

## ARTIGO ORIGINAL

***Prevalência das dermatoses que motivaram o encaminhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis no período de fevereiro a julho de 2010.***  
***Prevalence of skin conditions that motivated the guiding of patients with Diabetes Mellitus to Florianópolis's department of dermatology in the period from February to July 2010.***

Thayná de Mello Alegreti<sup>1</sup>, Amely Pereira Silva Balthazar<sup>2</sup>, Mariana Tremel Barbato<sup>3</sup>

**Resumo**

**Introdução:** Os portadores de Diabetes Mellitus são indivíduos reconhecidamente mais suscetíveis a diversos tipos de complicações de natureza metabólica e/ou infecciosa, como infecções bacterianas, fúngicas e virais. Desta forma, é bastante frequente a ocorrência de algum tipo de acometimento cutâneo durante a evolução da doença. **Objetivo:** Conhecer a frequência e o tipo das dermatoses que motivaram o encaminhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus tipos 1 e 2 ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis durante o período de 1º de fevereiro a 1º de agosto de 2010, e relacionar o controle glicêmico inadequado ao aparecimento das lesões. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal através da revisão de 48 prontuários de pacientes com Diabetes Mellitus encaminhados aos ambulatórios de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Os dados obtidos durante a análise dos prontuários incluíram sexo, idade, escolaridade, tipo de diabetes, tipo de tratamento em uso para o diabetes, tempo de surgimento da lesão dermatológica e tipo de dermatose apresentada. **Resultados:** 4,2% dos pacientes eram portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 e 95,8% de DM tipo 2, em sua maioria do sexo feminino (70,8%). Ao total, foram verificadas 67 dermatoses, agrupadas de acordo com a etiologia. Houve predomínio das lesões pré-malignas ou malignas (26,9%), seguido pelas dermatoses causadas por fungos e/ou vírus (22,4%). Dos 26 diabéticos que possuíam avaliação metabólica por meio

da dosagem de hemoglobina glicada, 73,1% apresentou hemoglobina glicada superior a 7%. **Conclusão:** As dermatoses com maior prevalência na motivação do encaminhamento destes pacientes foram as lesões de etiologia maligna ou pré-maligna. Não foi possível correlacionar o descontrole metabólico do paciente diabético à maior suscetibilidade às infecções cutâneas, apesar do grande número de pacientes com dermatoses que possuíam controle metabólico insuficiente.

**Descritores:**

1. Diabetes Mellitus;
2. Dermatopatias;
3. Lesões pré-cancerosas.

**Abstract**

**Introduction:** The patients with Diabetes Mellitus are individuals who are notoriously susceptible to various types of complications of metabolic and/or infectious disease, such as bacterial, fungal and viral infections. Thus, it is common to expect some type of skin involvement during the course of the disease. **Objective:** Know the frequency and types of skin conditions that motivate the guiding of patients with Diabetes Mellitus types 1 and 2 to Florianópolis's Department of Dermatology during the period from February 1 and August 1 of 2010, and relate poor glycemic control to the appearance of skin lesions. **Method:** A cross-sectional study was conducted by reviewing medical records of 48 diabetic patients guided to dermatologic clinics of Florianópolis's Department of Dermatology. The information obtained during analysis of the medical records included gender, age, education, type of diabetes, type of treatment in use

1. Estudante de Medicina – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.
2. Médica especialista em endocrinologia e professora da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Florianópolis – SC.
3. Médica especialista em dermatologia. Mestre em ciências médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

for diabetes, time of appearance of the skin lesion and type of dermatose.

Results: 4,2% of these patients had DM type 1 and 95,8% had Diabetes Mellitus type 2, mostly female (70,8%). 67 dermatoses were found, grouped according to etiology. There was a predominance of premalignant or malignant lesions (26,9%), followed by skin diseases caused by fungi and / or virus (22,4%). Of the 26 diabetics who had metabolic evaluation by glycated hemoglobin, 73,1% had glycated hemoglobin above 7%. Conclusion: The dermatoses with the highest prevalence in the motivation of the guiding of these patients were premalignant or malignant lesions. It was not possible to correlate the poor metabolic control of diabetic patients to a greater susceptibility to skin infections, despite of the high number of patients with dermatoses that had poor metabolic control.

**Key Words:** 1. Diabetes Mellitus;  
2. Skin diseases;  
3. Precancerous conditions.

## Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é o mais comum dentre os distúrbios endocrinológicos, e considerado um sério problema de saúde pública devido a sua crescente prevalência e às complicações crônicas que afetam a qualidade de vida de seus portadores e elevam a taxa de morbimortalidade <sup>(1, 2)</sup>. Pode ser caracterizado por uma síndrome clínica de evolução crônica e degenerativa resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação que determinarão alterações neuropáticas, vasculares, imunológicas, e uma série de alterações metabólicas - caracterizadas principalmente pela hiperglicemia - que atingem todos os sistemas orgânicos <sup>(3, 4)</sup>.

Os portadores de DM são reconhecidos como pacientes mais suscetíveis a diversos tipos de complicações de natureza metabólica e/ou infecciosa, como infecções bacterianas, fúngicas e virais <sup>(5)</sup> e, desta forma, é de se esperar algum tipo de acometimento cutâneo durante a evolução da doença, o qual ocorre em aproximadamente 30% dos pacientes <sup>(6-8)</sup>.

As alterações dermatológicas no DM podem ser típicas e/ou marcadoras da doença - auxiliando no diagnóstico - ou podem ser causadas por infecções, complicações, ou pelo próprio tratamento do diabetes <sup>(8)</sup>. Desta maneira, podem ser divididas em quatro grandes grupos: doenças de pele associadas ao DM (necrobiose lipóidica, granu-

loma anular, doença de Kyrle, escleredema de Buschke, bullosis diabetorum, xantomas, pseudoacantose nicricans); infecções cutâneas comuns ao DM (fúngicas e/ou virais); reações ao tratamento do DM (relacionadas à insulina ou ao uso dos hipoglicemiantes orais) e complicações do DM <sup>(9)</sup>. Algumas dessas lesões têm seus mecanismos patogênicos conhecidos; enquanto em outras condições a patogenia é desconhecida <sup>(10)</sup>. Infecções cutâneas parecem ser mais comuns no DM tipo 2, enquanto que lesões auto-imunes são mais frequentes no tipo 1. Os pacientes que permanecem com a doença durante muitos anos tendem a desenvolver problemas de pele mais graves <sup>(11)</sup>.

Quanto às infecções cutâneas comuns ao DM, as bacterianas mais frequentes são as estafilocócicas (foliculites e furunculoses) e as estreptocócicas (otite externa produzida por pseudomonas aeruginosa e fascíte necrozante) <sup>(4)</sup>. As infecções por Cándida são também bastante comuns em nestes pacientes <sup>(1)</sup>, e as clássicas incluem a balanite por leveduras no homem e a candidose vulvo-vaginal na mulher <sup>(6)</sup>. Dermatofitos são fungos que apresentam atração por queratina, de modo que seus sítios de infecção se limitam às unhas, aos cabelos e à superfície da pele. Infecções superficiais muito comuns são as causadas por *Trichophyton rubrum*, *T mentagrophytes*, e *Epidermophyton floccosum*. Nos pacientes com DM, onicomicoses ou tineas devem ser monitoradas e tratadas, pois podem servir como porta de entrada para outros tipos de infecções <sup>(11)</sup>.

Os pés são um alvo da convergência de praticamente todas as complicações crônicas a que o diabético está sujeito, com risco elevado de produzir incapacitação <sup>(5)</sup>. Um grande número de amputações das extremidades inferiores ocorre anualmente em pessoas diabéticas, e estima-se que mais da metade delas poderia ser evitada mediante cuidados apropriados com as lesões cutâneas que acometem os pés <sup>(11)</sup>.

A hemoglobina glicada (Hb1AC) é considerada uma importante ferramenta de avaliação do controle glicêmico em pacientes diabéticos, e a manutenção de seu nível abaixo de 7% é considerada uma das principais metas no controle da doença. Estudos como o DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) e o UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) mostraram que os níveis de hemoglobina glicada situados permanentemente acima de 7% parecem ser um fator importante na evolução das complicações crônicas. Outros estudos ainda sugerem que um bom controle metabólico poderia impedir o surgimento de algumas dessas complicações, inclusive das dermatoses, já que algumas infecções cutâneas parecem estar relacionadas ao DM descontrolado <sup>(12-14)</sup>.

As afecções de pele em pacientes diabéticos compre-

endem um tema que merece mais estudo e atenção devido às importantes repercussões na vida dos pacientes e às complicações que podem advir destas, quando não diagnosticadas. A atuação do dermatologista nas lesões dermatológicas é importante não só no tratamento, mas também na prevenção do aparecimento de novas lesões. Por outro lado, o clínico que faz o acompanhamento do paciente portador de diabetes deve estar alerta para as alterações cutâneas percebidas no momento do exame, e que embora algumas vezes assintomáticas, podem constituir complicações importantes resultantes da descompensação da doença.

Considerando o fato de que uma avaliação dermatológica cuidadosa tem grande impacto na qualidade de vida do paciente diabético, e de que poucos estudos realizados até agora avaliaram amostras populacionais em nosso meio, o presente estudo teve o objetivo de conhecer a frequência e o tipo das dermatoses que motivaram o encaminhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus tipos 1 e 2 ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), durante o período de 1º de fevereiro a 1º de agosto de 2010, e relacionar o mau controle glicêmico à maior suscetibilidade ao aparecimento das lesões.

## Métodos

Foi realizado um estudo transversal através da revisão de 48 prontuários eletrônicos de pacientes com Diabetes Mellitus encaminhados ao serviço de dermatologia das Policlínicas Centro, Norte e Continente de Florianópolis, SC, no período de 1º de fevereiro a 1º de agosto de 2010.

Durante a consulta dermatológica, o termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue pelas dermatologistas aos pacientes com diagnóstico de DM, explicando os objetivos, as características e a importância do estudo e solicitando a autorização para sua participação.

Foram excluídos do estudo os pacientes com idade inferior a 18 anos; pacientes com outros tipos de diabetes; pacientes com HIV, SIDA, neoplasia ou em uso de terapia imunossupressora; pacientes analfabetos; e pacientes que não desejaram participar e não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados obtidos durante a análise dos prontuários incluíram sexo, idade, escolaridade, tipo de diabetes, tipo de tratamento em uso para o diabetes, tempo de surgimento da lesão dermatológica e tipo de dermatose apresentada.

O grau de controle metabólico do diabetes foi documentado em 26 desses pacientes por meio da avaliação da hemoglobina glicada no exame mais recente contido no prontuário. Foi considerado controle adequado valor

Prevalência das dermatoses que motivaram o encaminhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis no período de fevereiro a julho de 2010.

de hemoglobina glicada abaixo de 7%, e controle inadequado quando superior a este valor.

Os dados foram inseridos por intermédio do programa SPSS 16.0, onde foram analisados de forma descritiva. Testes de associação foram realizados, utilizando-se a prova exata de Fisher, com nível de significância  $p < 0,05$ .

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Sul de Santa Catarina, código 09.522.4.01.III.

## Resultados

Participaram deste estudo 48 pacientes, sendo 2 (4,2%) portadores de DM tipo 1 e 46 (95,8%) portadores de DM tipo 2, em sua maioria do sexo feminino (70,8%), com idade variando de 18 a 82 anos, e média de 57,3 anos. Quanto ao tipo de terapia empregada para tratamento da doença, a grande maioria dos 37 pacientes que apresentavam este dado em seu prontuário fazia uso de hipoglicemiantes orais (60,4%); o restante utilizava insulina isolada (4,2%) ou associação de insulina e hipoglicemiantes orais (12,5%). Alguns pacientes (33,3%) apresentavam mais de uma afecção dermatológica. Ao total, foram verificadas 67 dermatoses, que foram agrupadas de acordo com a etiologia.

Na tabela 1, pode-se visualizar que os dois tipos de dermatoses com maior prevalência na motivação do encaminhamento destes pacientes aos ambulatórios de dermatologia neste período foram as lesões pré-malignas ou malignas ( $n=18$ ), com 26,9% (IC 95% 25,6—28,2), e as dermatoses causadas por fungos e/ou vírus ( $n=15$ ), com 22,4% (IC 95% 21,2—23,6). Outros tipos de afecções dermatológicas foram menos frequentes, e compreendiam tumores benignos – como os lipomas -, eczemas de contato, líquen simples crônico, miliária, dentre outros.

O gráfico 1 mostra a distribuição das dermatoses mais frequentes encontradas. Dentre as lesões pré-malignas e malignas mais prevalentes estão os carcinomas basocelular, espinocelular, e a ceratose actínica, que somados representaram 83,3% destes casos. Já quanto às dermatoses de natureza fúngica e/ou viral, as dermatofitoses e as onicomicoses foram as mais frequentes, representando 60% das lesões desta etiologia.

Dos 26 diabéticos que possuíam avaliação metabólica por meio da dosagem de hemoglobina glicada, 26,9% exibiam controle metabólico adequado, enquanto 73,1% apresentava hemoglobina glicada superior a 7%.

A Tabela 2 mostra os resultados do teste de associação entre a presença de lesão fúngica e/ou viral e as variáveis estudadas. Nenhuma variável mostrou-se estatisticamente associada com a prevalência de lesões fúngicas e/ou virais.

## Discussão

A literatura médica internacional dispõe de alguns trabalhos relacionando o DM às possíveis repercussões cutâneas. No entanto, no Brasil, poucos são os estudos encontrados nas bases nacionais e internacionais de pesquisa que buscam essa associação.

No presente estudo, as lesões de pele de caráter maligno ou pré-maligno foram as principais motivadoras do encaminhamento do paciente com DM ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis (26,9%), independente do controle glicêmico da doença. As doenças de etiologia fúngica e/ou viral, como as dermatofitoses, foram menos frequentes (22,4%), ao contrário do que demonstram outros estudos realizados em Canoas – RS e Ribeirão Preto - SP, onde essas, nas suas diversas formas e localizações, representam as principais afecções cutâneas encontradas nos pacientes portadores de DM, com 50,9% e 82,6% das dermatoses encontradas, respectivamente<sup>(3,9)</sup>. Uma possível explicação para esta discrepância entre os achados poderia ser o fato de que muitos pacientes portadores de dermatoses, dentre elas as dermatofitoses, não procuram auxílio médico ou, ainda, já possuem suas lesões previamente tratadas pelo clínico que os acompanha, não necessitando de encaminhamento ao especialista. Outra justificativa e, talvez, a principal<sup>(1)</sup>, seria a de que muitos destes pacientes não conseguem realizar consultas na área de dermatologia por conta da longa fila de espera ou pela própria falta de encaminhamento, o que além de levar a um subdiagnóstico das dermatopatias nos pacientes portadores de DM, dificulta o controle da doença, haja vista a necessidade de monitoramento e tratamento adequados por servirem de entrada para outros tipos de infecções e piorarem a qualidade de vida do diabético, podendo resultar em incapacidades e diminuição da sua sobrevida.

As manifestações cutâneas referidas como próprias do DM ou frequentemente associadas a ele foram de ocorrência rara em nosso estudo. A necrobiose lipoídica (1,5%) apresentou prevalência semelhante à encontrada em Ribeirão Preto - SP (1%); já a pseudoacantose nigricans (3,0%) demonstrou prevalência inferior à encontrada em Canoas – RS (10,9%)<sup>(3,9)</sup>, o que pode ter sido ocasionado pelo curto período de tempo e pelo limitado número de pacientes deste estudo.

Apesar de as lesões de caráter auto-imune serem aparentemente mais frequentes nos pacientes portadores de DM tipo 111, o mesmo não pode ser observado no presente estudo, visto que as lesões como o vitiligo (1,5%) e a psoríase (3,0%) manifestaram-se em pacientes portadores de DM tipo 2. No entanto, estas lesões estão sabidamente associadas a um risco aumentado de desen-

volvimento de DM<sup>(15)</sup>.

Neste estudo, a proporção de mulheres portadoras de DM e dermatoses foi maior em todas as distribuições de idade (70,8%), o que torna o perfil de pacientes semelhante ao do estudo realizado em Canoas – RS<sup>(9)</sup>. Este fato pode estar possivelmente associado à maior disponibilidade de tempo para consultas em pacientes do sexo feminino. O menor contingente de homens pode relacionar-se ao envolvimento empregatício distante dos domicílios, à pequena quantidade de aposentados e à resistência destes à procura de auxílio médico.

Em se tratando do tipo de tratamento utilizado para o DM, 60,4% dos pacientes deste estudo fazia uso somente de hipoglicemiantes orais; fato que pode estar associado ao aumento da suscetibilidade às infecções cutâneas, visto que o atraso na adição oportuna de insulina aos agentes orais e a exposição prolongada à hiperglicemia tem demonstrado resultar em glicotoxicidade e estresse oxidativo, que podem levar à destruição das células  $\beta$  pancreáticas e ao surgimento de complicações micro e macrovasculares<sup>(16)</sup>.

Em relação ao controle glicêmico, dos 26 pacientes que possuíam este dado em seus prontuários, 87,5% dos que exibiam lesões cutâneas de etiologia fúngica e/ou viral e 66,7% dos que apresentavam qualquer outro tipo de dermatose possuíam controle glicêmico inadequado; concordando com um estudo realizado em Ribeirão Preto – SP, onde foi observada frequência elevada principalmente de dermatofitoses nos pacientes que possuíam controle metabólico inadequado, em ambos os tipos de DM3. Um estudo internacional realizado na Índia também demonstrou resultado semelhante, onde 55,6% dos pacientes que apresentavam algum tipo de dermatose possuíam nível de hemoglobina glicada superior a 7%<sup>(17)</sup>. Tal achado poderia sugerir que o descontrole metabólico do paciente diabético representaria maior suscetibilidade às infecções cutâneas. No entanto, a falta de avaliação neurológica e vascular, e da realização de um exame fidedigno na determinação do grau de compensação do DM dos nossos pacientes não nos permitiu concluir sobre a influência destes fatores nas manifestações cutâneas observadas. Adicionalmente, neste estudo, não foi possível observar a relação entre o número de lesões cutâneas e a duração do DM, já que este último dado não se encontrava disponível para visualização nos prontuários.

## Conclusão

Os dois tipos de dermatoses com maior prevalência na motivação do encaminhamento dos pacientes com DM aos ambulatórios de dermatologia neste período foram as

lesões pré-malignas ou malignas e as dermatoses causadas por fungos e/ou vírus. Não foi possível correlacionar o descontrole metabólico do paciente diabético à maior suscetibilidade às infecções cutâneas, apesar do grande número de pacientes com dermatoses que possuíam controle metabólico insuficiente. O número limitado de pacientes e o fato de serem avaliados somente os pacientes com DM que chegam ao dermatologista não permitiu tirar conclusões da real prevalência das dermatoses e de sua relação com as diferentes situações clínicas, como o tipo de DM, idade do paciente, tempo de evolução e o grau de compensação da doença. No entanto, haja vista a quantidade elevada de pacientes com lesões cutâneas que não chegam ao dermatologista, na maioria das vezes pela dificuldade de encaminhamento, evidencia-se a necessidade da criação de um ambulatório específico em dermatologia, a fim de tratar as dermatoses precocemente com o objetivo de evitar complicações futuras.

### Referências

1. Weber MB, Silva, MCA. Manifestações cutâneas em pacientes com diabete melito. *Arquivos Médicos* 2005;8(2).
2. Sherwin RS. Diabetes melito. In: Goldman L, Ausiello DA, Cecil RL. (Ed). *Tratado de medicina interna*. 22ed. Rio de Janeiro: Elsevier;2005. p. 1658-1692.
3. Foss NT, Polon DP, Takada MH, Foss-Freitas MC, Foss MC. Dermatoses em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):677-682.
4. Buse JB, Polonsky KS, Burant CF. Type 2 diabetes mellitus. In: Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 10th ed. Philadelphia, Pa: Saunders; 2003:1427-1483.
5. Minelli L, Nonino AB, Salmazo JC, Neme L, Marcondes M. Diabetes mellitus e afecções cutâneas. *An Bras Dermatol* 2003;78(6): 735-747.
6. Kede MPV, Figueira AL, Porto JA. Manifestações cutâneas no diabetes mellitus. *An Bras Dermatol* 1993;vol.68.
7. Levin NA, Greer KE. Cutaneous manifestations of endocrine disorders. *Dermatology Nursing* 2001;13(3):185-6, 189-96.
8. Fajre X, Pérez L, Pardo J, Dreyse J, Herane MI. Manifestaciones cutaneas de diabetes mellitus. *Ver. Méd. Chile*, Jul 2009, vol 137, no 7, p.894-899.
9. Silva A, et al. Manifestações cutâneas em pacientes com diabete melito tipo 2 em posto de saúde. *Revista da AMRIGS* 2007;51(2):95-99.
10. Sampaio SAP, Rivitti EA. Alterações cutâneas

Prevalência das dermatoses que motivaram o encaminhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis no período de fevereiro a julho de 2010.

no Diabetes. Sampaio SAP, Rivitti EA, editors. *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p. 953-58.

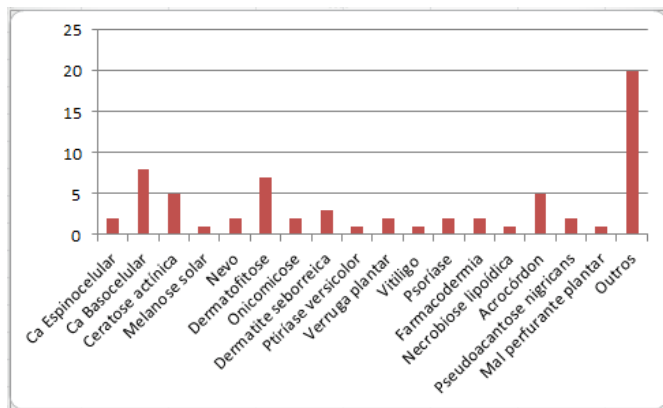
11. Hatten SV, Bootsma, AH, Thio HB. Skin manifestations of diabetes. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2008; 75(11):772-787.
12. Sumita NM, Andriolo A. Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas. *J. Bras. Patol. Med. Lab* 2008;44(3):169-174.
13. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329(14):977-86.
14. UK Prospective Diabetes Study Group (UPKDS). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UPKDS 33). *Lancet* 1998; 352(9131):837-53.
15. Qureshi AA, Choi HK, Setty AR, Curhan GC. Psoriasis and the risk of diabetes and hypertension: A prospective study of US female nurses. *Arch Dermatol*. 2009;145(4):379-382.
16. Niswender K. Early and aggressive initiation of insulin therapy for type 2 diabetes: What is the evidence? *Clin Diabetes*. 2009. 27:60
17. Baht YJ, Gupta V, Kudyar RP. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *Int J Diab Dev Ctries* 2006;vol.26. p. 152-55.

Prevalência das dermatoses que motivaram o encaminhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis no período de fevereiro a julho de 2010.

**Tabela 1** – Prevalência de dermatoses que motivaram o encaminhamento dos pacientes com DM ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC durante o período de 1º de Fevereiro a 1º de Agosto de 2010 (n=67).

| Dermatose                                 | Prevalência<br>n (%) | IC 95%    |
|---|----------------------|-----------|
| Lesões pré-malignas e malignas            | 18 (26,9)            | 25,6—28,2 |
| Dermatoses causadas por fungos e/ou vírus | 15 (22,4)            | 21,2—23,6 |
| Dermatoses relacionadas ao DM             | 09 (13,4)            | 12,4—14,4 |
| Lesões auto-imunes                        | 03 (04,5)            | 03,9—05,1 |
| Reações medicamentosas                    | 02 (03,0)            | 02,5—03,5 |
| Outros                                    | 20 (29,8)            | 28,5—31,1 |
| <b>Total</b>                              | <b>67 (100,0)</b>    | —         |

**Gráfico 1** – Distribuição das dermatoses mais frequentes encontradas nos pacientes com DM encaminhados ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC durante o período de 1º de Fevereiro a 1º de Agosto de 2010. (n=67).



**Tabela 2** – Prevalência de lesões fúngicas e/ou virais e fatores associados em pacientes diabéticos encaminhados ao serviço de dermatologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC durante o período de 1º de Fevereiro a 1º de Agosto de 2010 (n=48).

| Variável (Categorias)                 | Prevalência de dermatose fúngica e/ou viral |           | p*    |
|---------------------------------------|---|-----------|-------|
|                                       | Sim (%)                                     | Não (%)   |       |
| Idade (anos) **                       |   |           | 0,541 |
| ≥ 50                                  | 10 (32,3)                                   | 21 (67,7) |       |
| 18 a 50                               | 04 (36,4)                                   | 07 (63,6) |       |
| Sexo                                  |   |           | 0,541 |
| Feminino                              | 11 (32,4)                                   | 23 (67,6) |       |
| Masculino                             | 04 (28,6)                                   | 10 (71,4) |       |
| Escolaridade **                       |   |           | 0,621 |
| Ensino Fundamental                    | 11 (34,4)                                   | 21 (65,6) |       |
| Ensino Médio                          | 04 (33,3)                                   | 08 (66,7) |       |
| Tipo de Diabetes Mellitus             |   |           |       |
| Tipo 1                                | 01 (50,0)                                   | 01 (50,0) | 0,541 |
| Tipo 2                                | 14 (30,4)                                   | 32 (69,6) |       |
| Hemoglobina glicada no último exame** |   |           | 0,274 |
| ≤ 7                                   | 01 (14,3)                                   | 06 (85,7) |       |
| > 7                                   | 07 (36,8)                                   | 12 (63,2) |       |
| Tempo de dermatose **                 |   |           | 0,530 |
| ≤ 6 meses                             | 01 (33,3)                                   | 02 (66,7) |       |
| > 6 meses                             | 03 (18,8)                                   | 13 (81,3) |       |

Prova exata de Fisher.  
\*\* Perda de informação.

**Endereço para correspondência:**  
Thayná de Mello Alegreti  
E-mail: thay\_alegreti@hotmail.com