiatric population: association with chromosomal fragile sites. Acta Dermatol Venerol, Stockm, v.70, p.483-6, 1990.

SCHOENBERG, B.; CARR, A.C. An investigation of criteria for brief psychotherapy of neurodermatitis. Psychosom Med., v.25, n.3, p.253-63, 1963.

SEADE. Leitos e movimento nosocomial dos hospitais psiquiátricos. Município de Franco da Rocha, 1985, 87. São Paulo, SEADE, S.d. (Tabelas).

SENAY, E. ; REDLICH, F. Cultural and social factors in neuroses and psychosomatic illnesses. Social Psychiat., v.3, n.3, p.89-97, 1968.

SERRUYA, J. Incidência das dermatoses na Guanabara. An.Bras.Dermatol, v.49, p.237-44, out./dez., 1974.

SHELEY, W.B.; ARTHUR, R.P. The neurohistology and neurophysiology of the itch sensation in man. AMA Arch.Dermatol, v.76, p.296-323, sep., 1957.

SHIMAMOTO, Y.; SHIMAMOTO, H. Anular pustular psoriasis associated with affective psychosis. Cutis, v.45, p.439-42, june, 1990.

SHUSTER, S. The aetiology of dandruff and the mode of actions of therapeutic agents. Br.J.Dermatol, v.111, p.235-42, 1984.

SILVA, D.B. Origem e desenvolvimento dos Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Arq.Saúde Menta do Est.de São Paulo, Franco da Rocha, v.46, p.11-32, jan./dez., 1986/87.

SIMPSON, M. A. The phenomenology of self mutilation in a general hospital setting. Can.Psychiat.Assoc.J., v.20, n.6, p.429-34, oct., 1975.

_____. Studies of self mutilation patients. Am.J.Psychiat., v.138, n.6, p.855, jun., 1981

SPOERRI, T. H. Psiquiatria especial. In: _____.
Compêndio de psiquiatria. 2 ed. Rio de Janeiro, Atheneu,
1974. p.62-162.

STEIN, D. J. ; HOLLANDER, E. Dermatology and conditions
related to obsessive - compulsive. J.Amer Acad.Dermatol,
v.26, n.2, part 1, p.237-42, 1992.

STEVENS, J. R. ; An anatomy of shizophrenia? Arch. Gen.
Psychiatry, v. 29, p. 177-89, aug., 1973.

SVENDSEN, I. B. tinea pedis among crippled adolescents in
an institution with a common bath. Acta Dermato-
vnereol.,v. 41, p. 150-63, 1961.

TESHIMA H. et al. Psychosomatic aspects of skin diseases
from the standpoint of immunology. Psychother.
Psychosom., v. 37, p. 165-75, 1982.

TINDALL, J. P. ; SMITH, G. ; DURHAM, N. C. Skin lesions of
the aged and their association with internal changes.
JAMA, v. 186, n. 12, p. 73-6, dec., 1963.

TOBIAS, N. Dermatoses and psychoses. Cutis, v. 4, n. 3,
p. 283-5, mar., 1968.

TOSTA , C. E. Psiconeuroendocrinoimunodermatologia e a descoberta do óbvio. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE DERMATOLOGIA, 46, Belo Horizonte, 31 ago a 04 set, 1991. Belo Horizonte, 1991. p. 218.

VAN MOFFAERT, M. Factitious affections in dermatology. Arch. Belges Dermatol., v. 30, n. 4, p. 221-4, 1974.

_____ ; VERMANDER, F.; KINT, A. Dermatitis artefacta. Inter. J. Dermatol., v. 24, n. 4, p. 236-8, may, 1985.

VASSILEVA, S; KRASTEVA, M. Familial occurence of multiple seborrheic keratoses and schizophrenia (letter). Dermatologica, 181, vol. 2, p. 169, 1990.

VERGNANINI, A. L. Estudos clínico e epidemiológico das dermatoses encontradas na disciplina de dermatologia - FCM -UNICAMP e comparativos com outras regiões do Brasil e países subtropicais. Campinas, 1990. 117p. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

WALLENGREN, J. ; EKMAN, R. ; SUNDLER, F. Occurrence and distribution of neuropeptides in the human skin. Acta Dermatol. Venereol., Stockh, v. 67, p. 185-92, 1987.

WARNOCK, J. K. ; KNESEVICH, J. W. Adverse cutaneous reactions to antidepressants. The Amer. J. Psychiat., New York, v. 145, n. 4, p. 425-30, apr., 1988.

WEISMANN, K. ; KRAKAUER, R. ; WANSCHER, B. Prevalence of skin disease in old age. Acta Dermatovener, Stockholm, v. 60, p. 352 - 3, (1980).

WESSELY, S.C. ; LEWIS, G.H. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. Br. J. Psychiat., v.155, p. 686 - 91, nov, 1989.

_____. The sebaceous gland. In: Textbook of dermatology. 33. ed. Oxford, Blackwell, 1979. v.2, p. 1691 - 731.

WILSON. C. L. ; WALSH, M. Incidence of seborrhoeic dermatitis in spinal injury patients. Br V Dermatol., suppl 33 : 48, 1988.

WINCHELL, S. A. ; WATTS, R. A. Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. J. Amer. Acad. Dermatol., v. 18, n. c1, p. 101 -4, 1988.

ZAITS, C. et al. Estatísticas do ambulatório de dermatologia da Santa Casa de São Paulo (1977). An. Brasil. Dermatol., v. 54, p. 311 - 24, 1979.

ZONE, J. J. Neurocutaneous disease. In : CALLEN, J. P. et al. Dermatological signs of internal disease. Philadelphia, W. B. Saunders, 1988. p. 306 - 19.

apêndice

anexo I

anexo II

anexo I

ANEXO I

Tab - 1

As dez dermatoses mais freqüentes, segundo Goodman, Gilman e Alderson & Reich.

Goodman	Gilman	Alderson & Reich
1. Eczema	1. Tinha "sensu latu"	1. Tinha "sensu latu"
2. Tinha "sensu latu"	2. Acne vulgar	2. Piodermite
3. Acne vulgar	3. Seborréia	3. Dermatite Venenata
4. Escabiose	4. Verruga	4. Seborréia
5. Psoríase	5. Pioderma	5. Acne vulgar
6. Seborréia	6. Dermatite venenata	6. Verruga
7. Impetigo	7. Eczema	7. Cisto Sebáceo
8. Urticária	8. Pitiríase rósea	8. Urticária
9. Dermatitis venenata	9. Nevo	9. Pediculose
10. Alopecia	10. Herpes zoster	10. Herpes simples

Fonte - Alderson, HE ; Reich, A. "Incidence of dermatoses in a student health service" Archives of Dermatology and Syphilology, V 36 , n 1 , p 57 - 61, July 1937

Tab - 2

Número absoluto e percentual das dez dermatoses mais comuns, em doentes externos do Hospital Geral da cidade do México, em 1959.

Dermatoses	Número de pessoas	%
Dermatite de contato	366	10.0%
Tinha do couro cabeludo	315	9.1%
Impetigo	214	6.2%
Dermatoses solares	171	5.2%
Verrugas	162	4.7%
Reações alérgicas a distância	156	4.5%
Vitiligo	151	4.3%
Úlcera das pernas	140	4.0%
Tinha do pé	126	3.6%
Acne	105	2.1%

Fonte - Canizares, Orlando "Geographic dermatology: México and Central América: The influence of geographic factors on skin diseases" Archives of Dermatology, V 82, p. 870 - 893 1960.

Tab - 3

Prevalência percentual das 15 dermatoses mais comuns, nas Ilhas Faroës, encontradas numa população de 10.984 pessoas, somente em casos que necessitavam de tratamento.

Dermatoses	Prevalência
Eczema	1.54%
Dermatite Seborréica	1.05%
Neurodermatite	0.44%
Acne Vulgar	0.30%
Dermatite atópica	0.15%
Úlcera de perna	0.14%
Alopécia areata	0.13%
Líquen plano	0.11%
Ictiose	0.11%
Rosácea	0.09%
Escabiose	0.07%
Perniose	0.06%
Vitiligo	0.06%

Fonte - Lomholt, Gunnar "Prevalence of skin diseases in a population" Dan. Med. Bull., V 11, n 1, p 1 - 7, 1964.

Tab - 4

Incidência comparativa, em porcentagem, das dermatoses mais comuns em Londres, México, e Calcutá.

Dermatoses	Londres*	México**	Calcutá
Piodermites	4.6	6.5	30-40
Escabiose	0.8	6.0	20.0
Micoses Superficiais	3.2	13.0	15-20
Eczemas	35.6	8-12	15-20
Acne vulgar	5.6	3.0	3.5
Vitiligo	s/dado	4.0	4.0
Verruga	7.4	5.0	2.0
Psoríase	5.6	s/dado	0.5-1.5
Líquen plano	1.3	s/dado	0.5-1.5

Fonte - Benerjee, BN et al "Prevalence and incidence pattern of skin diseases in Calcuta " International Journal of Dermatology, V 12, n 1, p 41 - 7, Jan. Fev. 1973.

*Rook A., Wilkinson D.S., The prevalence , incidence and ecology of diseases of the skin. In : Textbook of Dermatology. Ed. Rook A., Wilkinson, D. S., Ebling, F. J. G., Oxfors, Blackwell Scientific Publications, 1968.

**Canizares, O., Geographic dermatology: Mexico and Central America. Arch Drmatol., 82:870, 1960.

Tab - 5

Prevalência das dermatoses mais freqüentes entre pessoas com idade variando de 1 a 74 anos, nos Estados Unidos, 1971-1974.

Dermatoses	Taxa por 1000 pessoas	Número em milhares
Doenças das glândulas sebáceas	84.8	16.465
Dermatofitoses	38.7	15.733
Pitiríase versicolor	8.4	1.623
Tumores	56.5	10.968
Dermatite Seborréica	28.2	5.476
Dermatite atópica/Eczema	18.4	3.575
Ictiose/queratose	9.5	1.835
Foliculite	8.0	1.553
Verruga vulgar	8.5	1.684
Psoríase	5.5	1.070
Queratose Seborréica	5.2	1.010
Vitiligo	4.9	957
Herpes simples	4.2	824
Todas outras	124.9	24.137

Fonte - Health and Nutritional Examination Survey (HANES)
United State.

Tab - 6

Número absoluto das várias condições observadas em 614 pessoas examinadas, Londres 1976.

Grupo	Número
Tumores, Nevos e Angiomas	161
Eczemas	111
Acne	83
Dermatoses descamativas	68
Dermatoses do couro cabeludo e cabelo	71
Prurigo e alterações associadas	52
Doenças eritematosas e outras	34
Doenças infecciosas e parasitárias	36
Verrugas infecciosas	33
Alterações ungueais	24
Psoríase	17
Alterações na boca e língua	8
Úlcera crônica	5

Fonte - Rea, J N; Newhouse, M C; Halil, T "Skin disease in Lambeth" Brit. J. Prev. Soc. Med; V 30, p 107 - 14, 1976.

Tab - 7

Relação das 10 dermatoses mais freqüentes, em ordem decrescente, segundo vários autores.

Bopp et al (RS) 1973	Serruya (RJ) 1974	Zaitz et al (SP) 1979
1. Eczemas	1. Eczemas	1. Eczemas
2. Piodermítes	2. Micoses superficiais	2. Zooparasitoses
3. Dermatomicoses	3. Pruridermias	3. Micoses superficiais
4. Acne	4. Piodermítes	4. Tumores
5. Escabiose	5. Úlcera de perna	5. Hipersensibilidade
6. Dermatoviroses	6. Discromias	6. Piodermítes
7. Alopecia	7. Dermatoviroses	7. Doenças Venéreas
8. Complexo Varicoso	8. Acne	8. Dermatoviroses
9. Sífilis	9. Carcinomas	9. Psoríase
10. Psoríase	10. Dermatozoonoses	10. Vitiligo

Fonte - Bopp, Clóvis et al "Análise interpretativa das dermatoses mais freqüentes em Porto Alegre - RS, Brasil" An. Brasil Dermat., V 48, p 117 - 132, 1973. Serruya, José "Incidência das dermatoses na Guanabara" An Bras Dermat., V49, p 237 - 44, 1974. Zaitz, Clarisse et al "Estatísticas do ambulatório de dermatologia da Santa Casa de São Paulo (1977)" An Brasil Dermat., V54, p 311 - 324, 1979.

Tab - 8

Recenseamento dermiátrico no município de Santos. Distribuição das dermatoses período de Fev-77 a Ago-77.

Dermatoses	Total	%
Doenças dos apêndices cutâneos	65	0.7%
Dermatoviroses	526	5.6%
Discromias	46	0.5%
Doenças do colágeno	1	0.0%
Eczemas	307	3.3%
Endocrinopatias	4	0.0%
Erupção por Drogas	1	0.0%
Fotodermatoses	18	0.2%
Genodermatoses	68	0.7%
Grupo do Acne	226	2.4%
Micoses Superficiais	611	6.5%
Nevos	96	1.0%
Piodermítes	119	1.3%
Miscelânea	77	0.8%
Zoonoses	1.320	14.0%
Sub - Total	3.485	37.0%
Sadios	5.929	63.0%
Total	9.414	100.0%

Fonte - Romiti, Ney; Almeida, José Roberto Paes de, Mattos e Dinardi, Sandra Lopes. "Recenseamento dermiátrico no município de Santos." An Bras Dermat., V 53, p 385 -406, 1978." An Bras Dermat., V 49, p 237 - 44, 1974. Zaitz, Clarisse et cols "Estatísticas do ambulatório de dermatologia da Santa Casa de São Paulo (1977) " An Brasil Dermat., V 54, p 311 - 324, 1979.

Tab - 9

Relação das dez dermatoses mais freqüentes no período 1968 - 1971, no ambulatório de dermatologia da FCM da UNICAMP.

Diagnóstico	Frequência	%
Escabiose	328	9.2%
Dermatite de Contato	232	6.5%
Impetigo	185	5.1%
Dermatite de Estase	150	4.2%
Dermatite Seborréica	145	4.0%
Úlcera de Estase	132	3.7%
Pitiríase Versicolor	129	3.6%
Epitelioma Basocelular	89	2.5%
Psoríase	83	2.3%
Hanseníase - Forma Lepromatosa	65	1.8%
Total	1.538	43.1%

Fonte - Vergnanini. A L., Estudo clínico e epidemiológico das dermatoses encontradas na disciplina de dermatologia FCM Unicamp e comparativa com outras regiões do Brasil e países subtropicais. Campinas 1990 [tese de Doutorado - Faculdade Ciências Médicas - UNICAMP].

Tab - 10

Dermatoses observadas em hospital psiquiátrico

Dermatoses	Nº e porcentagem de casos	Dermatoses	Nº e porcentagem de casos
Farmacodermia	100 - 66,6%	Psoríase	2 - 1,3%
Xerodermia	62 - 41,3%	Tatuagem	2 - 1,3%
		Cutis rhomboidalis	1 - 0,6%
Cicatrizes	40 - 26,6%	Deformidade ungueal traumática	1 - 0,6%
Nevos	31 - 20,6%	Doença de Matsumoto	1 - 0,6%
Eczema seborréico	28 - 18,6%	Elastoidose cutânea com cisto e comedões	1 - 0,6%
Micoses superficiais	18 - 12,0%	Epitelioma basocelular	1 - 0,6%
Acne vulgar	16 - 10,6%	Escabiose	1 - 0,6%
Melanose actínica	11 - 7,3%	Estrias atróficas	1 - 0,6%
Varizes de membros inferiores	11 - 7,3%	Foliculite	1 - 0,6%
Ictiose	10 - 6,6%	Herpes zóster	1 - 0,6%
Calvície	10 - 6,6%	Hipocromia por hidroquinona	1 - 0,6%
Tumores benignos	9 - 6,0%	Língua negra vilosa	1 - 0,6%
DIS*	6 - 4,0%	Lúpus eritematose fixo	1 - 0,6%
Leucodermia em confete	6 - 4,0%	Mamilo supranumerário	1 - 0,6%
Queratose pilar	6 - 4,0%	Prurido vaginal	1 - 0,6%
Efélides	4 - 2,6%	Pseudofoliculite da barba	1 - 0,6%
Queratose actínica	4 - 2,6%	Queilite angular	1 - 0,6%
Equimoses	3 - 2,0%	Rosácea	1 - 0,6%
Neurodermite	3 - 2,0%	Úlcera traumática por atropelamento	1 - 0,6%
Ectima	2 - 1,3%	Verruga seborréica	1 - 0,6%
Eczema de contato	2 - 1,3%	Vitiligo	1 - 0,6%
Eczema de estase	2 - 1,3%	Verruga vulgar	1 - 0,6%
Hidradenite	2 - 1,3%		
Livedo reticular	2 - 1,3%		

Fonte - ALCHORNE, Maurício M.A. et al. "Dermatoses observadas em hospital psiquiátrico." An. bras. dermatol, V. 58, n. 2, p. 79 - 80, 1983.

*DIS - Dermatose por insuficiência saponácea

anexo II

ANEXO II

Tab - 21

Prevalência absoluta e percentual dos tumores encontrados nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juquerí. (Set. a Dez. de 1990)

	COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
BENIGNOS	20	NEVOS	232	12.56
	07	QUERATOSE SEBORRÉICA	162	8.77
	29	ACROCÓRDON	154	8.34
	46	DERMATOSE PAPULOSA NEGRA	75	4.06
	19	CISTO SEBÁCEO	29	1.57
	85	HIPERPLASIA SEBÁCEA	14	0.76
	68	DERMATOFIBROMA	10	0.54
	18	LIPOMA	8	0.43
	94	QUELÓIDE	8	0.43
	92	MILIUM	8	0.43
	70	ESTUCOQUERATOSE	2	0.11
PRÉ-MALIGNOS	08	QUERATOSE SOLAR	144	7.80
MALIGNOS	09	CARCINOMA BASO CELULAR	19	1.03
	133	TUMOR A ESCLARECER	4	0.22
	73	DOENÇA DE BOWEN	2	0.11
	74	CA ESPINO CELULAR	2	0.11
TOTAL			873	46.02

Tab - 22

Prevalência absoluta e percentual das micoses superficiais, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	NºPACIENT.	%
04	ONICOMICOSE (PÉS)	193	10.45
37	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO CRURAL	58	3.14
02	PITIRÍASE VERSICOLOR	54	2.92
134	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO (MÃO)	44	2.38
03	TINHA DO PÉ	32	1.73
22	TINHA INGUINO CRURAL	24	1.30
39	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO SUBMAMÁRIO	22	1.19
66	INTERTRIGO CANDIDIÁSICO DOS PÉS	20	1.08
05	ONICOMICOSE DAS MÃOS	14	0.76
23	TINHA (OUTRAS LOCALIZAÇÕES)	8	0.43
75	PARONQUIA CANDIDIÁSICA	6	0.32
60	BALANITE CANDIDIÁSICA	6	0.32
TOTAL		481	25.99

Tab - 23

Prevalência absoluta e percentual dos eczemas, encontrados nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº PACIENT.	%
01	DERMATITE SEBORRÉICA	234	12.67
12	ECZEMA ESTASE	54	2.92
15	ECZEMA CONTATO	43	2.33
82	ECZEMA PERIANAL	14	0.76
62	ECZEMA ATÓPICO	7	0.38
105	ECZEMÁTIDE	7	0.38
59	NEURODERMITE	6	0.32
126	DISIDROSE	2	0.11
119	ECZEMA C/ FOTOSSENSIBILIZAÇÃO	1	0.05
TOTAL		368	19.92

Tab - 24

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses discrômicas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.		Doença	Nº.PACIENT.	%
HIPERCROMICAS	78	MELANOSE SOLAR	155	8.39
	63	CLOASMA	51	2.76
	42	HIPERCROMIA SEM CARACTERIZAÇÃO	26	1.41
	33	MANCHA CAFÉ AU-LAIT	7	0.38
	25	MELANOSE TÓXICA	5	0.27
ACROMICAS	21	LEUCODERMIA PONTADA	76	4.11
	45	VITILIGO	14	0.76
TOTAL			334	18.08

Tab - 25

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses queratóticas/disqueratóticas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
35	HIPERQUERATOSE PLANTAR	164	8.88
61	XEROSE	49	2.65
50	CALOSIDADE (PÉ)	31	1.68
57	HIPERQUERATOSE JUNTAS	29	1.57
56	ICTIOSE VULGAR	11	0.60
TOTAL		284	15.38

Tab - 26

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses alérgicas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
06	FOTOSSENSIBILIDADE	199	10.77
80	URTICÁRIA	12	0.65
132	ESTRÓFULO	8	0.43
83	VASCULITE	6	0.32
109	FARMACODERMIA	5	0.27
TOTAL		230	12.44

Tab - 27

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses acometendo os pêlos, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. A Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
65	HIRSUTISMO	136	7.36
99	ALOPECIA ANDROGENÉTICA	56	3.03
114	HIPERTRICOSE	10	0.54
100	ALOPECIA DIFUSA	7	0.38
115	ALOPECIA CICATRICIAL	2	0.11
113	ALOPECIA AREATA	1	0.05
TOTAL		212	11.47

Tab - 28

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses artefactas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº. PACIENT.	%
13	DERMATITE FACTICIA	91	4.93
49	ONICOFAGIA	40	2.16
54	ESCORIAÇÃO NEURÓTICA	15	0.81
72	TRICOTILOMANIA	4	0.22
TOTAL		150	8.12

Tab - 29

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses zooparasitárias, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
10	ESCABIOSE	76	4.11
69	PEDICULOSE	37	2.00
135	FITIRÍASE PUBIANA	15	0.81
TOTAL		128	6.93

Tab - 30

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses traumáticas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
24	CICATRIZES	56	3.03
51	ESCARA	24	1.30
90	HEMATOMA	22	1.19
31	TATUAGEM	18	0.97
89	BOLHA TRAUMÁTICA	2	0.11
TOTAL		122	6.61

Tab - 31

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses acometendo lábio/mucosa, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
17	QUEILITE TRAUMÁTICA	42	2.27
16	QUEILITE ACTÍNICA	30	1.62
76	HIPERPLASIA GENGIVAL	12	0.65
28	QUEILITE ANGULAR	6	0.32
91	LEUCOPLASIA LÁBIO	5	0.27
TOTAL		95	5.14

Tab - 32

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses bacterianas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
124	FOLICULITE	48	2.60
58	ABCESSO	9	0.49
111	ERITRASMA	8	0.43
81	HORDÉOLO	7	0.38
84	ERISPELA	7	0.38
110	IMPETIGO	7	0.38
75	PARONÍQUIA BACTERIANA	4	0.22
53	FURUNCULOSE	2	0.11
TOTAL		92	4.98

Tab - 33

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses vasculogênicas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
52	ÚLCERA ESTASE	32	1.73
87	PÚRPURA SENIL	12	0.65
55	LIVEDO	7	0.38
64	ELEFANTÍASE	6	0.32
30	HEMANGIOMA	5	0.27
TOTAL		62	3.36

Tab - 34

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses com discutida relação psicossomáticas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
45	VITILIGO	14	0.76
82	ECZEMA PERIANAL	14	0.76
14	PSORÍASE	10	0.54
62	ECZEMA ATÓPICO	7	0.38
59	NEURODERMITE	6	0.32
101	PRURIDO GENERALIZADO	5	0.27
88	ROSÁCEA	4	0.22
80	URTICÁRIA	3	0.16
97	LIQUEN PLANO	2	0.11
126	DISIDROSE	2	0.11
113	ALOPECIA AREATA	1	0.05
TOTAL		68	3.68

Obs: Os outros grupos de Urticária tiveram origem alérgica.

Tab - 35

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses virais, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº. PACIENT.	%
43	VERRUGA VULGAR	15	0.81
40	HERPES SIMPLES	8	0.43
44	VERRUGA PLANA	5	0.27
41	HERPES ZOSTER	1	0.05
TOTAL		29	1.57

Tab - 36

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses pruriginosas, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
101	PRURIDO (GERAL)	15	0.81
130	PRURIGO SENSU LATU	5	0.27
90	PRURIGO NODULAR	2	0.11
TOTAL		22	1.19

Tab - 37

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses causadas por micobacterias, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
11	HANSENÍASE	7	0.38
47	ESCROFULODERMA	4	0.22
TOTAL		11	0.60

Tab - 38

Prevalência absoluta e percentual das genodermatoses, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
128	NEUROFIBROMATOSE	3	0.16
98	ESCLEROSE TUBEROSA	2	0.11
103	XERODERMA PIGMENTADO	1	0.05
TOTAL		6	0.32

Tab - 39

Prevalência absoluta e percentual das dermatoses do tecido conjuntivo, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
127	ESCLERODERMIA	2	0.11

Tab - 40

Prevalência de outras dermatoses, encontradas nos doentes mentais, no Complexo Hospitalar do Juqueri. (Set. a Dez. de 1990)

COD.	Doença	Nº.PACIENT.	%
26	ONICODISTROFIA	122	6.61
27	ACNE	88	4.76
36	INTERTRIGO CRURAL	82	4.44
38	INTERTRIGO SUBMAMÁRIO	29	1.57
122	SUINOSE	14	0.76
129	DERMATITE PERIORAL	14	0.76
79	MILIÁRIA	14	0.76
12	ANETODERMIA	12	0.65
86	QUERATOSE PILAR	12	0.65
136	CÚTIS VÉRTICE GIRATA	11	0.60
71	CORNO CUTÂNEO	9	0.49
112	PITIRÍASE ALBA	8	0.43
67	XANTELASMA	7	0.38
105	ECZEMÁTITE	7	0.38
96	ECTRÓPIO	6	0.32
60	BALANITE	4	0.22
88	ROSÁCEA	4	0.22
106	ERITEMA NODOSO	4	0.22
48	LESÃO FISTULOSA	3	0.16
108	RINOFIMA	3	0.16
121	PÊNFIGO FOLIÁCEO	3	0.16
32	EXANTEMA	2	0.11
34	ERITRODERMIA	2	0.11
93	MAL PERFURANTE	2	0.11
97	LÍQUEN PLANO	2	0.11
107	PARAPSORÍASE	2	0.11
125	PITIRÍASE RÓSEA DE GILBERT	2	0.11
102	POROQUERATOSE DE MIBELLI	1	0.05
104	ERITEMA INDURADO DE BAZIN	1	0.05
116	ACANTOSE NIGRICANTE	1	0.05
117	ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO	1	0.05
120	PELAGRA	1	0.05
123	PENFIGÓIDE CICATRICIAL LOCALIZADO	1	0.05
TOTAL		470	25.66