



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA online

Volume 4, número 3, suplemento (dezembro de 2015). ISSN 2317-8469.



Editora da Universidade Federal de Campina Grande



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Reitor: prof. **José Edílson Amorim**.

Vice-reitor: prof. **Vicemário Simões**

Pró-reitor de Gestão e Administração Financeira: prof^a. **Vânia Sueli Guimarães Rocha**

Pró-reitor de Ensino: prof. **Luciano Barosi de Lemos**

Pró-reitor de Pós-Graduação: prof. **Benemar Alencar de Sousa**

Pró-reitora de Pesquisa e Extensão: prof^a. **Rosilene Dias Montenegro**

Pró-reitor para Assuntos Comunitários: prof. **Edmílson Lúcio de Sousa Júnior**

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Diretor: prof. **Patrício Marques de Souza**

Vice-diretora (*pró-tempore*): prof^a. **Carmem Dolores de Sá Catão**

UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS (UACM)

Coordenador Administrativo (*pró-tempore*): prof. **Francisco Vieira de Oliveira**

Coordenadora do Curso de Medicina: prof^a. **Déborah Rose Galvão Dantas**

Coordenadora de Pesquisa e Extensão: prof^a. **Maria Teresa do Nascimento Silva**

UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (UACS)

Coordenadora Administrativa: prof^a. **Gisetti Corina Gomes Brandão**

Coordenador do Curso de Enfermagem: prof. **Alan Dionízio Carneiro**

Coordenador de Pesquisa e Extensão: prof. **Erik Cristovão Araújo de Melo**

UNIDADE ACADÊMICA DE PSIOLOGIA (UAPSI)

Coordenador Administrativo: prof. **Eduardo Henrique de Araújo**

Gusmão Coordenadora do Curso de Psicologia: prof^a. **Aline Lima Nunes**

Coordenador de Pesquisa e Extensão: prof. **Anderson Scardua Oliveira**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO (HUAC)

Diretora Geral: prof^a. **Berenice Ferreira Ramos**

Diretor Administrativo: **Maria do Socorro Campos Araújo**

Diretor Médico-Hospitalar: **Sônia Maria Barbosa de Souza**

Endereço para correspondência: Revista Saúde & Ciência (CCBS-UFCG)

Avenida: Juvêncio Arruda, 795 - Cidade Universitária - Bodocongó

58109-790 - Campina Grande - Paraíba – Brasil

www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia

CORPO EDITORIAL - REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA

COMITÊ EDITORIAL:

Editor Geral: **Saulo Rios Mariz**

Editores Associados:

Carmem Dolores de Sá Catão
Cristina Ruan Ferreira de Araújo
Giovannini César Abrantes Lima de Figueiredo
Roseane Christhina de Nova Sá Serafim

CONSELHO EDITORIAL:

Membros da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS):

Alana Abrantes Nogueira de Pontes
Alexandre Magno da Nóbrega Marinho
Aline Lima Nunes
Cleydstone Chaves dos Santos
Deborah Rose Galvão Dantas
Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Fátima Aparecida Targino Saldanha
Josilene Pinheiro Mariz
Mabel Calina de França Paz
Melânia Maria Ramos de Amorim
Patrício Marques de Souza
Paula Franssineti V. de Medeiros
Vilma Lúcia Fonseca Mendoza

Outras Instituições de Ensino Superior

Francisco Carlos Félix Lana (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG)
José Tavares-Neto (Universidade Federal da Bahia - UFBA)
Luis Carlos Cunha (Universidade Federal de Goiás - UFG)
Maurício Yonamine (Universidade de São Paulo - USP)
Maurus Holanda (Universidade Federal da Paraíba - UFPB)
Rivelilson Mendes de Freitas (Unviersidade Federal do Piauí – UFPI)
Sayonara Maria LiaFook (Universidade Estadual da Paraíba - UEPB)

Revisão de Textos em Inglesa:

David Gomes Lira, Sheyla Mayra Araujo Sousa e Victoria Maria Santiago de Oliveira.

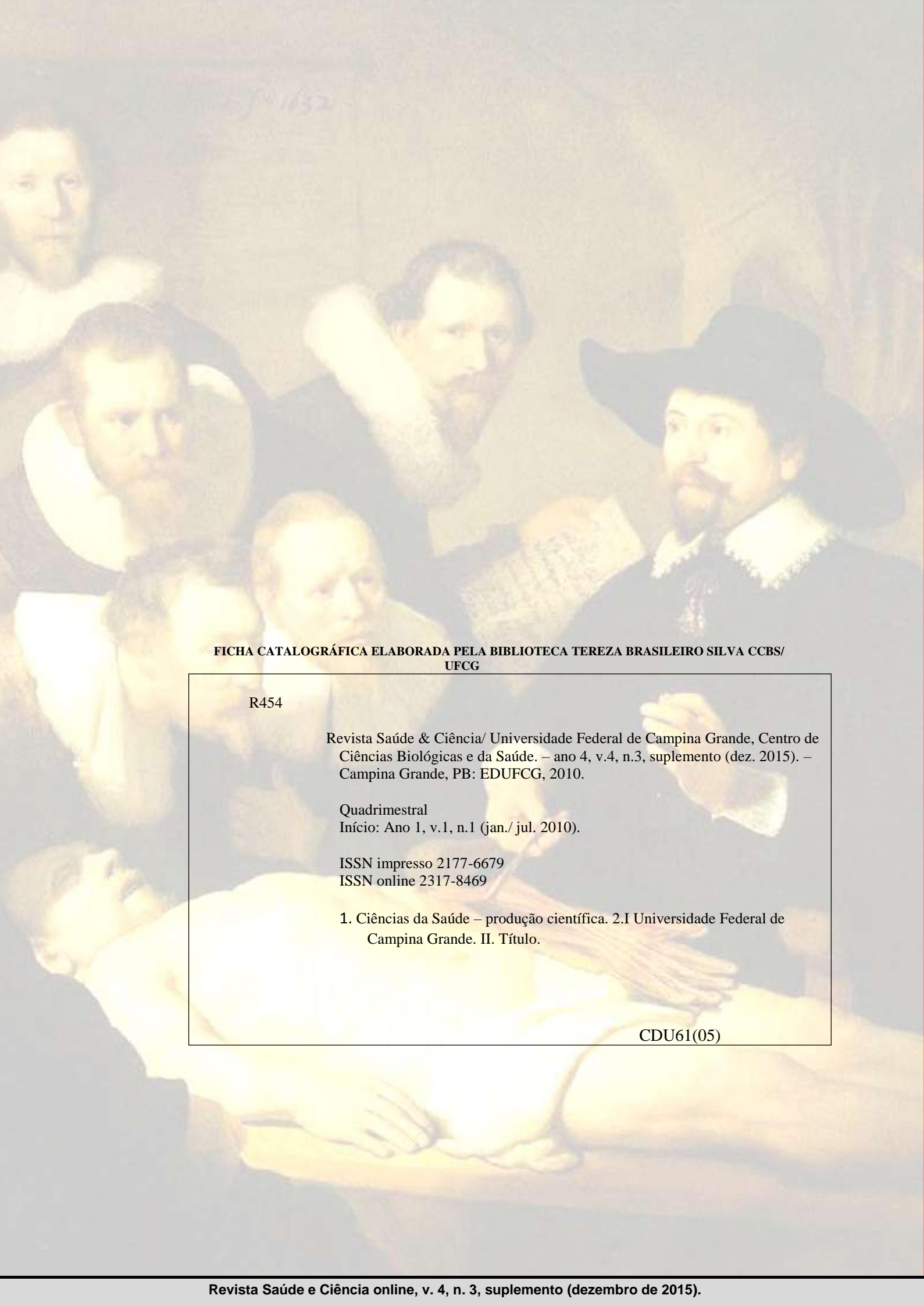
Editoração eletrônica: Lais Vasconcelos Santos e Mikael Lima Brasil

Revista Saúde & Ciência

Uma publicação quadrimestral do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UFCG.

Ano 4, Volume 4, Número 3, suplemento, dezembro de 2015.

Os textos assinados são de responsabilidade exclusiva dos autores e as opiniões e julgamentos nele contidos não expressam, necessariamente, as posições do Corpo Editorial. A qualidade das Figuras e Gráficos é de responsabilidade dos autores.



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA TEREZA BRASILEIRO SILVA CCBS/
UFCG

R454

Revista Saúde & Ciência/ Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. – ano 4, v.4, n.3, suplemento (dez. 2015). – Campina Grande, PB: EDUEFCG, 2010.

Quadrimestral

Início: Ano 1, v.1, n.1 (jan./ jul. 2010).

ISSN impresso 2177-6679

ISSN online 2317-8469

1. Ciências da Saúde – produção científica. 2.I Universidade Federal de Campina Grande. II. Título.

CDU61(05)

ANAIS DO I CONGRESSO NACIONAL MULTIDISCIPLINAR DE LASER E ENVELHECIMENTO HUMANO.

PRÉ-CONGRESSO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA:

AVANÇOS DA CIÊNCIA E NOVAS PERSPECTIVAS PARA O CURSO DA VIDA.

06 a 09 de Novembro de 2014. Auditório da FIEP. Campina Grande – PB.

O I Congresso Nacional Multidisciplinar de Laser e Envelhecimento Humano – Congresso LAEN, ocorreu na cidade de Campina grande- PB entre os dias 06 e 09 de Novembro de 2014, realizado pela Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, com os seguintes apoios: Pró-reitoria de Pesquisa e Extensão- PROPEX - UFCG; Fundação Parque tecnológico da Paraíba- PaqTc-PB; Conselho Federal de Medicina- CFM e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Esse evento foi cuidadosamente idealizado para atender ao anseio de pesquisadores, acadêmicos e profissionais que se dedicam às temáticas que englobam a utilização do Laser e estudam os processos da velhice, bem como do envelhecimento humano. Temas esses que são frutos de estudos e simpósios por nós realizados desde o ano de 2012.

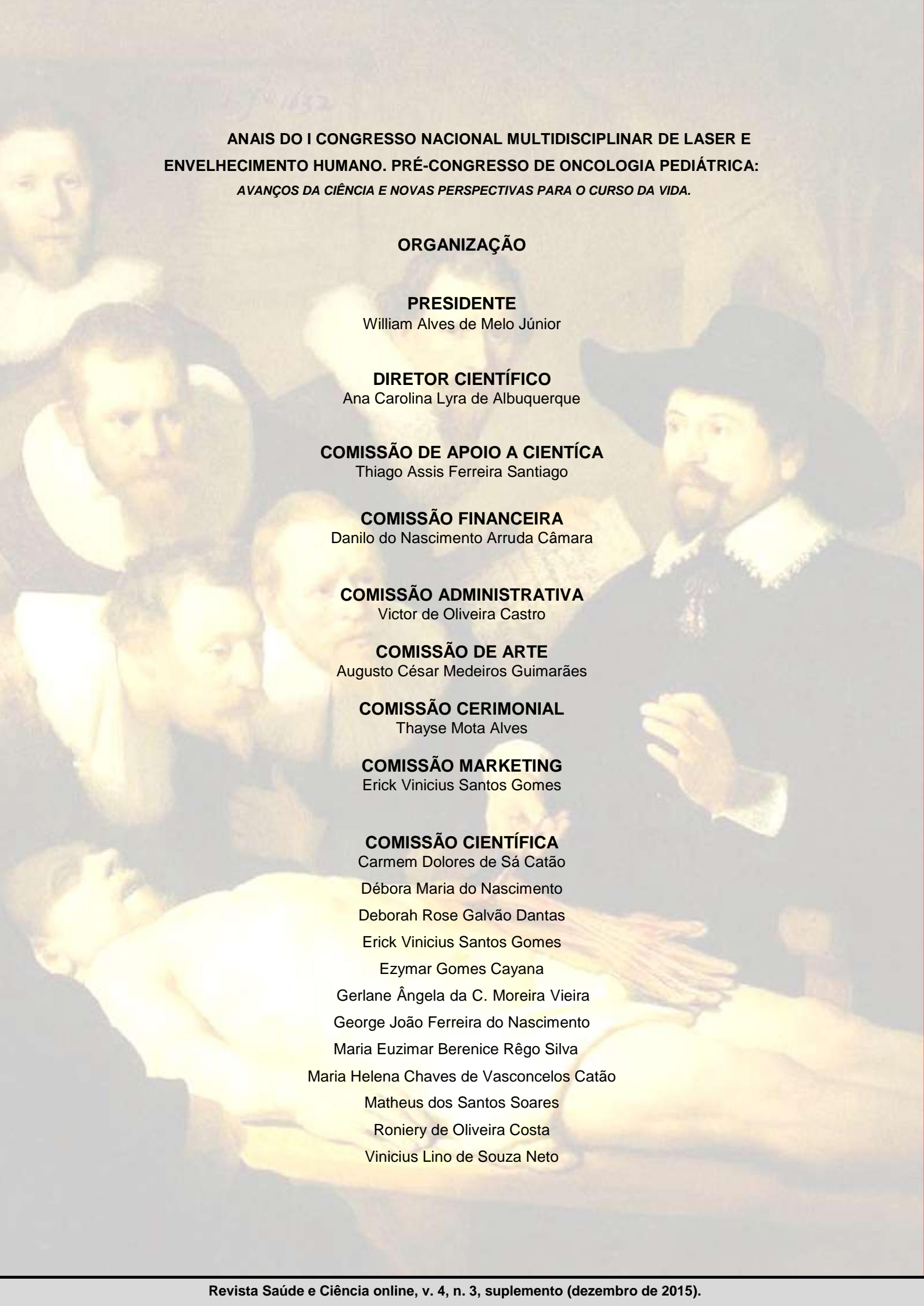
Durante o evento tivemos a apresentação de 131 trabalhos científicos, sendo 23 na modalidade: apresentação oral e 108 como apresentação de painéis, os quais foram selecionados previamente por uma comissão científica composta por professores doutores e mestres de diversas instituições de ensino superior.

Para essa edição da REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA *online*, estamos trazendo uma coletânea de 14 textos oriundos dos trabalhos premiados, consolidados e acreditados pela comunidade acadêmico-científica desse congresso nacional.

A especialidade desse volume se dá pela abordagem multidisciplinar que ela possui, agregando saberes e conhecimentos oriundos tanto das ciências humanas quanto das ciências da saúde, possibilitando assim, uma visão ampla das nuances dos temas norteadores desse evento.

Cada artigo foi escrito de forma atual e pertinente, refletindo a subjetividade e singularidade de seus autores, proporcionando a você leitor, distintas formas de enxergar e compreender esses temas de uma forma deleitosa.

Dr. William Alves de Melo Júnior
Presidente do LAEN



**ANAIS DO I CONGRESSO NACIONAL MULTIDISCIPLINAR DE LASER E
ENVELHECIMENTO HUMANO. PRÉ-CONGRESSO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA:
AVANÇOS DA CIÊNCIA E NOVAS PERSPECTIVAS PARA O CURSO DA VIDA.**

ORGANIZAÇÃO

PRESIDENTE

William Alves de Melo Júnior

DIRETOR CIENTÍFICO

Ana Carolina Lyra de Albuquerque

COMISSÃO DE APOIO A CIENTÍCA

Thiago Assis Ferreira Santiago

COMISSÃO FINANCEIRA

Danilo do Nascimento Arruda Câmara

COMISSÃO ADMINISTRATIVA

Victor de Oliveira Castro

COMISSÃO DE ARTE

Augusto César Medeiros Guimarães

COMISSÃO CERIMONIAL

Thayse Mota Alves

COMISSÃO MARKETING

Erick Vinicius Santos Gomes

COMISSÃO CIENTÍFICA

Carmem Dolores de Sá Catão

Débora Maria do Nascimento

Deborah Rose Galvão Dantas

Erick Vinicius Santos Gomes

Ezymar Gomes Cayana

Gerlane Ângela da C. Moreira Vieira

George João Ferreira do Nascimento

Maria Euzimar Berenice Rêgo Silva

Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão

Matheus dos Santos Soares

Ronierly de Oliveira Costa

Vinicius Lino de Souza Neto

SUMÁRIO	P.
TERAPIA FOTODINÂMICA EM ESTOMATITE PROTÉTICA: RELATO DE CASO. <i>Ingrid Claudino Ribeiro, Rachel Christina de Queiroz Pinheiro, Keila Raposo Lucena, Ana Carolina Loureiro Gama Mota, Daliana Queiroga De Castro Gomes.</i>	7
APLICAÇÃO DE LASER DE BAIXA INTENSIDADE EM CIRURGIAS PERIODONTAIS: GENGIVECTOMIA E GENGIVOPLASTIA. <i>Kallyne Kennya Fernandes Alencar Furtado, Winilya de Abreu Alves, Vinícius Sampaio Alves de Figueiredo, Luiz Eduardo Marinho Vieira, João Nilton Lopes de Souza.</i>	12
TERAPIA FOTODINÂMICA COMO ALTERNATIVA NO TRATAMENTO PERIODONTAL: RELATO DE CASO. <i>Lucas Alves Mendes, Isabella Lima Arrais Ribeiro, Rachel Cristina de Queiroz Pinheiro, Keila Raposo Lucena.</i>	17
LASER DE BAIXA POTÊNCIA NA ENDODONTIA. <i>Basílio Rodrigues Vieira, Luciana Dellamano Chacon, Mariana Gil Gomes Medeiros de Araújo, Moan Jéfter Fernandes Costa, Daniel Furtado Silva, Ana Carolina Lyra de Albuquerque.</i>	22
O LASER NA OFTALMOLOGIA. <i>Camila Fernandes Felix, Victor de Oliveira Castro, Rodrigo Mendes Peixoto, Rafaela Siqueira de Lucena, José Saturnino de Albuquerque Segundo, William Alves de Melo Junior.</i>	27
ALTERAÇÕES BUCAIS COM O ENVELHECIMENTO. <i>Carmem Dolores de Sá Catão, Bianca Buriti de Vasconcelos Porto, Kelvin Leite Moura, Maria Carolina Oliveira de França, Nicole Ramalho de Freitas</i>	29
CUIDADO E ENVELHECIMENTO: OPINIÕES DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. <i>Maiyara Gomes de Sousa, Jonábia Alves Demétri, Fabíola de Araújo Leite Medeiros.</i>	42
REFLEXÕES SOBRE A AUTONOMIA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. <i>Mirelly da Silva Barros, Alan Dionizio Carneiro.</i>	51
ESTUDO DO DÉFICIT COGNITIVO E SUA CORRELAÇÃO COM A FRAGILIDADE EM IDOSOS DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE. <i>Priscila Stéfani Almeida Ferreira, Renan Rodrigues Teófilo, Alecsandra Ferreira Tomaz.</i>	64
ALEGRIA DE VIVER: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE IDOSAS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. <i>Kelly Maia Magalhães, Kerolayne Fonseca de Lima, Poliana de Araújo Palmeira.</i>	72
AS CONTRIBUIÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AOS IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA. <i>Bruna Oliveira Gonzaga, Mirelly da Silva Barros, Nathália Bianca Gomes da Nóbrega, Roberta Paolli de Paiva Oliveira, Francisco de Sales Clementino.</i>	79
ATIVIDADES LÚDICAS COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. <i>Rayane Kelly de Lima Araújo, Denise Sousa Moreira, Renata Carla Torres Xavier, Juliane Berenguer de Souza Peixoto.</i>	89
LEUCOPLASIA – LESÃO POTENCIALMENTE CANCERIZÁVEL. <i>Vinícius Sampaio Alves de Figueiredo, Mariana Gil Gomes Medeiros de Araújo, Winilya de Abreu Alves, Kallyne Kennya Fernandes Alencar Furtado, Cyntia Helena Pereira de Carvalho, Daniel Furtado Silva, Ana Carolina Lyra de Albuquerque.</i>	94
O IMPACTO DO PROCESSO DE MORTE E DE MORRER DE UMA PACIENTE DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DISCENTES DE UMA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. <i>Edvaldo Ferreira da Silva Júnior, William de Melo Alves Júnior.</i>	99
ALÍVIO DA DOR NO PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO: REVISÃO DE LITERATURA. <i>Ariano Brilhante Pegado Suassuna, Beatriz Marques Santos, Eduardo Moscoso Gomes, Denize Nóbrega Pires.</i>	108

TERAPIA FOTODINÂMICA EM ESTOMATITE PROTÉTICA: RELATO DE CASO

Ingrid Claudino Ribeiro^{1*}, Rachel Christina De Queiroz Pinheiro², Keila Raposo Lucena², Ana Carolina Loureiro Gama Mota², Daliana Queiroga De Castro Gomes³.

Aluna da Graduação em Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (Unipê). Rua Mauricio de Oliveira, 703. Jardim Treze de Maio. João Pessoa-PB. E-mail: ingriba86@gmail.com.
Docentes do Curso de Odontologia - Centro Universitário de João Pessoa (Unipê).
Docente do Curso de Odontologia – Universidade Estadual da Paraíba.

INTRODUÇÃO

A candidíase é uma entidade clínica bem conhecida no meio médico-odontológico, sendo Langenback, o primeiro pesquisador a isolar o seu agente em 1839. Trata-se da infecção fúngica mais comum na boca, sendo a *Candida albicans* a espécie mais comumente encontrada. A *Candida albicans* é um fungo dimórfico, que pode se apresentar sob forma de levedura (inócua) ou hifa (patogênica). É frequentemente observada em pacientes portadores de próteses totais, pacientes imunodeprimidos, que se submeteram a antibioticoterapia ou usuários de medicamentos que induzam à xerostomia (1).

Sendo a infecção mais comum da cavidade bucal (2,3), e a estomatite protética é a sua manifestação mais prevalente, acometendo de 11% a 65% dos pacientes usuários de próteses removíveis (4). Essa patologia é caracterizada por diferentes graus de inflamação da mucosa que mantém contato com a prótese, a qual varia desde múltiplos pontos hiperêmicos até áreas eritematosas difusas. Em casos mais avançados, pode ser observada hiperplasia papilar do palato (5).

O tratamento de eleição para a estomatite protética associada à candidíase consiste na combinação de antifúngico tópico, orientação do paciente quanto à higienização da prótese e verificação da necessidade da troca da mesma (1).

Na Odontologia, o LASER (*Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation* ou amplificação da luz por emissão estimulada de radiação) tem sido empregado na anti-sepsia de feridas; em preparos cavitários; na redução da população bacteriana de canais endodônticos e em bolsas periodontais (6). Os lasers de alta potência ou cirúrgicos têm sido empregados em cirurgias, enquanto lasers de baixa potência, também denominados terapêuticos ou não-ablativos, têm sido usados em procedimentos terapêuticos clínicos (7).

A TFD baseia-se então na administração tópica ou sistêmica de um fotossensibilizador (FS) seguida da irradiação em baixas doses com luz visível de comprimento de onda adequado. Na presença de oxigênio encontrado nas células, o FS ativado pode reagir com moléculas na sua vizinhança por transferência de elétrons

ou hidrogênio, levando à produção de radicais livres (reação do tipo I) ou por transferência de energia ao oxigênio (reação do tipo II), levando à produção de oxigênio “singlet” (8).

As moléculas excitadas podem retornar ao estado fundamental emitindo energia na forma de fluorescência, por meio da liberação de fótons, ou progredir na cadeia de reações químicas transformando-se na espécie reativa chamada triplete. As moléculas no estado triplete podem interagir diretamente com substratos biológicos e formar radicais livres, denominada de reação tipo I, ou podem transferir sua energia diretamente para o oxigênio celular e formar o oxigênio singlete altamente reativo e responsável pela morte celular, chamada de reação tipo II (9).

Ambos os caminhos podem levar à morte celular e à destruição do tecido doente. O oxigênio “singlet” reage com os componentes celulares, pois os compostos orgânicos insaturados são suscetíveis à ação de O₂. Como a primeira barreira para o O₂ é a membrana celular, que contém lipídeos insaturados que podem ser danificados, ocorre a inviabilidade celular. Os hidroperóxidos resultantes formam de espécies reativas de oxigênio (ROS) através de reações catalíticas e, uma vez que a reatividade das ROS não é específica, qualquer macromolécula da célula pode ser um alvo para TFD. Assim, a multiplicidade de alvos torna mais difícil desenvolver resistência celular. Inicialmente desenvolvida apenas com finalidade antineoplásica, a TFD passou também a ser utilizada como antimicrobiana, em especial frente à patogênicos da cavidade oral. A relevância dessa descoberta está no fato de que estratégias alternativas de terapêutica antimicrobiana se tornam importantes na evolução dos métodos de controle de crescimento do biofilme na cavidade oral (8, 10, 11).

A associação a corantes fotossensibilizadores, como o azul de metileno, potencializa a capacidade de o laser terapêutico produzir inativação microbiana. O processo é denominado terapia fotodinâmica antimicrobiana ou APDT (*Antimicrobial Photodynamic Therapy*). Esta terapia não deve ser considerada como substituta dos fármacos antimicrobianos ou de qualquer tratamento convencional, mas como uma nova modalidade de tratamento de infecções localizadas e como tratamento complementar eficaz de infecções bucais (6), principalmente em casos de microrganismos resistentes.

O tratamento padrão para estomatite protética envolve o uso de formulações antifúngicas sistemáticas ou tópicas para eliminação de *Candida spp.*, o uso de agentes antimicrobianos, a cuidadosa higienização das próteses para controle do

biofilme e a remoção das mesmas para dormir (12). Porém, estes fármacos apesar de serem bem tolerados, podem causar distúrbios gastrointestinais leves e transitórios, como náuseas, vômito e diarreia após a ingestão oral. Devido aos efeitos colaterais e resistência aos antimicóticos, a prevenção e os tratamentos alternativos para estomatite sob prótese e/ou candidíase tornam-se necessários (13).

A utilização do laser para a descontaminação está crescendo entre os profissionais. O laser de baixa potência tem efeito de biomodulação, anti-inflamatório e analgesia (13).

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 64 anos, com ardência bucal. Após exame clínico constatou-se presença de estomatite grau III (Figura 01), optou-se pela utilização da TFD associada a orientações de higienização. Utilizamos o laser da marca MMOPTICS, com comprimento de onda de 660nm, 100W, por 30 segundos, a dose foi de 100J/cm², 3J de energia, distância de 1 cm, o fotossensibilizador utilizado foi o azul de metileno a 0,5% (DILECTA - João Pessoa) com tempo de sensibilização de 10 minutos (Figura 02). Após 4 sessões da TFD houve relato da ausência ardência bucal (Figura 03).



Figura 1. Foto inicial do tratamento



Figura 2. Aplicação do laser



Figura 3. Aspecto após um mês de tratamento

CONCLUSÕES

Uma vantagem da TFD é a possibilidade de uso em pacientes imunocomprometidos. A terapia antimicrobiana, frequentemente utilizada nesses pacientes, faz com que exista a possibilidade de surgimento de resistência fúngica. Assim, a TFD atua em duas condições distintas: por um lado diminui o surgimento de cepas resistentes e, por outro, quando a resistência está instalada, o seu potencial de ação é considerável.

Especificamente para o tratamento da estomatite protética, essa terapia demonstrou sua eficácia, aliviando o quadro de eritema e ardência na paciente demonstrando eficácia na melhora do quadro clínico. Dessa forma acredita-se ser a terapia fotodinâmica antimicrobiana uma real alternativa no tratamento da estomatite protética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scalercio M, Valente T, Israel M, Ramos ME. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia. 2009; 55(4).
2. Scully C, el-Kabir M, Samaranayake LP. Candida and oral candidosis: a review. Crit Rev Oral Biol Med. 1994; 5: 125-57.
3. Takakura N, Sato Y, Ishibashi H, Oshima H, Uchida K, Yamaguchi H, et al. A novel murin model of oral candidiasis with local symptoms characteristic of oral thrush. Microbiol Immunol. 2003; 47: 321-6.
4. Jeganathan S, Lin CC. Denture stomatitis--a review of the aetiology, diagnosis and management. Aust Dent J. 1992; 37: 107-14.
5. Barbeau J, Séguin J, Goulet JP, de Koninck L, Avon SL, Lalonde B, et al. Reassessing the presence of *Candida albicans* in denture-related stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003; 95: 51-9.
6. Garcez AA et al. Terapia fotodinâmica em odontologia: laser de baixa potência para redução microbiana. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., 2003; 57(3): 223-225.
7. Brugnera Júnior, A. et al. Atlas de laserterapia aplicada à Clínica Odontológica, São Paulo: Santos; 2003.
8. Perussi JR. Inativação fotodinâmica de microrganismos. Rev Quim. Nova, 2007; 30(4): 988-94.
9. Ferreira I, Rahal SC, Ferreira J, Corrêa TP. Terapêutica no carcinoma de células escamosas cutâneo em gatos. Ciência Rural. 2006; 36(3): 1027-1033.
10. Takasaki A A, Aoki A, Mizutani K, Schwarz F, Sculean A, Wang CY et al. Application of antimicrobial photodynamic therapy in periodontal and peri-implant diseases. Periodontology 2000. 2009; 51: 109-140.
11. Soukos NS, Goodson JM. Photodynamic therapy in the control of oral biofilms. Periodontology 2000. 2011; 55: 143-166.
12. Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, Guida A, Petrucci M, Serpico R. Candida – associated denture stomatitis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 16 (2): 139-43.
13. Lopes DM. Efeito da terapia fotodinâmica no tratamento da estomatite sob prótese em usuários de próteses totais. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2011.

APLICAÇÃO DE LASER DE BAIXA INTENSIDADE EM CIRURGIAS PERIODONTAIS: GENGIVECTOMIA E GENGIVOPLASTIA

Kallyne Kennya Fernandes Alencar Furtado^{1}, Winilya de Abreu Alves¹, Vinícius Sampaio Alves de Figueiredo¹, Luiz Eduardo Marinho Vieira¹, João Nilton Lopes de Souza².*

1. Discentes - Odontologia. Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas. Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Universidade Federal de Campina Grande (UACB-CSTR-UFCG). *Correspondência: kallynekennya@hotmail.com.
2. Prof. Dr. Do Curso de Odontologia. UACB-CSTR-UFCG.

INTRODUÇÃO

As pesquisas que estudam a aplicação da luz laser na odontologia têm se intensificado atualmente (1). Vários estudos têm mostrado a aplicação de lasers de alta, média e baixa intensidade na clínica odontológica. Os lasers de alta intensidade ou cirúrgicos, com efeitos térmicos, apresentam a propriedade de corte, vaporização e hemostasia; os de média potência não tem poder destrutivo e são usados em fisioterapia, os de baixa intensidade, também conhecidos como, soft lasers, são empregados com fins terapêuticos, pelas suas propriedades analgésicas, anti-inflamatórias e de bioestimulação (2).

Os lasers de baixa potência são os mais estudados mundialmente, e com certeza, já fazem parte da rotina de consultórios em uma grande quantidade de países. Uma das razões da popularidade desse tipo de laser esta relacionada ao custo relativamente baixo do equipamento e à objetividade e simplicidade dos procedimentos clínicos terapêuticos (3).

Conhecendo a capacidade do laser de baixa potência de proporcionar uma melhor resposta a inflamação, o mesmo se apresenta como uma alternativa para processos que apresentem uma reação inflamatória, dor e necessidade de regeneração tecidual. Ressalta-se que o laser de baixa potência não tem efeito diretamente curativo, mas atua como um importante agente antiálgico, proporcionando ao organismo uma melhor resposta a inflamação, com conseqüente redução do edema, e minimização da sintomatologia dolorosa, além de favorecer de maneira bastante eficaz a reparação tecidual da região lesada mediante a bioestimulação celular (4).

As particularidades do laser, como o comprimento de onda, o modo de feixe contínuo ou pulsátil, a densidade de força, a densidade de energia, o pulso e a frequência e duração da exposição, precisam ser consideradas quando se avaliam os efeitos produzidos por esta terapia, uma vez que os efeitos são dose-dependentes (5)

Diante disso, o objetivo desse trabalho, é relatar um caso clínico de cirurgia periodontal em que a laserterapia de baixa potência foi aplicada, favorecendo a cicatrização da área operada, diminuindo assim a dor pós-operatória.

RELATO DE CASO

Paciente R.S.C., sexo feminino, 21 anos, leucoderma, procurou a Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, encaminhada da ortodontia, para tratar cirurgicamente hiperplasia gengival entre os elementos 33 e 43. Durante a anamnese, não foi observadas alterações sistêmicas. No exame clínico intra-oral, observou-se tecido gengival fibrótico com cor, textura e consistência normais envolvendo os bracktes do aparelho ortodôntico (Figura 1).



Figura 1. Aspecto inicial do paciente com hiperplasia gengival

Para o tratamento da hiperplasia, planejou-se realizar a técnica de gengivectomia com bisel externo, seguida de gengivoplastia para devolver o contorno gengival normal à paciente (Figura 2).



Figura 2. Técnica cirúrgica: em A, marcação da quantidade de tecido gengival hiperplásico; em B, gengivectomia e em C, gengivoplastia.

Imediatamente após o procedimento cirúrgico e após 08 dias de pós-operatório foi aplicado luz laser, em seis sítios (três vestibulares e três linguais) de cada dente envolvido no procedimento cirúrgico. O aparelho utilizado no caso foi um Laser

semicondutor portátil (Laser DUO®, GaAlAs, InGaAlP, $\lambda 880\text{nm}$ e $\lambda 660\text{nm}$, MM OPTICS LTDA, São Carlos, SP – Brasil), calibrado com o comprimento de onda de 660 nm. O laser de baixa intensidade foi aplicado em cada ponto por 32 segundos, o que corresponde a uma dose 105 J/cm²(Figura 3).



Figura 3. Aplicação de laser de baixa potencia na área operada.

No controle pós-operatório, observou-se que o procedimento cirúrgico de gengivectomia e gengivoplastia devolveu o contorno e estética da região eliminando com eficiência o tecido hiperplásico, favorecendo o controle do biofilme supragengival mesmo com a presença do aparelho ortodôntico. Clinicamente observou-se que laserterapia proporcionou um melhor reparo da ferida cirúrgica e a paciente não relatou desconforto pós-operatório, o que nos faz crer que a luz laser pode reduzir a dor pós-operatória e favorecer a cicatrização (Figura 4).



Figura 4. Pós-operatório de 15 dias.

DISCUSSÃO

A tendência da Odontologia é a incorporação de métodos menos invasivos, com a finalidade de minimizar a dor e o desconforto durante e após as intervenções odontológicas (6). Por isso, a incorporação dos lasers de baixa intensidade na odontologia. Entre os lasers de baixa intensidade se destacam, o de Hélio-Neônio (He-Ne), cujo comprimento de onda (632,8nm) está situado dentro da luz visível (luz

vermelha) e o de Arsenato de Gálio e Alumínio (AsGaAl), em que o comprimento de onda está situado aproximadamente entre 780-830 nm, e se situa fora do espectro de luz visível (luz infravermelha) (4).

De acordo com as citações de Genovese (7), os efeitos biológicos que o laser de baixa potência provoca nos tecidos consistem em energia luminosa, que se deposita sobre os mesmos e se transforma em energia vital, produzindo, então, efeitos primários (diretos), secundários (indiretos) e terapêuticos gerais, os quais promovem ações de natureza analgésica, anti-inflamatória e cicatrizante.

Os lasers de baixa intensidade ou “soft lasers” atuam com baixo comprimento de onda e geram um aumento de temperatura inferior a $0,1^{\circ}\text{C}$. Estes comprimentos de onda estimulam a circulação e a atividade celular, atuam na bioestimulação devido ao aumento da produção de ATP mitocondrial e acarretam um aumento do limiar de excitabilidade das terminações nervosas livres que resulta em ação analgésica (8).

Apesar disso, poucos estudos relatam o uso de laser de baixa intensidade na cicatrização de cirurgias periodontais. Em um estudo realizado com 30 pacientes adultos, na Clínica do Curso de Especialização em Periodontia da Universidade Veiga de Almeida/RJ, em que o grupo experimental foi submetido a aplicação de laser de baixa intensidade, após aumento de coroa, e no pós-operatório, em 7 e 14 dias, este grupo relatou menos dor quando comparado ao grupo controle, porém não foi obtida nenhuma significância estatística (9). Seabra (2007), em estudo feito com 24 indivíduos, utilizou da laserterapia após gengivoplastia no controle da dor e regeneração tecidual. Nesse estudo o lado que recebeu o tratamento com laser apresentou melhor cicatrização do tecido gengival (10). A literatura mostra diversos estudos sobre a aplicabilidade do laser de baixa intensidade, não apenas em pós-operatórios, mas também no tratamento de lesões como a Mucosite Oral, DTMs, Hipersensibilidade dentinária (8,11,12). Kelner (2007), relata dois casos clínicos de mucosite oral, em pacientes neoplásicos, em que a laserterapia de baixa intensidade foi utilizada, e em poucos dias a dor e as lesões diminuíram, fazendo com que os pacientes retornassem ao tratamento (11). O uso de laser de baixa potência depende do ajuste das várias variáveis, tais como, o tipo de laser, o comprimento de onda, a potência de saída, tempo e modo de aplicação e, distância da fonte de tecido irradiado (6). O presente trabalho trata-se de um caso clínico em que a laserterapia de baixa intensidade foi usada com eficácia, já que a paciente relatou diminuição da dor, e clinicamente foi visto uma regeneração tecidual satisfatória.

CONCLUSÃO

Com base no que foi discutido e no caso clínico em questão, pode-se concluir que a laserterapia de baixa intensidade é um recurso eficaz no controle da dor pós-operatória e regeneração tecidual, e que vem ganhando espaço nos consultórios odontológicos, por seu custo relativamente baixo, fácil utilização, e resultados satisfatórios. Além de que, a mesma tem sido alvo frequente de pesquisas e estudos, que comprovam suas propriedades terapêuticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lenharo CP, De Micheli PR, De Micheli G, Feist IS. Atuação dos lasers terapêuticos em Periodontia. Revisão de Literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2006; set-dez; 18(3):281-6.
2. Barros FC, Antunes SA, Figueiredo CMS, Fischer RG. Laser de baixa intensidade na cicatrização periodontal. R. Ci. méd. biol. 2008; jan/abr; 7(1):85-89.
3. Lins RDAU, Dantas EM, Lucena KCR, Garcia AFG, Silva JSP. Aplicação do laser de baixa potência na cicatrização de feridas. Odontol. Clín.-Cient. 2011; out/dez; Suplemento 511-516.
4. Lins RDAU, Dantas EM, Lucena KCR, Garcia AFG, Dantas EM, Catão MHCV, Neto LGC. Efeitos bioestimulantes do laser de baixa potência no processo de reparo. An Bras Dermatol. 2010; 85(6):849-55.
5. Prockt AP, Takahashi A, Pagnoncelli R.M. Uso de terapia com laser de baixa intensidade na cirurgia bucomaxilofacial. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2008; 49: 247-255.
6. Gomes MNC, Clementino MA, Araújo TK, Garcia AFG, Catão MHCV, Gomes DQC. O ensino da terapia a laser de baixa intensidade em odontologia no Brasil. RFO. 2013; jan/abr; 18(1):32-36.
7. Genovese JW. Laser de baixa intensidade: aplicações terapêuticas em odontologia. Lovise Ltda; 2000; 175p.
8. Shintome LK, Umetsubo LS, Nagayassu MP, Jorge ALC, Gonçalves SEP, Torres CRG. Avaliação clínica da laserterapia no tratamento da hipersensibilidade dentinária. Cienc Odontol Bras. 2007; jan./mar; 10(1): 26-33.
9. Silva JLA, Sardenberg C, Steglich AG, Canabarro A, Machado W. Laserterapia de baixa intensidade no controle da dor pós operatória de cirurgias para aumento de coroa clínica. Braz J Periodontol. 2014; mar; 24(1):07-13
10. Seabra EG. Avaliação clínica do efeito da irradiação pós operatória do laser de baixa intensidade na cicatrização de gengivoplastias em humanos. [Dissertação]. Natal: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFRN; 2007.
11. Kelner N, Castro JFL. Laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia: relato de casos clínicos. Revista Brasileira de Cancerologia. 2007; 53(1): 29-33.
12. Netto BP, Maior BSS, Oliveira RG, Teixeira ML, Miranda ME. Laserterapia de baixa intensidade no tratamento de desordens temporomandibulares. R.Fac.Odontol. 2007; 48(1/3): 88-91

TERAPIA FOTODINÂMICA COMO ALTERNATIVA NO TRATAMENTO PERIODONTAL: RELATO DE CASO

Lucas Alves Mendes^{1*}, Isabella Lima Arrais Ribeiro², Rachel Cristina de Queiroz Pinheiro², Keila Raposo Lucena².

1. Aluno de Graduação de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (Unipe). *Correspondência: Rua Doutor Damasquins Ramos Maciel, 1098, apt. nº 202, Bessa – João Pessoa. Email: llucasma@hotmail.com.

2. Docentes do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (Unipe).

INTRODUÇÃO

A Doença Periodontal (DP) é uma enfermidade que afeta os tecidos de suporte dos dentes, levando à perda óssea e de ligamento periodontal (1), sendo considerada a segunda maior causa de patologia dentária do mundo. Embora o mais importante mecanismo de defesa nos tecidos gengivais resida na resposta inflamatória que se manifesta inicialmente como gengivite, variações na eficácia protetora do processo inflamatório e o potencial patogênico das bactérias podem ser a causa principal das diferenças encontradas na susceptibilidade à DP onde o processo inflamatório, ali desencadeado, pode culminar com a instalação de uma periodontite (2).

Dentre as doenças periodontais, a periodontite agressiva (PA) compreende um grupo de formas graves e rapidamente progressivas da periodontite. Embora, em geral, a PA possa ocorrer em qualquer idade, é frequentemente caracterizada por uma manifestação clínica em idade precoce, cujos agentes etiológicos são capazes de causar níveis clinicamente detectáveis da doença dentro de um curto período de tempo (3).

O *Agregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) tem sido associado a diferentes formas de doenças periodontais, sendo considerado o principal agente etiológico da doença periodontal agressiva. Tal periodontopatógeno apresenta como principal fator de virulência a exacerbada produção de leucotoxinas. Este fato pode ter um importante papel na patogênese das doenças periodontais uma vez que esta toxina induz a morte de leucócitos polimorfonucleares e monócitos humanos (4).

O diagnóstico precoce deste problema periodontal é de suma importância para se estabelecer um tratamento periodontal adequado para o restabelecimento da homeostase tecidual (5).

A palavra laser corresponde a uma sigla composta pelas primeiras letras de *light amplification by stimulated emission of radiation*, a qual significa “amplificação da luz por emissão estimulada de radiação”. Conhecendo a capacidade do laser de proporcionar ao organismo uma melhor resposta à inflamação, com consequente redução de edema, minimização da sintomatologia dolorosa e bioestimulação celular,

a terapia a laser apresenta-se como uma alternativa para processos que apresentem reação inflamatória, dor e necessidade de regeneração tecidual (6).

A radiação emitida pelos lasers de baixa potência tem demonstrado efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e cicatrizantes, sendo, por isso, bastante utilizada no processo de reparo tecidual, em virtude das baixas densidades de energia usadas e comprimentos de onda capazes de penetrar nos tecidos (6).

Dentro da terapia a laser, a Terapia Fotodinâmica (ATFD) baseia-se na administração tópica ou sistêmica de um corante não tóxico sensível à luz seguida da irradiação em baixas doses com luz visível de comprimento de onda adequado. (7) O processo fotodinâmico é baseado na foto-oxidação de matéria orgânica sendo necessária a presença de um fotossensibilizador (FS), oxigênio e irradiação luminosa no local a ser tratado (8).

Na odontologia, a ATFD vem sendo empregada com êxito nas áreas da endodontia, estomatologia e periodontia por eliminar microrganismos e acelerar o processo de reparação tecidual. A cavidade oral, por ser constituída por vários tipos de tecidos, apresenta diferentes padrões de cicatrização e reparação sendo, portanto, um desafio orquestrar a regeneração e a cicatrização desses tecidos, uma vez que esses processos requerem crescimento coordenado das estruturas que estão fisicamente próximas, mas que são fisiologicamente e estruturalmente diferentes. A ATFD acelera tal processo, estimulando a vascularização, assim como a produção de colágeno, fibroblastos e tecido epitelial (1).

Na periodontia, o referido procedimento a laser pode ser aplicado antes e depois da raspagem e/ou da cirurgia periodontal, para redução do sangramento, da dor, do edema e, principalmente, para eliminação de periodontopatógenos com consequente eliminação de bolsas periodontais e bioestimulação dos tecidos tratados. (9)

A utilização do laser como coadjuvante ao tratamento de bolsas periodontais, faz-se necessário, pois atinge patógenos que possuem a capacidade de penetrar nos tecidos moles, tecidos duros, sítios não periodontais e locais de difícil acesso para instrumentação (10).

Diversos são os estudos sobre reparação tecidual, e dentre eles muitos mostram a real efetividade da TFD na odontologia, como a cicatrização com auxílio do laser em uma gengiva, onde no final do tratamento possuía um número maior de miofibroblastos, segundo Pourreau-Schneider et.al. Já Kreisler reportou a proliferação de fibroblastos do ligamento periodontal, onde as células irradiadas revelaram uma

atividade de proliferação mais alta que as células controle 72 h depois da TFD. No estudo de Viela et. al. os autores observaram diminuição na reabsorção radicular do grupo irradiado em 15, 30 e 60 dias após reimplantação. Além disso, o grupo laser apresentou menor quantidade de células inflamatórias e menores áreas de necrose quando em comparação com o controle não irradiado (1).

Esse estudo relata a efetividade da terapia fotodinâmica na doença periodontal através da avaliação dos parâmetros clínicos periodontais quando comparada a terapia convencional.

RELATO DE CASO

Paciente de 33 anos de idade, gênero masculino, foi encaminhado para a clínica de periodontia do Unipê para a realização de tratamento periodontal. Ao realizar o exame clínico periodontal, através da sondagem com sonda milimetrada (Trinity®), observou-se a presença de bolsas periodontais de média profundidade nos sítios mesio-vestibular dos dentes 12, 11 e 22 com 6, 4 e 5mm, respectivamente, além de perda de suporte periodontal de 6 e 4mm nos dentes 12 e 11 nos sítios citados (Figura 1). Ainda no exame periodontal, observou-se também bolsas periodontais nos dentes 42, 41, 36 e 37. Associado aos exames de imagem, o paciente foi diagnosticado com Periodontite Agressiva Localizada (PAL). O tratamento de eleição para esta condição periodontal é a raspagem e o alisamento radicular (RAR) para a descontaminação das superfícies da coroa e da raiz com o uso de curetas e irrigação com soro fisiológico (Figura 2). Diante da presença de vários sítios com profundidade de sondagem acima de 5mm, foram escolhidos de forma aleatória os dentes 12 e 11, para a realização da RAR associada à ATFD e dos 42 e 41 para a RAR isoladamente. Após a RAR com curetas periodontais específicas do tipo Gracey 5-6 (Trinity®) e irrigação com soro fisiológico para a remoção de *smear layer* e depósitos de sangue, na área raspada, foi inserido ofotossensibilizador azul de metileno a 0,05% dentro da bolsa periodontal com auxílio de cânula e seringa. Esperou-se o tempo de pré-irradiação de 5 minutos, e a ATFD foi realizada utilizando-se o aparelho de laser DUOmmoptics, com fibra ótica e comprimento de onda de 660nm, irradiando por 40s, numa potência de 1J/cm² e 3J de energia (Figuras 3 e 4).

O paciente foi reavaliado 7 e 30 dias após a intervenção periodontal onde foi observada uma redução das profundidades de sondagem das áreas raspadas e com melhorias do suporte periodontal nas áreas onde o laser foi aplicado. O paciente continua realizando as consultas de suporte na clínica de Odontologia do Unipê.



Figura 1. Sondagem Vestibular



Figura 2. Raspagem Vestibular



Figura 3. Aplicação do azul de metileno



Figura 4. Irradiação do laser vestibular

CONCLUSÃO

A terapia fotodinâmica (ATFD) é uma forma diferenciada de fotoquimioterapia que utiliza um fotossensibilizante e uma fonte de luz na presença de oxigênio. A ATFD vem sendo utilizada como uma terapia auxiliar em várias áreas da odontologia como no tratamento periodontal. O biofilme subgingival, presente em áreas com profundidade de sondagem elevadas e em sítios com inflamação periodontal, abriga uma série de espécies bacterianas anaeróbias estritas, com grande potencial patogênico. Ao

utilizarmos a ATFD, o fotossensibilizador penetra nas células bacterianas e, quando irradiado pelo laser, na presença de oxigênio, torna-se excitado gerando energia, a qual é transferida às moléculas de oxigênio da célula bacteriana. As espécies reativas de oxigênio formadas são altamente tóxicas para os microrganismos, levando à morte celular. Visto que, em alguns casos, a infecção periodontal não é resolvida apenas com a instrumentação das superfícies dentais, pois bactérias periodontopatogênicas apresentam a capacidade de invadir o interior dos tecidos, a TFD, associada ao tratamento periodontal, mostra-se eficaz favorecendo o processo de reparo tecidual, além de propiciar também um efeito analgésico e anti-inflamatório. No presente relato, a ATFD mostrou-se eficaz na redução das bolsas periodontais, revelando-se um importante adjuvante no tratamento da doença periodontal agressiva por se tratar de uma técnica minimamente invasiva, indolor e segura.

REFERÊNCIAS

1. Garcez AS, Ribeiro MS, Núñez SC. Terapia laser de baixa potência na reparação tecidual. IN: Meneguzzo DT, Lopes LA, Ribeiro MS. Laser de baixa potência – princípios básicos e aplicações clínicas na odontologia. São Paulo/Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
2. Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. Ver. Port. Clin. Geral 2006; 22: 379-90.
3. Rapp GE, Trujillo NP, McQuillin A, Tonetti M. Genetic power of a Brazilian three-generation family with generalized aggressive periodontitis. Braz. Dent. J. Ribeirão Preto. 2010; 21 (2).
4. Junior WR, Andrade AFB, Colomobo APV. Prevalence of leukotoxic genotypes of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in Brazilians with chronic periodontitis. Braz. J. Microbiol. 2006; 37 (4).
5. Hermes CR, Baumhardt SG, Rösing CK. Occurrence of aggressive periodontitis in patients at a dental school in southern Brazil. Acta Odontol. Latinoam. 2013; 26 (2).
6. Lins RDAU, Dantas EM, Lucena KCR, Catão MHCV, Garcia AFG, Neto LGC. Efeitos bioestimulantes do laser de baixa potência no processo de reparo. An. Bras. Dermatol, 2010; 85 (6): 849-855.
7. Perussi JR. Inativação fotodinâmica de microrganismos. Quim. Nova. 2003; 30(4): 988-994.
8. Núñez AC, Ribeiro MS, Garcez AS. Princípios da terapia fotodinâmica. IN: ITRI, R.; FERNANDES, A.U.; BAPTISTA, M.S. Terapia fotodinâmica antimicrobiana na odontologia. São Paulo/Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
9. Polli PCNS, Terezan MLF. Laserterapia como técnica auxiliar no tratamento periodontal. R. Ci. méd. biol. 2007; 6 (1): 91-99.
10. Carvalho VF, Lubisco MA, Alves VTE, Gonçalves CCJS, Conde MC, Pannuti CM, et. al. Terapia fotodinâmica em periodontia clínica. Revista Periodontia. 2010; 20 (3): 7-12.

LASER DE BAIXA POTÊNCIA NA ENDODONTIA

Basílio Rodrigues Vieira¹, Luciana Dellamano Chacon¹, Mariana Gil Gomes Medeiros de Araújo¹, Moan Jéfter Fernandes Costa¹, Daniel Furtado Silva², Ana Carolina Lyra de Albuquerque^{3}.*

1. Graduandos em Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

2. Docente do Curso de Odontologia. Faculdades Integradas de Patos (PB) (FIP).

3. Docente do Curso de Odontologia. UFCG. *Correspondência: Avenida Universitária, Sn, Bairro Santa Cecília, Patos, Paraíba. lina.lyra@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A terapia endodôntica tem por objetivo oferecer condições para o restabelecimento da normalidade dos tecidos pulpare e periapicais e assim recompor a saúde dental e as funções do sistema estomatognático (1). Introduziram-se os termos "limpeza e modelagem" do sistema de canais radiculares que é a base da terapia endodôntica com sucesso e, destacando-se não apenas pelo caráter técnico-mecânico do preparo, mas também pela influência da resposta aos princípios biológicos do corpo (2,3).

O laser é uma forma de luz, fonte de radiação capaz de produzir, em bandas espectrais extremamente finas, campos eletromagnéticos intensos e coerentes que se estendem do infravermelho ao ultravioleta (4). Na Odontologia moderna existe uma tendência à utilização da luz como instrumento de tratamento. Laseres de baixa potência vêm sendo utilizados com finalidade terapêutica no alívio da dor, para estimular reparação tecidual, reduzir edema e hiperemia nos processos inflamatórios, combatendo infecções e no tratamento de parestesias e paralisias (5).

A terapia fotodinâmica, como é conhecido genericamente o tratamento com laser, consiste na associação de agentes convencionais geralmente exógenos, e uma fonte de luz laser de baixa potência com emissão vermelha monocromática de um comprimento de onda específico sem que haja aumento local, significativo, de calor. Estes são espécimes químicos altamente reativos que danificam proteínas, lipídeos, ácidos nucleicos e outros componentes celulares microbianos podendo atuar também no processo de desinfecção (6).

Como o laser tem uma crescente utilização na clínica endodôntica com resultados promissores como terapia coadjuvante à terapia convencional, este trabalho visa realizar uma revisão de literatura sobre o uso de laser de baixa potência nas mais variáveis vertentes da endodontia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Artigos científicos sobre a temática foram acessados nas bases de dados Scielo, Pubmed, LILACS e MEDLINE, publicado nos últimos 15 anos (2000 a 2015). Os seguintes descritores foram aplicados: Terapia fotodinâmica, endodôntia, laser de baixa potência, polpa dentária, necrose pulpar, hiperemia e desinfecção; Foram utilizadas também monografias, dissertações, teses e livros como referência.

Para a seleção das fontes, foram considerados como critério de inclusão as bibliografias que abordassem o uso de laser de baixa potência relacionado a especialidade de endodôntia, e foram excluídas aquelas temáticas que contemplaram o uso de laser de alta potência e as demais especialidades da odontologia.

REVISÃO DE LITERATURA

A endodontia é a especialidade da odontologia responsável pelo estudo da órgão pulpar e todo seu o sistema de canais radiculares além dos tecidos periapicais e patologias diretamente relacionadas. O tratamento endodôntico utiliza agentes químicos em associação com técnicas mecânicas, buscando o equilíbrio do ecossistema microbiano com a finalidade de promover desinfecção do sistema de canais radiculares. A desinfecção e a modelagem na terapia endodôntica, seguidas de uma obturação hermética do sistema de canais radiculares, são primordiais para o sucesso do tratamento (7).

O laser (*light amplification by stimulated emission of radiation*) é uma forma de luz, em bandas espectrais extremamente finas, campos eletromagnéticos intensos e coerentes que se estendem do infravermelho ao ultravioleta, cuja cor da luz depende do seu comprimento de onda. Os comprimentos de onda menores emitem luz violeta que vai sofrendo variações até a luz vermelha visualizada nos maiores comprimentos de onda (4).

O Laser de baixa potência opera tipicamente com potência de 100mV ou menos, podendo produzir energia em espectro visível (400- 700nm de comprimento de onda), ou na ultravioleta (200-400nm), ou até em regiões próximas à infravermelha (700-1500nm). Os primeiros lasers de baixa intensidade tinham como meio ativo uma mistura gasosa de hélio e neônio (lasers de HeNe) e eram vermelhos (632,8nm). Atualmente os sistemas lasers de baixa intensidade são, na sua grande maioria, constituídos de um cristal, diodo semiconductor de arseneto de gálio (AsGa) podendo conter diversos outros elementos, dependendo do comprimento de onda desejado (4,8,9).

A pulpite reversível é uma tentativa de defesa da polpa contra o agente agressor, elevando o afluxo sanguíneo e o exsudato, podendo se agravar de acordo com a continuidade do estímulo. O quadro histológico quando os vasos sanguíneos tornam-se dilatados, chama-se hiperemia pulpar, um congestionamento a rede de vasos capilares com predisposição ao edema (10). Já na pulpite irreversível o aumento da pressão interna dificulta o aporte de nutrientes por meio da corrente sanguínea. Caracteriza-se por um quadro inflamatório irreversível, principalmente devido as suas condições peculiares (paredes inextensíveis, restrita vascularização para suprimento e eliminação de metabólitos) o qual invariavelmente resultará em necrose, seja por liquefação ou coagulação (11).

Os lasers de baixa potência podem ser utilizados com o propósito de estimular a formação de dentina reparadora, reduzir a sensibilidade dentinária e a dor nos casos de hiperemia, auxiliar a anestesia nos casos de pulpite severa, servindo também para confirmar a vitalidade pulpar e servir de diagnóstico diferencial para pulpites. No entanto, mais estudos são necessários para comprovar esta aplicação clínica (12,13).

A causa da maior parte de lesões periapicais deriva da necrose pulpar que é decorrente primeiramente de uma lesão de cárie, seguido de invasão bacteriana e de suas toxinas via luz do canal, penetrando no sistema de túbulos dentinários, ramificações e deltas apicais. Quando os primeiros estudiosos instituíram o termo "limpeza e modelagem" na terapia endodôntica, ela se permitiu classificar como uma técnica de caráter técnico-mecânico (2,3,14,15).

Muitas das vezes o método convencional de sanificação e limpeza com substâncias irrigadoras não é completamente eficiente. Na maioria das vezes as falhas ou o insucesso da terapia endodôntica é devido à complexidade do sistema de túbulos dentinários associado com a patogenia das bactérias ligadas a infecção existente. Pelo fator de insucesso da terapia endodôntica convencional muitas vezes estar associado a não desinfecção correta do sistema de canais radiculares, métodos coadjuvantes de redução microbiana estão sendo associados a terapia endodôntica convencional, nesse caso a terapia fotodinâmica com o uso dos lasers (14,16).

Os lasers que emitem melhor resposta na terapia endodôntica são os de baixa intensidade por serem bem absorvidos pelos tecidos biológicos sem aumento de temperatura local, o que poderia ser prejudicial para a recuperação dos tecidos, mas gerando reações fotoquímicas entre o fotossensibilizador, a luz e o substrato. A terapia fotodinâmica com laser de baixa intensidade na endodontia se faz útil devido ao fato que, após a sua utilização, haverá uma homeostase tecidual, maior permeabilidade do

sistema de canais das medicações promovendo melhor desinfecção e posterior selamento pelo material obturador, pelo fato da luz ser monocromática e bastante intensa, induzindo respostas teciduais favoráveis (17).

Ao contrário do uso de antibióticos e antimicrobianos, que podem favorecer a resistência microbiana, o que seria uma reação indesejada no processo de desinfecção do sistema de canais radiculares, os lasers de baixa potência se constituem como excelente método coadjuvante, justamente por não estar susceptível a essa condição. Além disso, ao longo do tempo de uso com a ocorrência de efeitos colaterais é indicado que se faça a diminuição da dose dos antibióticos, o que diminuiria a sua efetividade no processo requerido, dessa forma, mais um ponto positivo para o uso dos lasers, que sofrem poucas contra indicações relacionadas à terapia endodôntica (16,18).

A Apicectomia consiste no ato de ressecção apical, utilizada em casos de perfurações de raízes no terço apical, fratura de instrumentos endodônticos, raízes dilaceradas, presença de ramificações em canais não obturados ou insucesso do tratamento endodôntico, no qual ainda ocorre a existência de microrganismos nas áreas radiculares apicais mesmo após o processo de desinfecção e obturação do mesmo (19).

Com o surgimento do laser de alta potência, uma nova modalidade de técnica cirúrgica para a realização da apicectomia surgiu, sendo esta capaz de fornecer maior êxito durante o tratamento endodôntico de lesões a nível apical. A vantagem do uso do laser na apicectomia consiste na fusão e na realização da anti-sepsia na superfície cementária do ápice radicular ao mesmo tempo, ou seja, o laser pode ser muito bem aplicado para fins de vedação apical em cirurgias pararendodônticas, tendo em vista o melhor selamento apical fornecido quando comparado com as técnicas convencionais e a maior biocompatibilidade favorecida (20).

CONCLUSÕES

O laser de baixa potência apresenta-se como um método promissor, pela comprovada redução da microbiota no sistema de canais radiculares e sua ação analgésica e anti-inflamatória, além de ser uma técnica de fácil aplicação, indolor, que não promove resistênciamicrobiana e não causa efeitos sistêmicos.

REFERÊNCIAS

1. Cavalheiro FM. Avaliação da redução bacteriana em condutos radiculares contaminados comparando três técnicas de irradiação com laser de baixa potência associado a fotossensibilizador. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2007.
2. Schilder H. Cleaning and shaping the root canal. *Dent Clin North Am.* 1974;18 (2): 269-96.
3. Estrela C. Ciência endodôntica. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
4. Lizarelli RFZ. Protocolos clínicos odontológicos: uso do laser de baixa intensidade. São Paulo: Bons Negócios Editora; 2005. 90p.
5. Lopes LA. Fototerapia. *DMC J.* 2007; 1(1):3.
6. Amaral RR et al. Terapia fotodinâmica na endodontia. *Revista Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, Passo Fundo.* 2010;15(2):207-211.
7. Belber VB. Verificação da redução de *Enterococcus faecalis* no canal radicular e nos túbulos dentinários utilizando diferentes substâncias químicas auxiliares e técnicas de instrumentação: estudo in vitro [Dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
8. Garcez AS, Núñez SC, Lage-Marques JL, Jorge AOC, DDS, Ribeiro MS. Efficiency of NaOCl and laser-assisted photosensitization on the reduction of *Enterococcus faecalis* in vitro. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102:93-8.
9. Gutknecht N, Franzen R, Vanweersch JML, Mir M. Temperature evolution on human teeth root surface after diode laser assisted endodontic treatment. *Lasers Med Sci.* 2005;20:99-103.
10. Lopes HP, Siqueira JF Jr (2004). Instrumentos endodônticos. in: Lopes HP, Siqueira JF Jr . Endodontia: biologia e técnica. Rio de Janeiro: MEDSI, 323-417.
11. Leonardo MR. Endodontia: tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos. 2 volumes encadernados. São Paulo: Artes Médicas, 2005. Reimpressão 2008.
12. Castro JFL. Oncologia Oral. Recife: Ed. Universitária UFPE; 2005. 253p
13. Mathew S; Thangaraj D. Lasers in Endodontics. *Journal of Indian Academy of Dental Specialists,* 2011 (1), pp. 31-37.
14. Elias GRAH, Silveira AMV. Terapia fotodinâmica antimicrobiana (apdt) na clínica endodôntica. [Monografia]. Governador Valadares:Curso de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade Unidas do Norte de Minas, 2014.
15. Nair P. Pathogenesis of apical periodontitis and the causes of endodontic failures, *Critical Reviews in oral Biology & Medicine,* (2004). 15 (6), p. 348-81.
16. Rosa FCS, Ito CYK. Eficácia da instrumentação associada à terapia fotodinâmica antimicrobiana e medicação intracanal na eliminação de biofilmes e na neutralização de endotoxinas em canais radiculares. [Tese]. São José dos Campos: Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, 2014.
17. Nunes et al. Photodynamic therapy in endodontics - review of literature. *RFO.* 2013;15(2): 207-211.
18. Garcez AS, Ribeiro MS, Tegos GP, Núñez SC, Jorge AOC, Hamblin MR. Antimicrobial photodynamic therapy combined with conventional endodontic treatment to eliminate root canal biofilm infection. *Lasers Surg Med.* 2007;39:59-66
19. Leonardi DP. Cirurgia parendodôntica: avaliação de diferentes técnicas para a realização da apicectomia. *Rev. sul-bras. odontol,* v. 3, n. 2, p. 15-19, 2006.
20. Pozza D. Análise comparativa entre os tempos gastos na apicectomia por ponta diamantada e pelos lasers Co2 e Er: yag na apicectomia. *Rev. Clin. Pesq. Odontol., Curitiba,* v.2, n.2, p. 97-102, out/dez. 2005.

O LASER NA OFTALMOLOGIA

Camila Fernandes Felix^{1}, Victor de Oliveira Castro¹, Rodrigo Mendes Peixoto¹, Rafaela Siqueira de Lucena¹, José Saturnino de Albuquerque Segundo¹, William Alves de Melo Junior¹.*

1-Universidade Federal de Campina Grande. *Endereço para Correspondência: Rua João Pequeno, 761. Apto 304. – Catolé, Campina Grande/PB. E-mail: camila_ffelix@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Na medicina, como na saúde em geral, o laser é utilizado nas mais diversas áreas. Na oftalmologia, seu uso se dá tanto na profilaxia quanto na terapêutica de diversas doenças oculares. O tratamento via laser é ambulatorial, não sendo necessária internação, indolor e a anestesia é tópica, através de um colírio. A duração, a intensidade e o comprimento de onda do feixe de luz são totalmente controlados pelo oftalmologista, de acordo com o procedimento realizado, de modo a atingir apenas uma região específica do olho. Ao contrário de cirurgias convencionais, o risco de infecção durante o procedimento é mínimo, já que o laser é totalmente asséptico e auto-esterelizante.

MATERIAL E MÉTODOS

Para análise do funcionamento do laser na oftalmologia, acompanhamos por cerca de 30 dias um profissional de oftalmologia. Entre os dados da nossa pesquisa exploratória contamos com 26 pacientes realizando os mais diversos procedimentos, sendo o mais realizado (21) a fotocoagulação retiniana. O levantamento do material bibliográfico foi realizado pela internet, atualmente a principal ferramenta para busca de artigos, auxiliando no desenvolvimento de pesquisa e na divulgação do conhecimento, responsável pela recuperação de grande quantidade das informações publicadas. Assim utilizamos as bases de dados Cinahl, PubMed, e as bibliotecas virtuais Bireme e SciELO para nossa busca.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A palavra LASER é derivada do acrônimo para Amplificação da Luz por Emissão Estimulada de Radiação, em outras palavras o laser seria um dispositivo capaz de emitir luz com um comprimento de onda definido de forma altamente organizada. Como o princípio é o mesmo, a radiação óptica produzida pelos diversos tipos de laseres é similar. Contudo, é possível trabalhar com o laser buscando por resultados clínicos relativamente específicos; o que vai determinar sua interação com o tecido será a densidade do poder óptico do sistema bem como o comprimento de onda.

O presente relato buscou demonstrar o amplo uso do laser na oftalmologia como, por exemplo, em procedimentos de epilação de cílios, iridotomia e a fotocoagulação retiniana que é o procedimento mais realizado. O método de fotocoagulação retiniana utiliza o laser verde (Laser de Argônio) que produz uma queimadura controlada do tecido. É indicado para os casos de retinopatia diabética e toxoplasmose ocular. Em ambos os casos, é realizada com o objetivo de impedir neovascularizações, evitando hemorragias e o edema macular. As aplicações são espaçadas ao longo das áreas laterais da retina, as pequenas cicatrizes resultantes da aplicação do laser reduzem a formação de vasos sanguíneos anormais e ajudam a manter a retina sobre o fundo do olho, evitando assim o descolamento da mesma. Em casos mais particulares, como a toxoplasmose, a retina apresenta uma cicatriz causada pelos protozoários, essa cicatriz leva a uma isquemia local com liberação de Fator de Crescimento do Endotélio Vascular que por sua vez promove o processo neovascular.

O procedimento consiste na aplicação do laser em forma de pulso, sendo que cada pulso possui duração de 0,2 segundos, a uma potência de 200mW com uma mira de 200 micrômetros. A quantidade de pulso será de acordo com o grau de comprometimento da retina. Normalmente todo o processo é realizado em regime ambulatorial e a maioria dos tratamentos é realizada com a instilação de colírio anestésico.

CONCLUSÕES

O Laser com suas características físicas, profiláticas e terapêuticas, dentro da oftalmologia, atua como auxiliar na contenção e tratamento de diferentes patologias. A retinopatia diabética, por exemplo, grande causa de cegueira no mundo, encontra na fotocoagulação um método terapêutico e profilático bastante eficaz. O uso dessa técnica tem se difundido entre oftalmologistas especialistas e os resultados obtidos demonstram uma congruência de objetivos visando o bem estar e a melhora na qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ávila M. A retina no século XXI. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia; 2003. 719-730 p
2. Júnior H, Maia A. Estabilidade visual na retinopatia diabética tratada por panfotocoagulação com laser. Arq. Bras. Endocrinol. Metab; 2007. 575-580 p
3. GROSS JL, NEHME M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. 1999. 279-284 p

ALTERAÇÕES BUCAIS COM O ENVELHECIMENTO

Carmem Dolores de Sá Catão^{1}, Bianca Buriti de Vasconcelos Porto², Kelvin Leite Moura²,
Maria Carolina Oliveira de França², Nicole Ramalho de Freitas².*

1. Professora Adjunta do Curso de Medicina, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas (UACM). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, PB, Brasil. *Correspondência: Av. Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó. Campina Grande – Paraíba. E-mail: cataocarmem@gmail.com.
2. Acadêmicos do Curso de Medicina, UACM - UFCG.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 60, o Brasil vem apresentando um declínio nas taxas de natalidade e, após a Segunda Guerra Mundial, uma diminuição progressiva nas taxas de mortalidade. Isso constitui o atual quadro crescente de envelhecimento populacional (1).

Classificam-se como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e acima de 60 anos em países em desenvolvimento. Na população brasileira, esta classe engloba cerca de 9% da população, representando aproximadamente 21 milhões de pessoas. A proporção de brasileiros idosos cresceu mais de 23% nos últimos 10 anos e estima-se que, nas próximas duas décadas, esta população poderá passar de 15 milhões para 30 milhões (2). Embora o envelhecimento seja um processo natural, leva o organismo a várias alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso (3).

Há a necessidade de se proporcionar maior qualidade de vida ao segmento idoso da população, enfocando os aspectos físico, social e psicológico. Dentro dessa realidade, o estado de saúde bucal dos idosos tem adquirido maior importância nas últimas décadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, visto que essa faixa da população cresce lentamente, porém continuamente, em razão do aumento da expectativa de vida (4).

A comunidade científica deve preocupar-se com a senilidade em vários aspectos, principalmente com as doenças bucais, por causa da interação existente entre as alterações degenerativas da idade e condições patológicas. As modificações ocorridas na cavidade bucal não se resumem apenas às perdas parciais ou totais dos dentes, mas também as condições clínicas fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, bem como uso de aparelhos protéticos, xerostomia, redução da capacidade gustativa, alterações no periodonto, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória, estomatite protética, candidíase (5).

Diante da grande prevalência de alterações e lesões bucais em idosos causadas, muitas vezes, por negligência com a saúde oral dessa população, é importante elucidá-las e relacioná-las com a manutenção de uma estética agradável, autoestima e qualidade de vida do idoso. Desta forma, foi realizado um levantamento bibliográfico acerca das principais alterações e lesões bucais decorrentes do processo de envelhecimento, com objetivo de esclarecer à comunidade científica os achados de diversas pesquisas realizadas nos últimos anos.

METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada por meio de uma busca nas bases Bireme, Lilacs e Scielo empregando as palavras chaves: “geriatria”, “patologia bucal”, “senilidade” e “alterações fisiológicas nos idosos”, nos artigos indexados nos últimos 15 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde bucal não se dissocia da saúde como um todo; fatores gerais do indivíduo e do ambiente afetam o sistema estomatognático e vice-versa, o que torna o conhecimento dessas interações de extrema importância para o diagnóstico das reais prioridades e necessidades do idoso, assim como para delineamento do plano de ação (5)

O Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, Projeto SB Brasil (2002/2003) realizado pelo Ministério da Saúde evidenciou um quadro crítico de saúde bucal para idosos: 54,8% de desdentados totais, CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) médio de 27,93 e menos de 10% com mais de 20 dentes na boca, proporção bem inferior à meta proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 (6).

Nesse contexto, o último levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2010 indica um panorama ainda crítico para os idosos brasileiros, com elevada perda dentária e edentulismo (7). A grande maioria dos idosos desconhecem as alterações bucais que acompanham o processo de envelhecimento e não fazem o exame adequado da cavidade bucal. Há uma negligência da saúde bucal por esta parte da população devido principalmente a perda progressiva dos dentes que eles julgam inerentes ao processo de envelhecimento (8).

O processo de envelhecimento pode desencadear consequências bucais como: xerostomia, alterações nas glândulas salivares, na garganta e no paladar, estomatites, candidíase, periodontites, hipoatividade durante a mastigação, diminuição da

dimensão vertical de oclusão, queilite angular, nas quais o cirurgião-dentista deve estar atento, obter um diagnóstico precoce, planejar o tratamento e manter o paciente em condições de saúde bucal que não comprometam a saúde geral e o estado psicológico do indivíduo. Desta forma, objetiva-se expor as alterações e lesões bucais mais comuns associadas ao idoso, bem como ao uso de aparelhos protéticos (9).

Xerostomia

A xerostomia é uma condição associada com diminuição na quantidade de saliva produzida acompanhada de alteração em sua composição química, causando uma sensação de boca seca, sendo uma manifestação frequentemente encontrada na prática odontológica. A xerostomia está associada a dificuldades na mastigação, deglutição, gustação e fala, resultando em dieta pobre e má nutrição (10).

No idoso a fácil tendência à secura da cavidade oral e aos processos inflamatórios está ligada à atrofia da mucosa oral e das glândulas salivares (11). Estas, por sua vez, diminuem a produção da amilase salivar, dificultando a deglutição e posterior digestão dos alimentos. Tais glândulas, com o envelhecimento, sofrem um processo de degeneração avançada, provocando a diminuição da viscosidade e quantidade da saliva secretada (5). Com a diminuição do fluxo salivar, a mucosa oral torna-se muito seca e sua cor muda de rosa pálida para um vermelho vivo. O dorso da língua torna-se muito seco e levemente áspero. Com a cronificação do problema, esta região da língua torna-se lisa/despilada e altamente fissurada (11).

Entre as alterações das glândulas salivares, pode-se citar a presença de sialólitos nos ductos submandibulares, doenças auto-imune, radiação proveniente de tratamento antineoplásico, medicamentos antidepressivos, anti-hipertensivos e diuréticos, bem como desordens sistêmicas como o *diabetes mellitus* (11).

A prevalência e incidência de xerostomia nos idosos estão fortemente associadas ao uso contínuo de fármacos. A literatura revela que entre os fármacos possivelmente relacionados à xerostomia estão: antiespasmódicos, antidepressivos, antipsicóticos, relaxantes músculo-esqueléticos, antiparkinsonianos, antiarrítmicos, anti-histaminicos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, melhoradores de apetite, diuréticos, anti-hipertensivos (10, 11).

Um estudo revelou que a utilização de tais medicamentos, além de contribuir para a xerostomia, está associada com o aumento de lesões não cáries em idosos, sobretudo quando associada a uma maior permanência dos dentes no arco dentário. Assim, os túbulos dentários apresentam-se mecanicamente abertos e expostos, além

de alargados pela constante ação dos ácidos desmineralizadores, permitindo livre passagem de toxinas bacterianas (12).

Os meios utilizados para se chegar ao diagnóstico da xerostomia são: uma boa anamnese, exame clínico intra-oral, e quando necessário realização de exames complementares. O painel de testes deve incluir: velocidade de hemossedimentação, fator reumatóide, anticorpo antinuclear, antiSS-A (anti-RO), e anti-SS-A (anti-LA) com a contagem de sangue são incluídos para diagnóstico diferencial. A sialografia, imagem de ressonância magnética (IRM), cintilografia e biópsia da glândula salivar são outros testes requisitados para auxiliar a avaliação das glândulas salivares (11).

Perdas Dentárias

O edentulismo no Brasil reflete um modelo de atenção cirúrgico-reabilitador, principalmente em serviços públicos. As exodontias em massa eram o único atendimento oferecido, ao invés do tratamento dos dentes. O local, a locomoção e o transporte para o acesso a serviços odontológicos, a infraestrutura local e a rede de suporte social podem também relacionar-se à saúde bucal. Entre os fatores não dentais causais, temos: limitações financeiras para custeio de tratamento, a solicitação dos familiares e a incapacidade do idoso comprometido em tolerar o tratamento restaurador (13).

O edentulismo reflete uma péssima qualidade de vida, que exercer um efeito negativo em diversas funcionalidades do corpo humano, dentre as quais, sobre digestão, gustação, pronúncia e aspectos estéticos (14)

Em uma pesquisa do tipo transversal, com 80 idosos entrevistados à respeito das alterações bucais que acompanham o processo de envelhecimento, 46% desses pacientes relataram ser totalmente edêntulos. 92% dos idosos utilizam algum tipo de prótese e 51% apresentavam dificuldade ao executar a função mastigatória (5).

Em decorrência disso, a reabilitação protética torna-se fator importante para o restabelecimento das condições bucais ideais do paciente. A reabsorção alveolar que se inicia no processo de cicatrização é um dos fatores que dificultam esse processo. Esse fato foi bastante referido pelos idosos participantes da amostra principalmente ao se referir sobre a arcada inferior, além disso, pode explicar o fato de 8% deles não fazerem uso de prótese (5)

A perda dos dentes levam alguns dos pacientes geriátricos ao descaso com a saúde bucal com a falta de acompanhamento odontológico e conseqüentemente agravamento das lesões pré-existentes. O tratamento interdisciplinar juntamente com

o médico geriatra, que geralmente possui um maior contato com paciente, deve encaminhá-lo para um serviço referenciado que irá proporcioná-lo o tratamento específico, visando sempre à melhora na qualidade de vida (15, 16).

Estomatite Protética (EP)

O contingente idoso brasileiro apresenta elevada proporção de indivíduos que utilizam prótese dentária, além de um percentual considerável que necessita de uma (13). As principais motivações para o emprego de próteses na reabilitação oral são a estética, fonética e conforto do paciente, ressaltando também que a ausência dos dentes poderá implicar alterações com consequências para vida emocional do sujeito. Acredita-se que o aumento da expectativa de vida pode estar associado a uma maior necessidade de próteses dentárias (17).

Nem sempre as próteses encontram-se bem adaptadas, visto que uma das principais consequências locais da perda dentária é a reabsorção do rebordo residual. Sendo assim, este processo pode resultar em rebordos irregulares, produzindo uma base sem estabilidade, retenção e suporte para a prótese total (5).

Dessa forma, depreende-se que as próteses, quando mal adaptadas e unidas à falta de orientação do paciente, podem afetar de forma adversa o prognóstico final do tratamento, levando, por exemplo, ao aparecimento de lesões orais (17). Portanto, torna-se necessário que após a instalação de próteses removíveis, os cirurgiões-dentistas se conscientizem da necessidade de acompanhamento dos seus pacientes com a finalidade de diagnosticar lesões precocemente (18). Dentre as patologias decorrentes do uso de próteses dentárias uma das mais frequentes é a estomatite protética (19).

A estomatite protética é uma patologia caracterizada por um processo inflamatório com a presença de alterações clínicas de eritema difuso e/ou áreas focais envolvendo principalmente a mucosa do palato duro, além de apresentar variadas alterações na textura e na superfície da mucosa palatina. Em manifestações mais graves estão presentes pequenas pápulas e erosões na mucosa, frequentemente associada à presença de candidose. Alguns estudos relataram que embora o tecido apresente-se hiperêmico e inflamado, a estomatite protética é frequentemente assintomática, e desta forma, passam despercebidas pelos pacientes, sendo casualmente descobertas durante exame bucal de rotina (19).

A estomatite protética é de etiologia multifatorial e a carência nutricional, má higiene bucal e da prótese, diabetes mellitus, estado de imunossupressão e idade

avançada atuam como fatores predisponentes (18,19). É importante ressaltar que pacientes idosos, por apresentarem uma série de características sistêmicas, como alterações imunológicas e doenças sistêmicas subclínicas, e bucais peculiares seriam, portanto, mais susceptíveis à estomatite protética (19).

Trata-se de uma patologia bastante comum em idosos e pode estar associada a quadros de candidose atrófica e queilite angular (11). A frequência da estomatite protética tende a aumentar com a idade e tempo de uso da prótese e este tipo de lesão pode acometer até 65% das pessoas idosas que utilizam prótese (19).

Após a instalação das próteses totais, a orientação de uso, a higiene e o acompanhamento periódico são necessários para garantir as condições funcionais sem trazer problemas para os tecidos de suporte. Diagnosticar precocemente qualquer tipo de alteração da mucosa e colaborar com o seu tratamento e prognóstico contribui para manter condições de higiene nos pacientes desdentados (17, 20).

É necessário que as próteses sejam limpas e desinfetadas diariamente, visando à saúde e conservação dos tecidos orais, visto que a manutenção de mucosa saudável é relativa ao grau de limpeza da prótese que se instala sobre o tecido (5).

Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

A hiperplasia fibrosa inflamatória, também denominada de epúlide fissurada, enquadra-se entre as lesões benignas do tecido mole decorrentes de traumas crônicos, geralmente de uma prótese mal adaptada. Essa lesão acomete preferencialmente o sexo feminino, adultos de meia idade ou mais velhos, e usuários de próteses. É mais frequente na região anterior da maxila, exofítica, e pode variar de flácida a consistente (21).

A presença de hiperplasia fibrosa inflamatória se justifica pela diminuição da capacidade de proteção da camada de queratina apresentada pelo epitélio palatino. Este mesmo tipo de lesão foi associado a quadros de queilite angular, as quais se mostraram mais comuns no sexo feminino (11).

Segundo um estudo realizado no Piauí, em 2012, com 80 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cerca de 90% dos idosos que participaram do estudo utilizavam algum tipo de prótese dentária (5). Isso aumenta consideravelmente as chances de a população idosa passar a apresentar alterações relacionadas ao uso crônico dessas próteses, como a hiperplasia fibrosa inflamatória, corroborando então para explicar a grande prevalência dessa alteração em idosos.

Em uma pesquisa realizada em 2014, na Universidade de Passo Fundo, notou-se que as faixas etárias mais acometidas pelas lesões ocasionadas por próteses removíveis foram as seguintes: hiperplasia fibrosa inflamatória, granuloma piogênico e fibroma ossificante periférico - 51 a 70 anos; mucocele - 36 a 50 anos; nas lesões de candidose os dados relativos à idade não estavam disponíveis nas requisições de exames histopatológicos (22). Evidencia-se novamente, a partir desses dados, a grande prevalência dessa alteração em pacientes com uma idade mais avançada.

Queilite Angular

Queilite é um termo genérico, significando inflamação no lábio, que engloba numerosas afecções. A queilite angular, comissurite labial ou perlèche, apresenta-se como um intertrigo nos cantos dos lábios. É decorrente do acúmulo de saliva, principalmente em indivíduos idosos que usam próteses antigas ou mal adaptadas, pela “queda” dos cantos da boca. Esta é devida à reabsorção óssea dos rebordos alveolares, o que leva à diminuição da distância entre o maxilar superior e a mandíbula (diminuição da dimensão vertical). A saliva depositada pode irritar a pele e, frequentemente, sofrer contaminação por *Candida albicans*. Existe a tendência em relacionar a queilite angular à carência de vitaminas, principalmente do complexo B, diabetes e deficiência de ferro. São condições que só devem ser cogitadas quando existem dados clínicos indicativos. O tratamento é feito com pomadas ou cremes antibióticos e imidiazólicos, além da causa dentária ou óssea quando presente (23).

Um estudo indiano destacou a importância de se investigar possíveis alterações orais em idosos diabéticos. Por apresentar grande prevalência na população idosa e causar uma série de alterações sistêmicas, faz-se necessário que todos os dentistas investiguem possíveis doenças bucais nesse grupo de risco. Foi concluído que, com controle metabólico e manutenção da saúde bucal, pacientes diabéticos não apresentam diferenças significativas em relação a população normal, apenas foi evidenciado que a incidência de infecção por *Candida albicans*, manifestando-se muitas vezes em forma de queilite angular, é maior em casos de diabetes mellitus tipo I (24).

No Brasil, um estudo realizado com 94 indivíduos, de ambos os gêneros, portadores de prótese dentária atendidos na Clínica Protética/DOR/UFPB e no Serviço de Prótese de Cruz das Armas, João Pessoa/PB, a queilite angular foi encontrada em cerca de 12,7% dos casos, mostrando relativa prevalência e sendo superada apenas

pela hiperplasia fibrosa inflamatória (42,5%) e a mais prevalente estomatite proteica (44,6%), dados condizentes com a literatura (17).

Diminuição da Dimensão Vertical

A Dimensão Vertical (DV) pode ser classificada como sendo de oclusão e de repouso. A Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) refere-se à posição vertical da mandíbula em relação à maxila, medida entre dois pontos definidos previamente, um no terço médio da face ou no nariz, e o outro no terço inferior da face ou mento, quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídeo na posição de fechamento máximo. Já a Dimensão Vertical de Repouso (DVR) corresponde à distância entre os dois pontos selecionados, medida quando a mandíbula está em posição fisiológica de repouso. A posição fisiológica de repouso é uma posição assumida pela mandíbula quando os músculos envolvidos estão num estado de equilíbrio tônico. Esta posição é usualmente notada quando a cabeça é mantida ereta (25).

Por ser uma distância que depende do contato dentário, a DVO não é estática por toda a vida, e vai refletir o período de crescimento e maturidade no qual o indivíduo se encontra. A diminuição da DVO poderá ocasionar a queilite angular, devido ao acúmulo de umidade decorrente do pronunciamento da comissura labial; pode afetar a harmonia facial causando diminuição do terço inferior da face, pronunciamento das rugas e linhas de expressão e excessivo contato labial; pode causar também aumento do espaço funcional livre, disfunção na articulação temporomandibular (ATM) e hipotonicidade muscular. É comum que pacientes portadores de próteses totais bimaxilares permaneçam com o mesmo par de próteses por vários anos. O uso prolongado ocasiona o desgaste dos dentes de resina acrílica, o que leva à perda da dimensão vertical de oclusão (26).

Outras alterações bucais

Idosos comumente apresentam hipersensibilidade dentária, que surge pela perda de esmalte e/ou cimento, provocando exposição dos túbulos dentários, levando a uma condição dolorosa e de desconforto para o paciente. Essa perda da estrutura dentária ocorre em virtude da formação de lesões cervicais por processos de recessão gengival, abrasão, erosão, abfração ou pela associação de dois ou mais fatores. Dessa forma, torna-se imprescindível a identificação e remoção dos fatores etiológicos de tal forma a reduzir o movimento do fluido dentro dos túbulos e diminuir a dor (27).

Alterações periodontais também são comuns em idosos, em decorrência da irregularidade na superfície do cimento e do osso alveolar voltado para o ligamento periodontal, além do aumento contínuo de cimento na região cervical. Dessa forma, o periodonto de sustentação fica comprometido, havendo perda da crista óssea interdentária, reabsorção óssea horizontal e vertical, com retração gengival, mobilidade e perda dentária. Além disso, em decorrência do envelhecimento das células do periodonto, o processo de cicatrização torna-se mais lento, o biofilme dental forma-se mais rapidamente, sobretudo pelas mudanças na composição da dieta e hipossalivação (5).

O câncer bucal no Brasil, conforme a estimativa de incidência do INCA para o ano de 2012 acometerá 9.990 homens, além de 4.180 mulheres, destacando-se entre os idosos. São considerados fatores de risco extrínsecos para o carcinoma bucal as substâncias químicas (tabaco, álcool), agentes físicos (traumas mecânicos) e biológicos e os intrínsecos são aqueles que correspondem aos estados sistêmicos do indivíduo (28).

A grande maioria das neoplasias malignas da boca e complexo maxilomandibular é constituída por carcinomas epidermóides, atingindo 90% dos casos. O carcinoma epidermoide representa, portanto, a condição mais séria entre as neoplasias que acometem a cavidade bucal, levando à morte grande parcela dos pacientes, pois a desinformação contribui para postergar a procura por um serviço de saúde ou um serviço especializado (28). Dessa forma, as ações educativas devem ser prioridade na Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de adotar comportamentos saudáveis e reduzir as taxas de morbimortalidade por câncer bucal, como, por exemplo, realizar o autoexame bucal (29).

A prevalência de idosos com desordem temporomandibular ainda é objeto de estudo e de muitas controvérsias, já que muitos autores consideram tal patologia rara nessa parcela da população, mas nem sempre isso condiz com a realidade. Todavia, a Disfunção Temporomandibular (DTM) passa despercebida, principalmente pela ausência de sintomas, o que não implica dizer que a articulação temporomandibular (ATM) esteja em plena funcionalidade. Dessa forma, é necessário destacar a atenção para estalidos, sobretudo na abertura da boca (30).

O aumento na expectativa de vida e melhoria das condições de vida pode elevar o número de idosos com maior proporção de dentes retidos e, conseqüentemente, maior exposição à cárie radicular. A recessão gengival é um evento frequente nos idosos, além de ser uma condição que ocasiona a

desmineralização do cemento e da dentina radicular, aumentando a susceptibilidade a eventos cariogênicos. Um estudo de base populacional conduzido em 2013 no Brasil revelou que 13,6% da população idosa apresenta cárie radicular. Os homens foram mais afetados do que as mulheres. Em relação aos grupos de dentes mais afetados, destacaram-se os caninos e pré-molares inferiores (31).

Por fim, as alterações no paladar faz parte do processo fisiológico do envelhecimento, pois com a idade há uma redução de receptores específicos para as percepções gustativas. Para esse quadro, contribui a perda da dentição, acarretando uma hipertrofia da língua, que perde o seu tônus, apesar de não diminuir seu tamanho, e a redução do tamanho e número das papilas gustativas. Cabe destacar que a principal causa de distúrbios gustativos em idosos decorre dos efeitos de medicamentos que podem alterar os sinais de gustação e olfação. Para melhora de alterações gustativas é aconselhável mastigar bem os alimentos, mascar goma ou aplicar gelo. Também é imprescindível uma adequada higiene bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência de hábitos saudáveis e de higienização satisfatória, aliado às mudanças fisiológicas inerentes aos idosos, pode levar a diversas alterações bucais (10). A precariedade da saúde bucal pode afetar a qualidade de vida dos idosos de inúmeras maneiras, comprometendo a função mastigatória e de fonação, interferindo na aparência facial e nas interações pessoais, no estado nutricional e no peso corporal (13).

Diante desse quadro, o desenvolvimento de ações sociais de prevenção, diagnóstico e intervenção é cada vez mais necessário. Apesar dos resultados positivos da Política Nacional de Saúde Bucal junto à Estratégia Saúde da Família, o uso dos serviços odontológicos é muito baixo entre idosos e pouco se sabe em que medida está relacionado à percepção da necessidade de tratamento odontológico e à autopercepção da saúde bucal (7).

Nessa perspectiva, dados epidemiológicos são fundamentais para planejamentos, organizações e monitoramentos dos serviços, mas são restritos à visão profissional, objetiva. Ganham outro significado quando acompanhados da avaliação da autopercepção das condições de saúde bucal, dada pelos próprios indivíduos, sobretudo considerando que o comportamento das pessoas é condicionado por suas percepções e pela importância dada a elas (6).

Dessa forma, é cognoscível que a abordagem de pacientes idosos deve ser diferente daquela direcionada à população em geral. Conhecer as alterações que ocorrem na cavidade oral e saber as enfermidades que acometem a mesma é de extrema importância, pois a saúde bucal melhora a saúde geral, assim como a estética, mantém a autoestima e o bom desempenho social (5).

A limitação física e os problemas visuais decorrentes do envelhecimento são fatores que comprometem o autocuidado, resultando em altos níveis de alterações bucais. Tal comprometimento é responsável por um desinteresse e incapacidade para executar técnicas adequadas de higiene bucal, resultando em uma saúde bucal deficiente (13).

Por fim, a atuação multidisciplinar no que se refere ao tratamento do paciente idoso é de fundamental importância em todos os níveis de atendimento, seja na promoção de saúde, na prevenção específica ou na reabilitação, envolvendo a equipe de profissionais, os idosos, familiares e comunidade, no sentido de melhorar o atendimento e a sequência do tratamento odontológico, objetivando buscar o diagnóstico precoce, uma terapêutica com resultado favorável e promover uma completa assistência de saúde bucal para o idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. FREITAS et alii. 2006:106-30.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Evolução da razão de dependência da população, total e por grupos de idade específicos e índice de envelhecimento - Brasil - 1940-2050. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro 2009.
3. Campos MTFdS, Monteiro JBR, Ornelas APRdC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev Nutr. 2000;13(3):157-65.
4. Bastos C, Closs VE, Pereira A, Batista C, Idalêncio FA, Carli GAd, et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. Rev Bra Geriatr Gerontol. 2012;15(1):87-95.
5. Cardoso MBR, Lago EC. Alterações bucais em idosos de um centro de convivência. Rev Paraense Med. 2010;24(2):35-41.
6. Haikal DSA, de Paula AMB, Moreira AN. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa Self-perception of oral health and impact on quality of life among the elderly: a quantitative-qualitative approach. 2011.
7. Campos ACV, Vargas AMD. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico Oral health satisfaction among Brazilian elderly: a gender study using a hierarchical model Satisfacción con la salud bucal en adultos mayores. Cad Saúde Pública. 2014;30(4):757-73.
8. Faria MCdA, Seixas PHDÂ. Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. I Mostra SES/SP 2007: experiências inovadoras na gestão da saúde no Estado de São Paulo: SES/SP; 2008. p. 29-31.
9. Brunetti FL, Montenegro RF. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

10. Cantanhede ALC, Veloso KMM, Serra LLL. O idoso portador de diabetes mellitus sob a perspectiva odontológica. *Rev Bras Clin Med São Paulo*. 2013;11(2):178-82.
11. Lucena AAGd, Costa EBd, Alves PM, Figueiredo RLQ, Pereira JV, Cavalcanti AL. Fluxo salivar em pacientes idosos. *RGO Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*. 2010;58(3):301-5.
12. Molena CCL, Rapoport A, Rezende CPd, Queiroz CM, Denardin OVP. Lesões não cariosas no idoso. *Rev bras cir cabeça pescoço*. 2008;37(3):152-5.
13. Ferreira RC, Vargas AMD, Fernandes NCN, Souza JGS, Sá MABd, Oliveira LFBd, et al. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(8):3417-28.
14. Rosa L, Zuccolotto MC, Bataglion C, Coronatto E. Odontogeriatrics—a saúde bucal na terceira idade. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*. 2010;13(2).
15. Rihs LB, Held RBd, Sousa MdLRd, Guariento ME, Cintra FA, Neri AL, et al. Autopercepção em saúde bucal em idosos frágeis. *Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas*. 2012;66(2):105-9.
16. Barbosa KGN. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*. 2011;10(3):221-5.
17. Bomfim IPR, Soares DG, Tavares GR, Santos RC, Araujo TP, Padilha WWN. Prevalência de Lesões de Mucosa Bucal em Pacientes Portadores de Prótese Dentária. *Pesqui bras odontopediatria clín integr*. 2008;8(1):117-21.
18. Silva UHd, Araújo DLd, Santana EBd. Ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas no centro de especialidades odontológicas da faculdade ASCES, Caruaru-PE. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*. 2011;10(1):79-83.
19. Arnaud RR, Soares MSM, dos Santos MGC, dos Santos RC. Estomatite protética: prevalência e correlação com idade e gênero. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012;16(1):59-62.
20. de Oliveira TRC, Frigério MLMA, Yamada MCM, Birman EG. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais Evaluation of denture stomatitis in users of complete dentures. *Pesqui Odontol Bras*. 2000;14(3):219-24.
21. Falcão AFP, Lamberti PLR, Lorens FdGL, Lacerda JAd, Nascimento BC. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2010;8(2):230-6.
22. Baroni J, Silva SOd, De Carli BMG, De Carli JP. Alterações bucais causadas pelo uso de próteses removíveis-levantamento epidemiológico dos casos encontrados em um serviço de diagnóstico histopatológico do sul do Brasil. *Salusvita*. 2014;33(2).
23. Sampaio SAP, Rivitti EA. Afecções dos Lábios e da Mucosa Oral. *Dermatologia*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 1340-1.
24. Shenoy N, Sholapurkar AA, Pai KM, Adhikari P. Oral health status in geriatric diabetics. *Rev clín pesq odontol(Impr)*. 2010;6(1):63-9.
25. de Farias ABL, de Almeida Lima LHM, da Costa LJ, de Lucena LBS, de Farias ABL. Relação entre alteração da dimensão vertical de oclusão e disfunção temporomandibular—avaliação clínica. *Brazilian Dental Science*. 2010;12(3).
26. Goiato MC, dos Santos DM, Sônego MV. Abordagem clínica dos registros utilizados para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em prótese total. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2013;34(1):45-9.
27. Bervian J, Sandini Trentin M. Hipersensibilidade dentinária cervical: uma revisão da literatura. *RFO UPF*. 2014;19(2).
28. Bulgareli JV, Diniz OCSF, Faria ET, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2013; 18(12).
29. Martins AMEBL, Barreto SM, Neto PES, Sá MAB, Souza GS, Haikal DS, Ferreira EF. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2015; 20(7).
30. Carvalho KC, Lélis EM, Carvalho NF, Ferreira DLA, Rocha GM, Souza APS. Prevalência dos sinais e sintomas sugestivos de disfunções temporomandibulares em um grupo de idosos da cidade de Teresina. *Conscientiae saúde (Impresso)*. 2010; 9(3).

31. Marques RAA, Antunes JLF, Sousa MLR, Peres MA, Frazão P. Prevalência e extensão da cárie dentária radicular em adultos e idosos brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 2013; 47(3): 59-68.
32. Paula RS, Colares FCJ, Toledo JO, Nóbrega OT. Alterações gustativas no envelhecimento. *Revista Kairós.* 2008; 11(1): 217-35.



CUIDADO E ENVELHECIMENTO: OPINIÕES DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Maiyara Gomes de Sousa^{1}, Jonábia Alves Demétrio¹, Fabíola de Araújo Leite Medeiros².*

1. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). *Correspondência: Av. Ricardo Wagner da Silveira Paz, n. 283, Bairro Universitário – Campina Grande (PB). CEP: 58429-110. Email: maiyaragomes12@gmail.com.

2. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

INTRODUÇÃO

Diante do aumento da população de pessoas idosas para os recentes anos no Brasil, há necessidade de se refletir sobre a reestruturação das políticas de saúde para esta população visando ao cuidado integral e à promoção do envelhecimento ativo. Em relação à atenção primária a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um caminho por onde as ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação poderão e deverão acontecer. Estudos recentes têm apresentado a preocupação de pesquisadores em investigar os padrões de envelhecimento no Brasil e o cuidado com as pessoas idosas na Estratégia Saúde da Família (ESF)(1-2).

O ato de cuidar de idosos na contemporaneidade é um desafio para todos principalmente para os profissionais de saúde, uma vez que implica reconhecer que todos somos sujeitos envolvidos, quando cuidamos, quando somos cuidados, quando nos colocamos frente à realidade de que vamos envelhecer. O cuidado a pessoa idosa em qualquer âmbito social ou de saúde, seja complexo ou na atenção primária, ou em domicílio, requer conhecimentos gerontogeriátricos que visem à garantia da promoção da saúde frente aos acontecimentos de saúde ao longo dos anos de um indivíduo humano(3-4).

Estudo realizado com agentes comunitários no Brasil revelou que esses profissionais têm experiência no contexto de atenção primária no lidar com a pessoa idosa, porém foi verificado pelo estudo a necessidade de aprofundamento técnico dos profissionais de saúde da família no Brasil em formação necessária para o cuidar de indivíduos na fase do envelhecimento (5).

Considerando o aumento populacional de pessoas acima de sessenta anos por meio dos índices demográficos do Brasil e no mundo e reconhecendo a necessidade de investigar a percepção dos profissionais envolvidos na atenção primária em saúde e sua relação com o processo de envelhecimento, buscaram-se respostas para a

seguinte questão norteadora que direcionou esse estudo: *Como os profissionais da Estratégia Saúde da Família entendem o cuidar e o processo de envelhecimento?*

Diante de tal indagação objetivou-se identificar o significado do cuidar e o processo de envelhecimento entre profissionais da Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Foi realizado entre profissionais da ESF, participantes de um Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no município de Campina Grande/PB/Brasil, no período de março a junho de 2012. Os critérios de inclusão: ser profissional de saúde da ESF, ter experiência de pelo menos um ano na atenção primária. Exclusão: ser recém-formado, ou ter experiência de trabalho em ESF menor que um ano. Participaram da amostra 26 profissionais de saúde da família dos diversos distritos do município de Campina Grande, PB, Brasil. Essa população se referia a aproximadamente 85% dos profissionais matriculados no curso, especificamente na disciplina Saúde do Idoso. A opção em realizar o estudo junto a formação em pós-graduação se deu pelo fato desses alunos estarem cursando mais de 50% das disciplinas do curso e por terem optado pela disciplina relacionada ao cuidado no processo de envelhecimento.

O instrumento para coleta de dados referiu-se a um questionário com perguntas semiestruturadas do tipo sócio-demográfico, abordando perguntas do tipo: *o que é o processo de envelhecimento? Como é entendido o termo cuidar de idosos na ESF? Quais eram os principais problemas vivenciados por eles como profissionais da ESF em relação à saúde dos idosos?* Os dados foram analisados e categorizados seguindo a análise do conteúdo(6). As falas abertas foram submetidas à análise temática, sendo classificadas a partir de uma pré-análise (organizando o material coletado e sistematizando as ideias através de leitura meticulosa das respostas obtidas pelo questionário). Depois foi feita uma categorização e quantificação das unidades de registro de acordo com as falas escritas e referencial teórico revisado.

Todos os critérios éticos foram levados em consideração de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado, sob protocolo 0566.0.133.000-09, pelo Comitê de Ética Pesquisa da UEPB. Foi pedido que os participantes após consciência do projeto científico assinassem o Termo Livre e Esclarecido de Consentimento Ético para desenvolvimento da pesquisa.

RESULTADOSE DISCUSSÕES

Dos 26 profissionais de saúde participantes, 8 (30,8%) pertenciam ao sexo masculino, 18 (69,2%) do sexo feminino, 23 (88,5%) estavam numa faixa etária entre os 25-59 anos e 3 (11,5%) pertenciam a faixa etária acima dos 60 anos, idade já considerada idosa no Brasil. Da formação e atuação na atenção primária, dos 26 participantes, 10 (38,5%) eram enfermeiros, 8 (30,7%) eram médicos, 6 (23,0%) odontólogos e 2 (7,7%) assistentes sociais. Do tempo de serviço a grande maioria trabalhava a mais de cinco anos 24 (92,3%). Em relação ao tempo de trabalho: a menos de 1 ano = 01, de 1-5 anos = 14 e de 6-10 anos = 11.

Estudo realizado com profissionais de saúde da família demonstrou similaridade com tais achados do presente estudo: a maioria dos participantes era da área de enfermagem e o predomínio da população era do gênero feminino (traço que embora venha sofrendo modificações ao longo dos anos, ainda mantém-se como característica predominante a presença majoritária na atenção primária)(8).

Os resultados da análise categorial foram divididos em três partes conforme a Tabela 01, que discorre sobre a categorização e subcategorias temáticas eleitas na avaliação criteriosa dos achados.

TABELA 01. Categorização temática do cuidar de idosos por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, Campina Grande/PB, Brasil, 2012.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS
Categoria I: Significados atribuídos ao processo de Envelhecimento Humano	I.1 Envelhecer: Processo natural dentre os ciclos vitais I.2 Envelhecer: O corpo e a mente velhos
Categoria II: Significados do Cuidar de idosos na ESF	II. 1 Cuidado a pessoas idosas é integral e prioritário
Categoria III – Vivências e experiências do cuidado e envelhecimento na ESF	III. 1 Dificuldades de cuidar de idosos III. 2 Sugestões de melhoria

A percepção dos profissionais em relação ao processo de envelhecimento foi analisada na Categoria I (apresentada na Tabela 01). Após uma avaliação meticolosa das unidades temáticas e estruturas da semântica da língua portuguesa, foi percebido que nas respostas que questionavam sobre a significação do termo envelhecimento, houve repetições significativas em alguns discursos de substantivos e adjetivos que

referiam o envelhecimento como processo natural dentre os ciclos vitais. Nesse processo de análise das repostas, foi possível identificar unidades temáticas como: fase da vida, etapa vital do ser humano, mudanças no decorrer da vida, mudanças naturais, processo natural, etapa natural da vida, evolução natural da vida. Conforme é visto nesses trechos de alguns dos participantes:

*O processo de envelhecimento é visto como uma **fase da vida** na qual o indivíduo sofre alterações morfológicas e fisiológicas em todo o corpo, porém não deve ser visto como um processo patológico e sim como uma condição **natural** na qual temos sempre como melhorar a qualidade de vida. (E.9)*

*É um **processo natural** inerente a toda criatura viva, nos humanos envolve também uma mudança psicossocial no envolvimento com os semelhantes. (E.15)*

A essa percepção do envelhecimento como processo natural, estudos citam o envelhecimento como fase vital, considerando um processo benigno e não patológico. Respalda-se sob a visão da área da saúde ele é entendido como um processo até modificável, quando profissionais podem orientar pessoas a viver com autonomia, independência e controles de doenças crônicas a partir dos 60 anos de idade. Um enfoque indispensável à promoção da saúde em todas as etapas da vida e a defesa da pessoa idosa na família e na sociedade, de modo participativo, construtivo e envolvendo a inclusão social em todos os aspectos. Essa é uma das importantes missões daqueles que se dedicam à proposta da atenção básica resolutiva integral e humanizada (9-10).

Outra subcategoria no perfil do entendimento do envelhecer foi direcionada a compreensão do Envelhecer: O corpo e a mente velhos. As unidades temáticas avaliadas foram discursos que traziam em seu conteúdo, considerações sobre o envelhecimento como processo de degeneração celular, queda do metabolismo, diminuição da capacidade funcional e aparecimento de cronicidade. Como registrada nas seguintes repostas:

*É um processo fisiológico e mental de **desgaste do corpo e mente**, com a **diminuição** da plena eficiência dos sentidos, da memória e vitalidade. (E.7)*

*É a **deterioração** do sistema fisiológico, cognitivo, como também se relaciona com a recepção que a sociedade tem da pessoa idosa. (E.3)*

Preconiza-se que o processo de envelhecimento humano se refere às mudanças contínuas do tipo física, emocional, psicológica e social influenciadas por fatores genéticos, ambiente, dieta, saúde, estresse, escolhas de vida e outros

elementos. Porém, destaca-se também que há que se considerar que o profissional de saúde que trabalha com a atenção primária precisa reconhecer que o bom envelhecer se volta na associação entre velhice, perdas, danos e inatividade. A utilização de modelos e teorias de promoção da saúde facilitará na compreensão dos determinantes dos problemas vivenciados pela população que envelhece (11).

Há necessidade de discussão entre profissionais de saúde sobre a perspectiva do envelhecimento como processo vital, que poderá ser tratado de forma positiva para o alcance do tão almejado Envelhecimento Saudável, Bem-sucedido ou Ativo.

O processo de envelhecimento é entendido como período marcado pela heterogeneidade, assim como também, deve-se considerar recursos disponíveis que se devem buscar para amenizar os problemas enfrentados pela população que envelhece, postergando o aparecimento de doenças e incapacidades, oferecendo longevidade com qualidade de vida(12).

Dentro do questionamento sobre o que significa cuidar da pessoa idosa na ESF, foi observada semelhança nas falas dos entrevistados e, por isso, foi elaborada uma única categoria temática: O ato de cuidar na proposta da ESF é vista como cuidado integral e prioritário. Palavras da língua portuguesa foram bem destacados em todos os discursos, tais como: afeto, amabilidade, amor, atenção, amparar, atender, assistir, acolher, autonomia, autocuidado, apoiar, compreensão, cuidado, competência, carinho, compromisso, dedicação, dignidade, experiência, escutar, família, humanismo, humanização, holismo, integralidade, liberdade, paciência, proteção, preparação, qualidade, responsabilidade, respeito, sustentar, segurança, solidariedade, singularidade, tolerância e zelar.

Tais como são destacadas nas seguintes falas:

*Envolve **acolhimento** e **respeito** às modificações no processo de envelhecimento, e abrange o aspecto do cuidado na família. (E.15)*

*É oferecer **carinho**, **proteção**, **respeito**, assegurando por lei todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, espiritual e social em condição de dignidade. (E.1)*

*É assegurada a atenção integral a saúde do idoso no programa de saúde da família, com a **integração** da equipe através das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além de muito **carinho**. (E.4)*

Verifica-se na própria constituição brasileira de 1988 que a noção de integralidade constitui um dos princípios e diretrizes para a organização do Sistema

Único de Saúde (SUS) em território nacional. Com mais de duas décadas de consolidação do SUS, os profissionais do sistema tentam por em prática todos os princípios determinados para atenção em saúde e especificamente na atenção primária, a todos os grupos etários.

As investidas contemporâneas sobre o cuidado à pessoa idosa no âmbito da saúde têm citado que deva haver um trabalho integrador entre as redes de caráter intersetorial (formal e informal) de apoio à pessoa idosa e de conhecimento especializado (seja Gerontológico, Geriátrico ou Gerontogeriátrico) (12-13).

O cuidado integral a pessoa idosa na atenção básica deve considerar o cotidiano dos indivíduos de forma a garantir a autonomia e independência das atividades de vida diária (AVDs) ou as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) dentro dos contextos sociais e políticos. É preciso também compreender as necessidades da população que envelhece e reconhecer os direitos dos idosos perante o Estatuto do idoso e das políticas nacionais (12-13).

Verificou-se que embora haja o entendimento sobre o cuidado e o envelhecimento, há dificuldades na atenção primária de se fazer um bom trabalho com grupos de idosos devido à demanda do serviço. Esse fato não proporciona a formação de grupo de idosos e de um trabalho mais voltado à promoção do envelhecimento mais saudável. Logo dentro da Categoria III intitulada Vivências e experiências do cuidado e envelhecimento na ESF, foram elencadas duas subcategorias relacionadas às dificuldades enfrentadas e as sugestões de melhoria. Na subcategoria I direcionada às dificuldades, 30% das falas referiram que estava relacionada a necessidade de formação técnica, ao tempo que 50% citaram que não havia disponibilidade dos profissionais na dedicação de apoio aos grupos de convivência (palavras muito citadas nos discursos referente a tempo) e 20% afirmaram haver ausência do interesse da gestão pela saúde do idoso, principalmente pelas metas impostas aos profissionais em relação aos serviços prestados por cada equipe, como também das condições estruturais dos postos de atendimento.

Dessa forma, foi perguntado aos profissionais quantos tinham grupos de idosos em suas unidades de atenção básica. Diante de um quadro dos 26 profissionais que participavam de 15 equipes diferentes, foi referido que apenas duas possuíam grupo de idosos, os demais trabalhavam as questões do idoso no grupo de hipertensos e diabéticos, onde a população maior se refere a pessoa idosa. Exemplos citados como dificuldades, foram expostos em algumas das respostas analisadas nessa subcategorização, das quais se destacaram as seguintes:

Gostaria de ter formado um grupo de idosos na minha unidade. Porém não há tempo de dedicação a eles. Então, quando posso junto um grupo de hipertensos e diabéticos que geralmente são idosos e falo sobre saúde. A gestão também não tem se preocupado muito pela saúde da pessoa idosa. Nem a caderneta do idoso chegou para todos, nem há espaço físico para o trabalho com grupo de idosos, gestantes, hipertensos, etc. (E.20)

*Essa é nossa grande dificuldade. Trabalhar com **tempo** para a educação em saúde e formação de grupos de vivência. (E.3)*

*Tenho dificuldades, pois precisamos de **formação gerontológica e geriátrica** para com a população que envelhece (E.8)*

*As dificuldades são muitas, uma delas se refere ao **tempo**, ainda não consegui parar para consolidar um grupo de idosos, e eles vivem lá perto. (E.8)*

Estudos revelam que a formação e grupos de vivência de idosos é uma boa alternativa de promoção de saúde e incentivo ao envelhecimento ativo. Porém, é preciso dedicação e tempo para organização de iniciativas como essa. Verifica-se que pessoas que participam de grupos, apoiadas por equipes de saúde em conjunto com a comunidade, apresentam uma visão ampliada da saúde, na medida em que organizam e realizam esses grupos de acordo com as necessidades apresentadas pela comunidade(14).

Em algumas falas foi percebido que a formação do grupo de idosos muitas vezes, é formada pelos usuários cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA). Fato esse que pode dispersar o trabalho do grupo que seria relacionado à promoção de saúde e este fica restrito a entrega de medicação e conversas sem muito alcance na promoção de saúde entre pessoas idosas; podendo levar a compreensões errôneas de que o envelhecimento sempre é visualizado perante as doenças crônicas. Verificou-se que os profissionais reconhecem a necessidade de se dedicarem aos grupos e lamentam não ser possível planejar um cuidado mais integral visando o envelhecer com qualidade de vida.

Dentre a subcategoria que prescreveu sugestões de melhorias ao cuidar de idosos na atenção primária, foi verificado que sugestões relacionadas à formação em lidar com o envelhecimento, aperfeiçoamentos na área da Gerontologia e Geriatria, entendimento da gestão pública em relação à saúde do idoso, melhoria nas condições de acessibilidade das Unidades Básicas de Saúde, assim como parcerias com setores sociais da própria gestão municipal e estadual, são incentivos essenciais na busca por melhorias ao cuidado a pessoa idosa em âmbito da atenção primária.

Ficou nítido também pela escrita de todos os participantes que cuidar da pessoa idosa se refere a cuidar na complexidade humana, do entender o viver do outro, do compreender que todos um dia iremos envelhecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos resultados e discussões desse artigo pode-se observar que há muita deficiência quanto ao cuidar de idosos, principalmente quando se busca a criação de grupos de idosos na ESF. Entre os motivos para esse fato, destacamos a demanda pelas metas do serviço e gestão pública, e a precariedade em relação ao espaço físico e recursos humanos preparados para lidar com as necessidades da pessoa que envelhece.

Há necessidade de discussão das políticas públicas e dos gestores em refletir sobre a atenção primária, principalmente prevendo a modificação da demografia brasileira e do conseqüente aumento das discrepâncias epidemiológicas relacionadas aos problemas crônicos já vistos na atualidade dentre a população que envelhece.

Evidenciou-se que há uma compreensão por parte dos profissionais de saúde da família que o cuidado e o envelhecimento impõem reflexões voltadas: ao próprio processo natural da vida, às mudanças evidenciadas por tal etapa, aos direitos da pessoa idosa, ao gerenciamento do serviço de saúde perante a demografia atual, como também à atuação humanística do cuidar integral e gentil com todos que buscam cuidado na ESF.

O estudo permitiu o aprofundamento de como os profissionais da ESF pensam sobre o Cuidado e o Envelhecimento Humano na Atenção Primária e servirá de base para demais projetos na área da saúde do idoso e nas melhorias assistenciais para a faixa etária, principalmente ações voltadas a atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos PHS, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JAO. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1917-24.
2. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, Silveira MF. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. 2014;19(8):3497-3504.
3. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Nassar SM, Lopes MMB, Ferreira VF, Monteiro HK. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Rev Brasi Enferm*. 2013;66(2):228-33.
4. Medeiros FAL, Nóbrega, MML. Arte de cuidar de idosos à luz da complexidade contemporânea: reflexão teórica. *Rev Enferm UFPE On line*. 2013;7(12):6888-94.
5. Ferreira VM, Ruiz T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Rev Saúde Public*. 2012;46(5):843-49.

6. Bardin L. Análise do conteúdo. Tradução de Luiz Antero Neto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edição 70; 2009.
7. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidades em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface comunic saúde e educ.* 2010;14(35):867-77
8. Rocha MAM. Envelhecimento saudável através de intervenção psicopedagógica, com enfoque neuropsicológico. *Construção psicopedagógica [Internet]*. 2012 [cited 2013 Jan 05];20(20):65-73. Available from:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pi_d=S1415-69542012000100007&script=sci_arttext
9. Tramontino, VS Nuñez JMC, Takahashi JMF, Santos-Daroz CB, Rizzatti-Barbosa CM. Nutrição para idosos. *Revista de Odontologia da USP.* 2009; 21(3):258-67.
10. CUPERTINO, A.P.F.B.; ROSA, F.H.M.; RIBEIRO, P.C.C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos saudáveis. *Psicol Reflex Crit.* v.20, n.1, p. 81-6, 2006.
11. Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia e presença do cuidador. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2010 [cited 2012 June 4];31(3):467-74. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/1225523>.
12. Batista VV, Fontoura EG, Rosa DOS. The meaning of the care provided by the nursing staff in the vision of hospitalized elderly in a public hospital. *J Nurs UFPE on line [Internet]*. 2011[cited 2012 June 4];5(5):1223-9. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/165824>.
13. Lindolpho MC, Silva MNV, Sá SPC, Valente GSC, Chrisostimo MM. Social work and nursing: results from a program of elderly care. *J Nurs UFPE on line [Internet]*. 2011 [cited 2012 June 04];5(7):1812-7. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1804/pdf_63
14. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde Soc [Internet]*. 2010[cited 2013 Mar 12];19(4):878-88. Available

REFLEXÕES SOBRE A AUTONOMIA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Mirelly da Silva Barros^{1}, Alan Dionizio Carneiro².*

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- (UFCG). Avenida Severino Bezerra Cabral, 808, Queimadas, PB, Brasil.CEP: 58.475.000. E-mail:mirelly.barros2012@hotmail.com.
2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba- (UFPB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG.

INTRODUÇÃO

A esperança de vida da população aumentou nas últimas décadas. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2025, o Brasil será o sexto país no mundo que apresentará o maior número de idosos (1). Esta perspectiva representa um importante indicativo, no que se refere à melhora na qualidade de vida. Entretanto, o enfrentamento do processo de envelhecimento humano está atrelado à diminuição da capacidade funcional do corpo em desenvolver suas atividades básicas da vida diária (2).

Os cuidados demandados por esta nova condição, o envelhecimento, ocasionam muitas vezes a transferência da responsabilidade do cuidado no âmbito familiar para as instituições de longa permanência. Estas unidades possuem como função oferecer assistência gerontológica e geriátrica de acordo com as necessidades requeridas por essa população específica (3-4).

Todavia, as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), em sua maioria, não disponibilizam estratégias em número suficiente para estimulá-los no desenvolvimento de atividades que os tornem independentes e autônomos, como através da realização de atividades físicas e ações de educação em saúde (5).

O próprio processo de institucionalização caracteriza a restrição da autonomia do idoso, visto que este será submetido a novas regras e rotinas, o que marca a ruptura com meio social anteriormente construído. Deste modo, ocasiona-se uma adaptação permeada pela insegurança diminuindo, ulteriormente, a capacidade de decisão destes indivíduos(5).

Ademais, o sentimento de incapacidade devido à diminuição funcional do organismo aliada à necessidade de assistência impede o indivíduo de viver um processo de envelhecimento saudável (6). Nesse entendimento, compreendendo que a autonomia está associada à preservação da dignidade da pessoa humana e às necessidades humanas básicas de realização pessoal e comunitária, ela torna-se um parâmetro para direcionar os cuidados dos profissionais de saúde junto aos idosos

institucionalizados, além de ser possível aferir e assegurar através dela, melhorias na qualidade de vida e de saúde deste idoso (7).

Diante destas considerações, este estudo tem por objetivo: refletir, a partir da literatura, sobre o cuidado com a autonomia do idoso institucionalizado.

METODOLOGIA

Este estudo consiste numa pesquisa bibliográfica em que se realiza um levantamento de toda a bibliografia já publicada e tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre a temática (8).

Para alcance do objetivo proposto, este trabalho pautou-se nas seguintes etapas operacionais:

1. Levantamento bibliográfico preliminar;
2. Coleta de dados: em que os dados foram coletados durante o mês de setembro de 2014, na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), integrando ao estudo os artigos que atendessem aos seguintes critérios:

- Critérios de Inclusão

- Estar na base de dados da SciELO;
- Conter pelo menos 01 dos 03 descritores em ciências da saúde (DeCS) pertinentes à temática do estudo: **“Autonomia Pessoal”**, **“Saúde Do Idoso Institucionalizado”** e **“Direitos dos Idosos”**;
- Estar disponível na íntegra em língua portuguesa;
- Ter sido publicado entre os anos de 2009 e 2014;
- Estar relacionado ao objeto de estudo.

- Critérios de exclusão

- Ser uma revisão bibliográfica.

3. Apresentação dos Resultados:

4. Análise dos resultados e Redação Final do Texto:

Nestas fases, a partir da interpretação dos trabalhos encontrados realizou-se uma síntese dos resultados, os quais foram posteriormente descritos. Desta forma, vale ressaltar que durante a realização deste estudo, os pesquisadores levaram em consideração as diretrizes éticas contidas na resolução COFEN nº 311/2007 que dispõe sobre o ensino, a pesquisa, e a produção técnico científica, principalmente, no que concerne ao capítulo III (9).

RESULTADOS

A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, vinte e oito (28) artigos foram selecionados e, assim, promoveram as discussões desta produção. Portanto, para melhor compreensão dos artigos que compuseram o estudo, elaboramos quadros demonstrativos.

Os quadros I, II e III permitem-nos uma melhor compreensão das etapas de seleção dos artigos encontrados através da utilização dos descritores anteriormente mencionados.

QUADRO I: Análises de Títulos, resumos e textos completos.
DESCRITOR: Autonomia Pessoal

Ano de Publicação	Total de Artigos Encontrados	Quantidade de Artigos Excluídos			Artigos Selecionados
		Por título	Por Resumo	Por Análise do texto completo	
2009	5	5	-	-	-
2010	7	5	-	-	2
2011	7	3	-	-	3
2012	6	4	-	-	1
2013	13	8	-	-	4
2014	9	8	-	-	1

Ao final das análises, contamos com 11 artigos para compor as discussões e resultados deste estudo.

QUADRO II: Análises de Títulos, resumos e textos completos.
DESCRITOR: Saúde do idoso Institucionalizado

Ano de Publicação	Total de Artigos Encontrados	Quantidade de Artigos Excluídos			Artigos Selecionados
		Por título	Por Resumo	Por Análise do texto completo	
2009	2	1	-	-	1
2010	4	1	-	-	2
2011	1	-	-	-	2
2012	5	-	-	-	5
2013	5	1	1	-	3
2014	4	1	1	-	2

Ao concluir as análises deste descritor, contamos com o total de 15 artigos que contribuíram na discussão deste trabalho.

QUADRO III: Análises de Títulos, resumos e textos completos.
DESCRITOR: Direitos dos Idosos

Ano de Publicação	Total de Artigos Encontrados	Quantidade de Artigos Excluídos			Artigos Selecionados
		Por título	Por Resumo	Por Análise do texto completo	
2009	1	-	-	-	1
2010	1	-	-	-	1
2011	-	-	-	-	-
2012	-	-	-	-	-
2013	-	-	-	-	-
2014	-	-	-	-	-

Ao finalizar as análises, contamos com o total de 2 artigos que contribuirão nas discussões deste trabalho.

Quadro IV. Base de dados consultada, combinação dos descritores e artigos encontrados e selecionados na coleta de dados.

Base de dados	Descritores	Artigos Encontrados	Artigos selecionados
SciELO	Autonomia Pessoal	64	11
SciELO	Saúde do Idoso Institucionalizado	28	15
SciELO	Direitos dos Idosos	3	2
Total		95	28

Portanto, dentre os 95 artigos encontrados, 28 artigos foram selecionados para a realização do estudo e promoveram as discussões desta produção.

DISCUSSÃO

Para melhor compreensão das ideias presentes nos artigos que compuseram a amostra analisada neste estudo e, conseqüentemente, identificarmos os principais fatores que interferem no cuidado com a autonomia do idoso institucionalizado, organizou-se a discussão dos resultados em três capítulos: 1. 2. 3

1- Preservação da autonomia funcional do Idoso institucionalizado: Atividades para um Envelhecimento Saudável

O envelhecimento é um processo natural vivido pelo homem que é iniciado com o nascimento e encerrado na morte. Logo, estes dois eventos (nascimento e morte) exigem cuidados específicos, pois percebe-se que sentidos, emoções e órgãos estão interligados funcionalmente (12). O envelhecer requer resignificação no modo de ser da pessoa. Portanto, o idoso terá que aprender lidar com a diminuição das

capacidades, com a vivência em ambientes outrora desconhecidos e os novos sentimentos que surgem (12-13).

Os cuidados demandados pelo processo de envelhecimento ocasionam, muitas vezes, a transferência da responsabilidade do cuidado no âmbito familiar para as instituições de longa permanência. Assim, estas unidades possuem como função oferecer assistência gerontológica e geriátrica de acordo com as necessidades requeridas por essa população específica (3).

A capacidade funcional é associada à realização de atividades requeridas durante o cotidiano estando interrelacionada com o grau de dependência do idoso e, portanto, define se o idoso possui capacidade funcional ou não (10). Desta forma, foi revelado que a capacidade funcional é o principal fator de auto-avaliação usado para indicação de saúde em idosos. Assim, classificam-se as atividades em (11):

- a) Atividades **básicas** da vida diária (tarefas próprias do auto-cuidado);
- b) Atividades **instrumentais** da vida diária, significando indicativas para levar uma vida independente na comunidade (realizar tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro);
- c) Atividades **avançadas** da vida diária (trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos).

Nesse sentido, ter a capacidade de resolver os problemas e possuir o sentimento de agir de acordo com os desejos incitados é a descrição feita para enunciar que o idoso possui capacidade funcional e, sobretudo, autonomia funcional (11).

A capacidade funcional e a autonomia dos idosos são, por vezes, preteridas dentro do plano terapêutico de cuidado. Durante a institucionalização, as ações de cuidado não priorizam práticas como a realização de exercícios físicos e não estimulam os idosos a continuarem desenvolvendo atividades das quais já possuíam habilidades. Desta forma, ocorre uma diminuição considerável na qualidade de vida; além disso, o envelhecimento é visto apenas como um período de fragilidade e dependência sendo olvidado a alternativa que vê os idosos como seres capazes de demonstrar suas competências e capacidades (3,11).

Portanto, a literatura analisada nesta investigação, assinala que desenvolver a capacidade funcional dos idosos institucionalizados, através de práticas que estimulem a manutenção no desempenho das atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária requer, por parte dos profissionais que trabalham nas ILPIs, a reformulação

no oferecimento do cuidado. Nesse sentido, garantir a prática de exercícios físicos é reconhecer a necessidade de um envelhecimento saudável (3,11).

2-Desafios Relacionados ao Processo de Institucionalização dos Idosos

As ILPIs disponibilizam uma série de benefícios como acolhimento, assistência, alimentação e moradia, todavia, geram no indivíduo recém-institucionalizado um sentimento de subalternidade e de ruptura com o ambiente social vivido anteriormente. Assim, esta nova modalidade de moradia produz isolamento, inatividade física e mental, refletindo na diminuição da qualidade de vida, causando perdas de autonomia e de identidade (13-14).

Os idosos que vivem em instituições de longa permanência necessitam passar por um processo de readaptação; é um novo universo, no qual os desejos e as alternativas serão limitados. Universo este, cercado por pessoas nunca antes vistas, novos horários e atividades que restringem a expressão de sua personalidade, enfim, o idoso encontrar-se-á limitado em suas decisões, escolhas e atividades (14).

Outra dificuldade acrescentada é o fato das ILPIs apresentarem déficits nos recursos físicos, financeiros, terapêuticos e humanos para atenderem as demandas existentes, colocando em risco a qualidade de vida, e ulteriormente, o arrefecimento da autonomia dos idosos residentes diante da realização das atividades (12-13).

O despreparo físico-estrutural da maior parte das instituições é reflexo das condições financeiras visto que, em sua maioria, são entidades filantrópicas ou se mantêm apenas com as aposentadorias dos residentes. Como conseqüência, o despreparo físico caracteriza um obstáculo que impede os profissionais de realizarem práticas como exercícios físicos, jardinagem, grupos de dança, devido ao reduzido espaço oferecido pela instituição (13-14).

Nesse enfoque, durante o processo do cuidado é necessário reconhecer que os indivíduos são seres livres e autônomos para determinarem seus anseios, implicando para o profissional disponibilizar alternativas, esclarecer os riscos e benefícios dos procedimentos, certificando-se ao final que o ser cuidado compreendeu todas as informações prestadas. Outrossim, para que exista a tomada de decisão autônoma é preciso a compreensão por parte do usuário/paciente do que está sendo informado; este é um dos critérios básicos para prática do princípio da autonomia(14) .

Outro fator que pode afetar a autonomia do idoso decorrente do processo de institucionalização é a farmacoterapia dos idosos institucionalizados. Estes, geralmente, não possuem problemas relacionados com adesão, visto que o controle

dos medicamentos é realizado pela instituição, porém, nota-se que os idosos são sujeitos passivos, pois inexistem ações educativas que promovam o conhecimento esclarecido a respeito das utilidades e objetivos dos fármacos (15-16). Desta forma, proporcionar uma farmacoterapia informada é necessário para se obter qualidade e resultados relevantes dentro do processo do cuidado e, sobretudo, garantir a tomada de decisão (17).

O lazer, as atividades de trabalho e o relacionamento com amigos, segundo a literatura, são importantes para a proteção do idoso na medida em que promovem sua interação social e evitam perdas funcionais relevantes e, ademais, criam laços de amizade e diminuem os sentimentos de solidão (18-19-20). Oferecer aos idosos, durante o processo de envelhecimento, atividades recreativas, lúdicas, como um baile, torna-se uma autêntica prática cuidativa para melhora e manutenção da saúde (21). Em estudo, é evidenciada a possível relação existente entre a “realização pessoal” e a “recreação”. Assim, as contribuições das atividades de lazer e das relações interpessoais proporcionadas favorecem o desenvolvimento humano e a autorrealização dos sujeitos (22).

A dificuldade dos idosos em estabelecer relações interpessoais devido à diminuição dos vínculos sociais e familiares, das limitações físicas e cognitivas, como a memória, e que conduzem o idoso a uma situação de risco de isolamento, são uns dos aspectos que as práticas ou atividades de grupo e de socialização de forma participativa e não invasiva procuram alterar na rotina dos idosos institucionalizados. Desta forma, evidencia-se pela literatura que o cuidado da autonomia do idoso institucionalizado envolve a disponibilização de atividades recreativas como bailes, oficinas de leitura e grupos de escuta terapêutica (23).

Além disso, outros fatores que podem contribuir para o bem-estar de indivíduos foram mostrados em estudo realizado com idosos: evidenciou-se a importância de alimentar os hábitos de leitura e a realização de atividades que exijam concentração e memória, instigando-os a raciocinarem favorecendo, dessa forma, o convívio social e a tomada de decisão (18).

Nesse entendimento, é preciso oferecer um cuidado que priorize a escuta ativa, de forma que, por meio desta prática, os profissionais tornem-se conhecedores sensíveis dos anseios dos idosos subsidiando a oportunidade do autêntico encontro de cuidado, em que tanto o „eu” (cuidador) e o idoso, sujeito de cuidado, participem ativamente desta permutação. É nesta perspectiva que se tornará possível promover a autonomia dos sujeitos, regulada pelo próprio sentido ético do encontro que segundo o

autor representa “a ética da responsabilidade mútua para com os projetos de felicidade do outro”(14,23).

3-Desafios Político-Assistenciais Relativos ao Processo de Institucionalização dos Idosos

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa instituiu, enquanto fundamento e diretriz de ação, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência através de ações individuais e coletivas, destacando, ainda, no que concerne às instituições de Longa Permanência, a intervenção precípua do poder público, por meio do Sistema Único de Assistência Social, não do Sistema Único de Saúde, a implantação de uma Política de Atenção Integral aos Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Neste contexto, as políticas de saúde ao serem direcionadas aos idosos institucionalizados consideram, segundo a literatura investigada, aspectos como: capacidade funcional; necessidade de autonomia e cuidado (14).

Principalmente, a partir do momento em que houver o reconhecimento da necessidade dos idosos em relação ao acesso à segurança, participação social e espaço para aduzir suas opiniões e interesses (4,24).

É com base nestes temas que as políticas públicas norteiam as ações de saúde para promover o envelhecimento ativo e saudável, visando prevenir perdas da capacidade funcional da população idosa, através da preservação da sua independência física e psíquica, por meio do acesso garantido a instrumentos diagnósticos adequados, medicação e reabilitação funcional (25-26).

Os pressupostos definidos pelas políticas defendem que a autonomia do idoso deve ser considerada prioridade dentro do plano de cuidado, pois, é por meio desta que o indivíduo irá legislar para si, tornando-se detentor de poder e direcionador de suas vontades. Portanto, é pautando-se nessas diretrizes que o profissional deve praticar atividades que visem a arrefecer os obstáculos que interferem no exercício da autonomia dos idosos como: as alterações físicas; funcionais; desordens emocionais e o nível educacional (27).

Na perspectiva do cuidado, existe a necessidade de estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos com alto risco de perda funcional e de direcionar ações voltadas à promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional na busca de um envelhecimento saudável (28). Disto discorre que promover atividades que fortaleçam a capacidade motora dos idosos irá beneficiá-los com a redução de riscos a

quedas, evitando uma série de complicações graves características desta faixa etária (23,29). Portanto, exercícios que melhorem o equilíbrio, a força muscular dos membros inferiores e a flexibilidade dos ombros são essenciais para esmerar a autonomia funcional dos idosos (30).

Assim, a inobservância dos profissionais responsáveis pelos cuidados dos idosos institucionalizados em relação aos pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa caracteriza um desafio no oferecimento da assistência no que se refere à preservação da autonomia e qualidade de vida (24,31).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A senilidade, embora acompanhe o curso natural da vida, é marcada pela debilidade, acentuada, por vezes, pela diminuição gradativa da capacidade funcional e laborativa, levando o ser idoso à dependência física e à diminuição da autonomia. É com intuito de proteger a integridade da pessoa idosa que a literatura ressalta que a diligência do cuidado exige que o cuidador desenvolva atividades em que o idoso institucionalizado possa sempre ser considerado um protagonista, um colaborador de sua saúde, da coletividade e do ambiente da institucionalização (3).

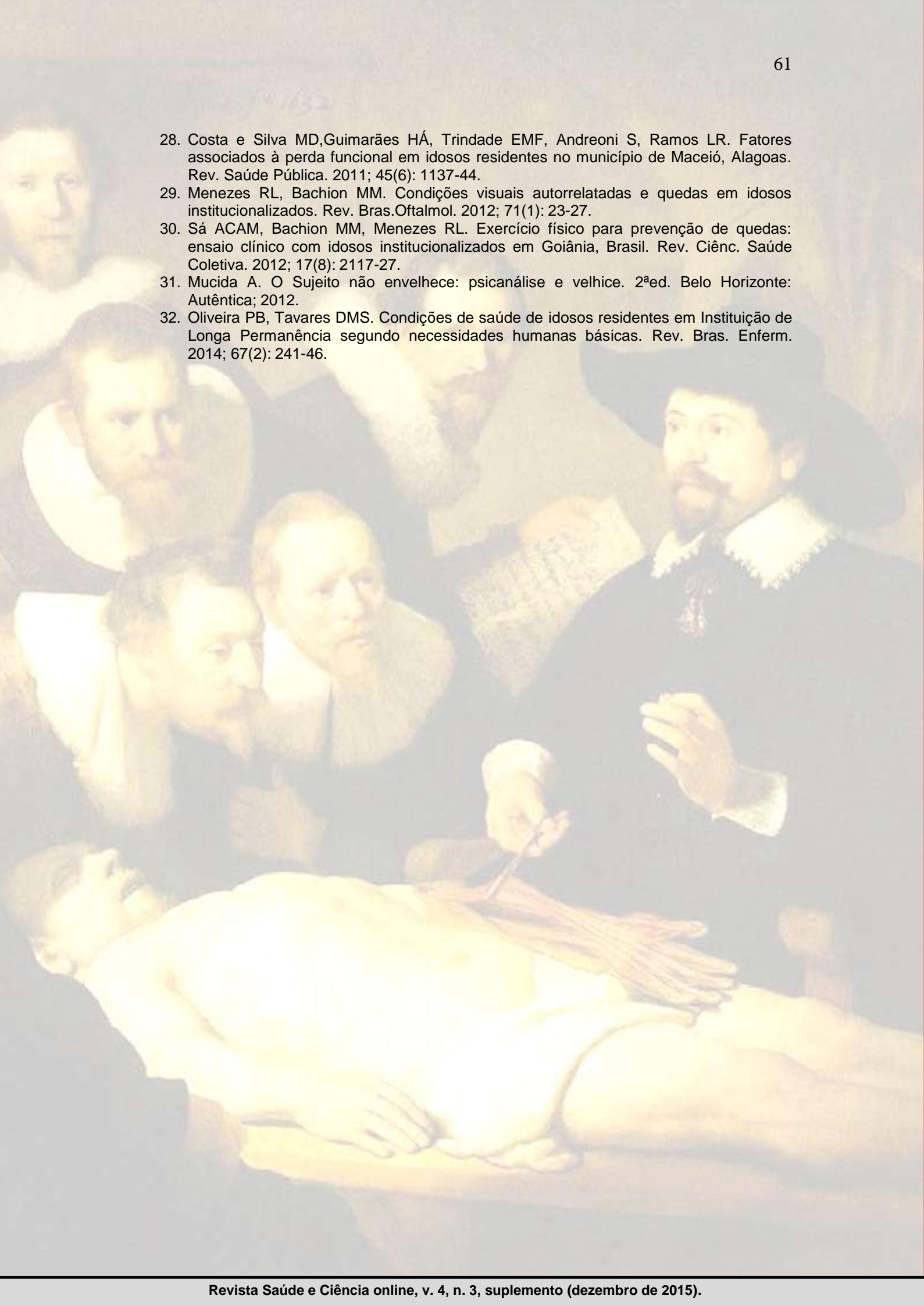
Um olhar diferenciado em relação à senescência, pautado pelos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia, é essencial para direcionar um cuidado integral à pessoa idosa em meio à institucionalização, pois, concomitantemente ao processo de modificação do organismo, os idosos vivem, também, um processo de vulnerabilidade e readaptação sociais que podem levar ao desenvolvimento de sentimentos de isolamento, depressão e perda do sentido da vida (32).

Portanto, após esta revisão de literatura que possibilitou conhecer e expor em linhas gerais os aspectos mais relevantes em torno dos problemas relacionados à autonomia do idoso institucionalizado persiste e urge a seguinte reflexão: Os profissionais de saúde compreendem o exercício da autonomia do idoso como uma necessidade de saúde no processo de institucionalização?

REFERÊNCIAS

1. Duca GFD, Nader GA, Santos IS, Hallal PC. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(7): 1403-10
2. Silva JMN, Barbosa MFS, Castro POCN, Noronha MM. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013; 16(2): 337-46.
3. Souza CC, Valmorbida LA, Oliveira JP, Borsatto AC, Lorenzini M, Melo MRD et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013; 16(2): 285-93.

4. Martins MS, Massarollo MCKB. Conhecimento de idosos sobre seus direitos. *Acta Paul. Enferm.* 2010; 23(4): 479-85.
5. Menezes RL, Bachion MM, Souza JT, Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(3): 485-96.
6. Rocha AR, Buonicore GP, Silva AC, Pithan LH, Feijó AGS. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev. Bioét.* 2013; 21(1): 84-95.
7. Vivian AS, Argimon ILL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25 (2):436-44.
8. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de Metodologia Científica.* 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>.
10. Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2013; 47(3): 506-13.
11. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola AIF, Uchôa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44 (1): 159-65.
12. Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Rev. Bioét.* 2014; 22(1): 85-93.
13. Silva ERS, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012; 46(6): 1387-93.
14. Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvare AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010; 31(2): 285-292.
15. Oliveira MPF; Novaes MRCCG. Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília-DF, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(5):737-44.
16. Oliveira MPF, Novaes MRCCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva.* 2013; 18(4): 1069-78.
17. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev. Bioét.* 2013; 21(3):463-76.
18. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Rev. Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(1): 167-76.
19. Del Ducal GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Halla PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(1): 147-53.
20. D'orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45 (4): 685-92.
21. Oliveira RG, Madruga VA, Verlengia R, Tolocka RE. Características pessoais e participação em bailes numa instituição de longa permanência para idosos. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* 2010; 12(4): 295-01.
22. Rocha JP, Klein OJ, Pasqualott A. Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014; 17(1): 115-28
23. Borges SM, Cintra FA. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. *Rev. Bras. Oftalmol.* 2010; 69(3): 146-51.
24. Moreira RSP, Alves MSCF, Silva AO. Percepção dos estudantes sobre o idoso e seus direitos: o caso da saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4): 685-91.
25. Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição?. *Rev. Bras. Enferm.* 2011; 64(1): 185-188.
26. Ministério Estado da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
27. Oliveira MZPB, Barbas S. Autonomiado idoso e distanásia. *Rev. Bioét.* 2013; 21 (2): 328-37.

- 
28. Costa e Silva MD,Guimarães HÁ, Trindade EMF, Andreoni S, Ramos LR. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(6): 1137-44.
 29. Menezes RL, Bachion MM. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Rev. Bras.Oftalmol.* 2012; 71(1): 23-27.
 30. Sá ACAM, Bachion MM, Menezes RL. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva.* 2012; 17(8): 2117-27.
 31. Mucida A. *O Sujeito não envelhece: psicanálise e velhice.* 2ªed. Belo Horizonte: Autêntica; 2012.
 32. Oliveira PB, Tavares DMS. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67(2): 241-46.

ANEXO

Quadro IV. Identificação dos autores, periódicos, títulos dos artigos e Ano de Publicação.

IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES	PERIÓDICO	TÍTULO DO ARTIGO	ANO
Duca GFD, Nader GA, Santos IS, Hallal PC.	Caderno de Saúde Pública	Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos	2010
Silva JMN, Barbosa MFS, Castro POCN, Noronha MM.	Revista. Brasileirade geriatria egerontologia	Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados.	2013
Souza CC, Valmorbida LA, Oliveira JP, Borsatto AC, Lorenzini M, Melo MRD et al.	Revista. Brasileirade geriatria egerontologia	.Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados.	2013
Martins MS, Massarollo, MCKB .	Acta Paulista de Enfermagem	Conhecimento de idosos sobre seus direitos	2010
Menezes RL, Bachion MM, Souza JT, Nakatani AYK	Revista. Brasileirade geriatria egerontologia	Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados.	2011
Rocha AR, Buonicore GP, Silva AC, Pithan LH, Feijó AGS.	Revista Bioética	Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética	2013
Vivan AS, Argimon IIL	Caderno de Saúde Pública	.Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados.	2009
Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M et al	Revista Saúde Pública	Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos.	2013
Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola AIF, Uchôa E.	Revista. Saúde Pública	. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso	2010
Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvare AM.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência	2010
Silva ERS, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem	2012
Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R	Revista Bioética	Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado.	2014
Oliveira MZPB, Barbas S	Revista Bioética	Autonomiado idoso e distanásia.	2013
Menezes RL, Bachion MM	Revista Brasileira de Oftalmologia	Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados	2012
Borges SM, Cintra FA.	Revista Brasileira de Oftalmologia	Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial	2010
Sá ACAM, Bachion MM, Menezes RL	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil.	2012
Costa e Silva MD, Guimarães HÁ, Trindade EMF, Andreoni S, Ramos LR.	Revista de Saúde Pública	Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas	2011
Oliveira MPF; Novaes MRCG.	Revista Brasileira de Enfermagem	. Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília-DF, Brasil.	2012

Quadro IV. Identificação dos autores, periódicos, títulos dos artigos e Ano de Publicação (contin.).

Oliveira MPF, Novaes MRCG.	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil.	2013
Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB.	Revista Bioética	Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro.	2013
Farias RG, Santos SMA.	Texto & Contexto Enfermagem	Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos.	2012
Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Halla PC, Oliveira DLLC.	Revista de Saúde Pública Brasileira de Enfermagem	Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles	2012
D'orsi E, Xavier AJ, Ramos LR	Revista de Saúde Pública	. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? .	2011
Oliveira RG, Madruga VA, Verlengia R, Tolocka RE	Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano	Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso	2011
Moreira RSP, Alves MSCF, Silva AO.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Características pessoais e participação em bailes numa instituição de longa permanência para idosos.	2010
Oliveira PB, Tavares DMS.	Revista Brasileira de Enfermagem	Percepção dos estudantes sobre o idoso e seus direitos: o caso da saúde	2009
Rocha JP, Klein OJ, Pasqualott A.	Revista Brasileira de geriatria e gerontologia	Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas	2014
		Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos	2014

Fonte: Material empírico investigado, 2014.

ESTUDO DO DÉFICIT COGNITIVO E SUA CORRELAÇÃO COM A FRAGILIDADE EM IDOSOS DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE

Priscila Stéfani Almeida Ferreira^{1}, Renan Rodrigues Teófilo¹, Alecsandra Ferreira Tomaz².*

1. Graduandos em Fisioterapia. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande – PB. *Correspondência: Rua Tenente Adelino Barbosa de Melo, 162, AP 304-A, Catolé, CEP 584100-505, Campina Grande – PB, Brasil. Email: priscila.sfalmeida@gmail.com.
2. Doutoranda em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, ao longo das últimas décadas (1). No Brasil, entre os censos de 2000 e 2010 a população com mais de 60 anos aumentou numericamente em 6.049.903, e o IBGE projeta que este grupo etário deve ainda crescer atingindo 26,7% do total da população brasileira. No nordeste o número de idosos é de aproximadamente 5,5 milhões e são mais de 450 mil no estado da Paraíba (2).

Melhoria na qualidade dos atendimentos de saúde, avanços tecnológicos e mudanças no estilo de vida, são alguns dos principais fatores que contribuem para o aumento da expectativa de vida da sociedade. Em decorrência disto, torna-se necessário um olhar especial para todos os aspectos e necessidades que cercam a velhice. Mudanças sociais e proposições de políticas públicas, em especial, as de saúde, pelo fato de os idosos serem um grupo particularmente vulnerável ao adoecimento, são algumas das demandas dessa nova realidade demográfica (3).

Diante de tal panorama, este trabalho justifica-se pela necessidade de se estabelecer consonância entre o quadro atual de uma sociedade em processo gradativo de envelhecimento e uma busca por condições de vida que se adaptem melhor a esta coletividade. Uma pessoa idosa será considerada saudável quando for capaz de gerir sua própria vida e determinar quando e como realizar suas atividades diárias, a despeito da morbidade que apresenta. A autonomia reside na capacidade individual de cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitem a adaptação psicossocial e ser responsável pelos próprios atos (4).

A senilidade, com ou sem demência, produz alterações cognitivas, determinando perda na capacidade executiva, o que gera, em grau variável, dependência. A partir disto, diferencia-se dependência de autonomia, atribuindo para a noção desta última uma maior aptidão cognitiva do que motora e para aquela, a noção de perda da capacidade motora, sendo a cognição entendida como força ou potência de eleição e discriminação para ações executivas dirigidas e voluntárias (4).

Além da queixa de esquecimento e outras alterações cognitivas frequentes, o envelhecimento relaciona-se também com o declínio das funções executivas e da linguagem (4). Distúrbios cognitivos costumam estar associados à fragilidade em idosos. A síndrome da fragilidade tem caráter multissistêmico e reduz a capacidade do organismo de responder adequadamente a eventos adversos quando submetido a fatores estressores (5). A síndrome da fragilidade no idoso apresenta características clínicas atribuídas ao envelhecimento, tais como a existência de comorbidades, diminuição da massa e da força muscular, exaustão, alteração da marcha e do equilíbrio, anorexia e perda de peso gradual (6).

O termo idoso frágil foi utilizado pela primeira vez pelos membros do *Federal Council on Aging* (FCA) dos Estados Unidos da América, para descrever os idosos que viviam em condições socioeconômicas desfavoráveis e apresentavam fraqueza física e déficit cognitivo, pois o avanço da idade exigia maiores cuidados. Atualmente, grupos americanos e canadenses buscam o consenso na definição da síndrome, o primeiro conceitua a síndrome como passível de identificação por cinco elementos mensuráveis e observáveis, sendo eles perda de peso não intencional maior de 4,5kg no último ano, fadiga autorreferida, diminuição da força de preensão palmar, baixo nível de atividade física e diminuição da atividade da marcha. Enquanto o segundo grupo de pesquisa conceitua a síndrome da fragilidade de forma mais holística, de natureza dinâmica e relacionada à história de vida do idoso (7).

Com o objetivo geral de avaliar a relação da fragilidade com o déficit cognitivo entre idosos participantes dos grupos de convivência da cidade de Campina Grande/PB, foi que realizamos este estudo.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa teve caráter descritivo analítico, transversal de abordagem quantitativa, com abordagem do tipo não-probabilística, definida por acessibilidade aos sujeitos nos dias de visita aos grupos para a coleta dos dados. Foram coletadas as informações em quatro grupos cadastrados na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), com um total de sessenta e seis idosos.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser idoso com 60 anos ou mais; compreender as instruções; concordar em participar da pesquisa e residir em Campina Grande/PB. Além disso, os critérios de exclusão foram: afasia em decorrência de AVE grave; doença de Parkinson em estado avançado ou instável; déficits de audição e visão graves, alterações cognitivas sugestivas de demência.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados, uma ficha de identificação, elaborada especificamente para esta pesquisa. Constatou-se os dados sociodemográficos, caracterização do indivíduo quanto à massa corporal, estatura, índice de massa corpórea e questões quanto ao estado geral de saúde. Os dados antropométricos foram obtidos através de uma balança da marca Bio Omron HBF514, e na mensuração da estatura foi utilizado um antropômetro vertical.

Na avaliação cognitiva usou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com o objetivo de avaliar as funções específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). As notas de corte que foram utilizadas pelo MEEM: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 para os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade (8).

Por fim, foi utilizado o *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) no qual aprecia os domínios físicos como a perda de peso, dificuldade para andar e de se equilibrar, baixa visão e baixa audição; o social, abordando questões como morar sozinho e se sentir só; e o psicológico no qual observamos os déficits cognitivos, sintomas depressivos e ansiedade. Todas as variáveis são aferidas por auto-relato e somam um escore máximo de 15 pontos. Considera-se frágil o idoso com escore de cinco ou mais pontos (9).

A medição da força de preensão palmar foi dada através do dinamômetro manual, aplicado no membro dominante do idoso. Os indivíduos idosos, durante a avaliação, ficaram sentados, braço aduzido e paralelo ao tronco, cotovelo fletido a 90° e antebraço e punho em posição neutra (10).

As variáveis numéricas são descritas sob a forma de média e desvio-padrão, e as variáveis categóricas através de frequências. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da distribuição dos dados. Para verificar a correlação do estado cognitivo e do nível de fadiga com a fragilidade foi utilizado o teste de correlação de Pearson. A diferença do valor médio da escala de fragilidade entre estado cognitivo e fadiga foi verificada por meio do teste t-Student. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%. Os dados foram obtidos por meio do pacote estatístico SPSS versão 19.0 (IBM Corp, Armonk, Estados Unidos).

A coleta dos dados foi realizada após a sua aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, sob o número de protocolo CAEE 25025913.3.0000.5187. Esta pesquisa faz parte de um projeto “guarda chuva”, intitulado “Depressão entre idoso de comunidade urbana e sua relação com a fragilidade”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 66 idosos com idade entre 60 e 98 anos. Após análise verificou-se um maior contingente no intervalo de 70 a 79 anos, representando 50% do total de participantes, a maioria dos participantes sem cônjuge (68,2%) e o nível de escolaridade mais presente esteve no intervalo de 1 e 4 anos de estudo (56,1%), como é possível visualizar na tabela 1.

Estudos associam a idade avançada e a baixa escolaridade ao baixo desempenho cognitivo. Idosos mais velhos e os com baixa escolaridade apresentam prevalências mais elevadas de demências. Em idosos do Rio de Janeiro, clientes de operadora de saúde, foi observado prevalência de fragilidade de 9,2%; 46,5% dos idosos foram considerados como pré-frágeis. Neste estudo foi possível perceber relação entre a fragilidade e o desempenho cognitivo, sendo a idade, fator modificador de efeito nessa associação. As prevalências mais elevadas de baixo desempenho cognitivo (30,2%) foram observadas entre indivíduos do sexo feminino (66,9%), com idade avançada, de baixa escolaridade e de baixa renda pessoal (5).

Tabela 1 – Caracterização dos idosos participantes dos grupos de convivência da cidade de Campina Grande/PB, de acordo com os dados sociodemográficos.

Variáveis	N	%
Grupo Etário		
60-69	22	33,3
70-79	33	50,0
80 anos ou mais	11	16,7
Sexo		
Masculino	6	9,1
Feminino	60	90,9
Estado civil		
Com Cônjuge	21	31,8
Sem Cônjuge	45	68,2
Renda		
Até 1 Salário	10	15,2
De 1 a 3 Salários	56	84,8
Escolaridade		
Analfabeto	18	27,3
1 a 4 anos	37	56,1
5 a 8 anos	3	4,5
9 anos	8	12,1
Pratica Atividade Física Regular		
Sim	28	42,4
Não	38	57,6
Total*	66	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Um importante aspecto detectado foi a predominância de indivíduos do sexo feminino, representando uma larga fatia de mais de 90% do total. Esse dado aponta para o fenômeno denominado *feminização da velhice*, que, no tocante ao sentido sócio-demográfico está associado a vários conceitos, tais como a maior presença relativa de mulheres na população idosa; maior longevidade das mulheres em comparação com os homens; crescimento relativo do número de mulheres que fazem parte da população economicamente ativa; crescimento relativo do número de mulheres que são chefes de família (11). Tal constatação justifica-se pelo fato de que as mulheres procedem de forma menos agressiva, expondo-se minimamente aos riscos de trabalho, estão menos expostas a mortalidade por causas externas, tem menor prevalência de tabagismo e etilismo quando comparadas aos homens e procuram em maior quantidade pelos serviços de saúde (12).

Quanto aos domínios apresentados no TFI, o domínio físico obteve a maior média (2,71), como está demonstrado na tabela 2. A avaliação da fragilidade pelo TFI pode ser efetuada por categorias e também de forma contínua, o que possibilita obter

informações mais acuradas sobre diferenças na fragilidade segundo domínios, facilitando intervenções específicas (13).

Tabela 2 - Caracterização dos idosos participantes dos grupos de convivência da cidade de Campina Grande/PB, de acordo com os domínios encontrados no TFI.

TFI	Média	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo	IC-95%
Domínio Físico	2,71	1,829	0-7	2,29-3,13
Domínio Psicológico	1,21	1,074	0-4	0,94-1,45
Domínio Social	0,85	789	0-3	0,65-1,05
EscoreTFI	4,77	2,733	0-11	4,09-5,42

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Quanto aos resultados encontrados, no que diz respeito ao estado cognitivo dos idosos participantes a partir do MEEM, esse estudo indicou que 36,4% (N=24) apresentam declínio cognitivo, concordando com um estudo no qual se caracterizou a qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência, obtendo resultado de 23,5% (N=20) dos participantes com declínio cognitivo (14). Em relação ao quantitativo de idosos frágeis, neste estudo, foram observados 48,5% (N=32).

Na tabela 3 não foi verificada correlação significativa do estado cognitivo, avaliado por meio do MEEM, com a fragilidade nos idosos deste estudo. Porém, os idosos com déficit cognitivo apresentaram maiores valores médios na TFI, tanto no escore final como na avaliação por domínios.

Os resultados de um estudo realizado em Ribeirão Preto com 137 idosos residentes na comunidade mostraram que, na análise da correlação entre a existência ou não de déficit cognitivo com o diagnóstico de fragilidade, foi verificado que os idosos sem déficit cognitivo são, em sua maioria, considerados sem fragilidade. Com relação ao sexo, as mulheres foram consideradas mais frágeis do que os homens.

Os idosos com idade mais avançada e com déficit cognitivo tiveram maior pontuação no quesito fragilidade (15). Um estudo realizado em 2010 no Mato Grosso do Sul, com idosos assistidos por Equipes de Saúde da Família (ESF), mostrou alto grau de perda cognitiva (42,7%) com maior expressão no sexo feminino (74%), explicada pela longevidade mais acentuada nas mulheres (3).

Tabela 03. Diferença de média do MEEM entre idosos frágeis e não frágeis através do teste t-Student

Variáveis	FRAGILIDADE								
	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Social		Escore Total		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Déficit cognitivo									
Sim	2,88	1,872	1,63	0,970	1,08	0,830	5,58	2,552	
Não	2,62	1,821	0,98	1,070	0,71	742	4,31	2,754	

DP= desvio padrão.

* $p < 0,05$ (Resultado do teste t-Student).

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

CONCLUSÃO

Após análise dos dados foi possível detectar declínio cognitivo em 36,4% (N=24) dos idosos e que do total, 48,5% (N=32) são frágeis. Além disto, verificou-se relação conjunta significativa de sinais de perda/redução de domínios físicos, sexo e idade, obtidos a partir dos testes empregados.

Apoiada nas informações apresentadas nos estudos e entrelaçando-os com os resultados obtidos em nossa pesquisa, percebemos índices consideráveis de idosos propensos à fragilidade e com déficit cognitivo nos grupos de convivência na cidade de Campina Grande/PB, compatível com dados colhidos em pesquisas realizadas em outros lugares no Brasil.

A fragilidade é um das condições de saúde ligada à velhice, com a qual estão relacionados diversos desfechos tais como, hospitalização, incapacidade funcional, institucionalização e morte (9). A avaliação da fragilidade e a identificação das características a ela relacionadas possibilitam a proposição de intervenções para prevenir a ocorrência desses desfechos.

Tal constatação nos sensibiliza para a importância de uma atenção especial e fornecimento de terapêuticas capazes de postergar as perdas de autonomia e/ou dependência, acarretadas pelas alterações cognitivas e consequente fragilidade entre os idosos.

REFERENCIAS

1. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-58, 2012.
2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf
3. Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC, Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm. Mato Grosso do Sul*, 2011.
4. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. Psiq. Clín.* v. 32, n. 3, p. 131-6, 2005.
5. Faria CA, Lourenço RA, Ribeiro PCC, Lopes CS. Desempenho cognitivo e fragilidade em idosos clientes de operadora de saúde. *Rev. Saúde Pública.* v. 47, n. 5, p. 30-923, 2013.
6. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.33, n. 3, p.177-84, 2008. [acesso em 2014 out 08]. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134036680533abcs177.pdf>
7. Andrade AN, Fernandes MGM, Nóbrega MLN, Garcia TR, Costa KNFM. Análise do conceito Fragilidade em Idosos. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, v. 21, n. 4, p 748-56, 2012.
8. Chaves MLF. Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf
9. Santiago LM. Fragilidade em Idosos no Brasil: Identificação e análise de um instrumento de avaliação para ser utilizado na população do país [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
10. Teixeira LF. Nível de atividade física e quedas em idosos da comunidade: Um estudo exploratório [dissertação]. São Paulo: Universidade Cidade São Paulo; 2011.
11. Silva DLS, Sousa ITI, Torres MV. Perfil multidimensional de idosos. *Rev. Fisioter. S. Fun., Fortaleza*, Jul-Dez; v. 2, n. 2, p. 13-20, 2013.
12. Santos GS, Cunha ICKO. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. *R. Enferm. Cent.O. Min. Maio-Ago*; v. 4, n. 2, p. 1135-45, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/593/749>.
13. Santiago LM, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos institucionalizados das regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 327-37, 2014.
14. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 481-92, 2012.
15. Fabricio-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev. Latino-Am Enferm.* v.17, n.6, p. 117-23, 2009.

ALEGRIA DE VIVER: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE IDOSAS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Kelly Maia Magalhães¹; Kerolayne Fonseca de Lima ^{1*}; Poliana de Araújo Palmeira¹.

¹-Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Educação e Saúde, Unidade Acadêmica de Saúde.

*Correspondência: Olho D'água da Bica, s/n, Cuité, PB, 58175-000. kellylavras@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O aumento do percentual de idosos em relação à população total é um fenômeno mundial. Esse processo, que se iniciou nos países desenvolvidos, ocorre, no presente momento, também nos países em via de desenvolvimento (1). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2011, atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira (2).

O aumento da expectativa de vida associa-se à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas nacionais de vacinação, aos avanços tecnológicos da medicina, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, o acompanhamento clínico dos recém-nascidos e o incentivo do aleitamento materno, ao aumento do nível de escolaridade da população, aos investimentos na infraestrutura e saneamento básico e à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades (3).

No processo de envelhecimento, a importância da alimentação é comprovada por estudos epidemiológicos, clínicos e de intervenção, entre outros, que têm demonstrado ligação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardíacas coronarianas, doenças cerebrovasculares, vários tipos de cânceres, diabetes melito, cálculos biliares, cáries dentárias, distúrbios gastrointestinais e várias doenças ósseas e de articulações (4).

Segundo o Estatuto do Idoso, art. 20 e 21 (5),

[...] O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade. [...] Oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

Entretanto, conseguir viver por mais tempo nem sempre é sinônimo de viver melhor. A velhice pode estar associada ao sofrimento, aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão e improdutividade, entre outros fatores que não representam significados positivos. Porém, é possível viver mais com uma qualidade de vida melhor, através da busca do envelhecimento com independência e

autonomia, com boa saúde física e mental, enfim, com um envelhecimento saudável e ativo (6). Por essa razão, programas voltados para esse público, são cada vez mais necessários, pois permitem o envelhecimento ativo e saudável através de atividades que contribuem para a longevidade, capacidade funcional e autonomia.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada, da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cuja execução é obrigatória e exclusiva. Este consiste em um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (7).

Assim, foi criado na zona rural do município de Cuité/PB o grupo “Alegria de Viver” com o apoio do CRAS local e a Secretaria Municipal de Assistência Social, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos seus associados. Tendo em vista que o CRAS é um espaço de convivência, e têm por finalidades a valorização, a proteção e a inclusão social, trabalhar temas relativos à saúde nesse espaço constitui uma estratégia muito importante para promover qualidade de vida.

A participação ativa do idoso nesses programas auxilia de forma benéfica no processo de envelhecimento com notáveis interferências na qualidade e expectativa de vida, melhoria das funções orgânicas, dando-lhe assim uma maior independência pessoal (6).

Este estudo tem por objetivo apresentar um panorama da experiência vivenciada com o grupo de idosas do CRAS Bujari, bem como conhecer a importância do convívio social na promoção da saúde e no processo de envelhecimento saudável.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, cujo instrumento de trabalho foi o relato de experiência vivenciada com um grupo de idosas, obtido através do Estágio Curricular de Saúde Coletiva do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande. O relato de experiência analisa e compreende variantes importantes do desenvolvimento do cuidado ao indivíduo ou a seus problemas, pois revela as ações do indivíduo como agente humano e participante da vida social (8).

O estágio foi desenvolvido no Centro de Referência de Assistência Social, localizado na comunidade do Bujari na zona rural do município de Cuité/PB, e ocorreu nos meses de maio a junho de 2014.

O Grupo Alegria de Viver conta com a participação de uma média de 10 idosas, que residem na referida comunidade e que são assistidas pela equipe do CRAS. Esse grupo se reúne uma vez por semana. Nas reuniões são realizadas atividades em grupo com diversos temas e objetivos, entre eles, a promoção da qualidade de vida.

Portanto, tendo em mente a importância do processo de envelhecimento saudável, dos objetivos e da importância do grupo, bem como da ideia de que “uma das formas de melhorar a qualidade de vida da população em processo de envelhecimento é a educação em saúde” (9), trabalhou-se temas relacionados à problemas de saúde comum nessa faixa etária, de forma teórica e prática a fim de proporcionar autonomia nas escolhas alimentares e estilo de vida.

Durante esse período foram realizadas 3 atividades educativas com o referido público com uma duração de aproximadamente 30 minutos cada uma, a fim de promover a saúde dos idosos, bem como atrair outros idosos da comunidade. Os conteúdos abordados foram: Osteoporose, Hipertensão Arterial e Diabetes. Cada assunto foi programado de acordo com as necessidades dos idosos, isto é, mediante solicitação pelo grupo.

Para a realização destas atividades, tomou-se cuidado com a linguagem adotada e a metodologia utilizada, de forma que todos pudessem compreender e participar ativamente das mesmas. Dessa forma, foram utilizados cartazes, figuras coloridas e atraentes, que despertavam atenção e estimulava a participação, bem como vídeo explicativo. Os encontros eram registrados com fotografias e os materiais utilizados foram deixados expostos no CRAS.

Basicamente, as três oficinas seguiram o mesmo padrão de desenvolvimento. Inicialmente, a definição da patologia e como a mesma acomete o organismo, em seguida, informava-se as causas, sintomas, complicações e a alimentação apropriada para prevenir e tratar cada uma delas e, por último, uma atividade prática com participação ativa de todos os envolvidos, a fim de testar a compreensão do grupo sobre o tema discutido.

A primeira temática abordada foi a Osteoporose, visto a sua associação com a faixa etária e gênero do grupo e também o acometimento de algumas idosas do grupo, bem como de alguns familiares.

Para o desenvolvimento da atividade, realizou-se inicialmente uma definição da patologia em questão e os perigos que a mesma pode acarretar para este grupo etário. Posteriormente, foi feita uma exposição de figuras e cartazes, acompanhada de uma explicação dialogada das causas, sintomas e complicações da mesma, bem

como a importância de uma alimentação rica em cálcio e quais os alimentos que são fontes do mineral. Em seguida, realizou-se uma atividade prática intitulada pelas autoras como “Montagem das refeições”, onde as participantes receberam pratos descartáveis e iriam até a mesa repleta de figuras ilustrativas de alimentos, para montarem pelo menos três refeições ricas em cálcio. E por fim, foram oferecidos alimentos fontes de cálcio para degustação pelas participantes (10, 11).

A segunda atividade realizada abordou a Hipertensão Arterial Sistêmica, constituindo uma patologia bastante comum nas integrantes do Alegria de Viver e na comunidade do Bujari como um todo. Para realizar tal oficina, primeiramente sentiu-se a necessidade de falar a respeito do funcionamento do coração e dos vasos sanguíneos, para isso foram utilizadas uma garrafa pet pequena e massa de modelar, para demonstrar como a deposição de gordura pode colocar em risco tal funcionamento e acarretar riscos para a pressão arterial. Posteriormente, foi realizada uma explanação sobre alimentação adequada para tal condição. Em seguida, utilizou-se de uma atividade prática intitulada pelas autoras como “Semáforo da Hipertensão”, onde foram confeccionados um cartaz obedecendo as três cores do semáforo de trânsito e também figuras de diversos alimentos. Dessa forma, as participantes foram preenchendo o cartaz com as figuras dos alimentos, de acordo com a simbologia das cores do semáforo (Vermelho: coma eventualmente, em pequenas quantidades; Amarelo: Coma com moderação; Verde: Opção saudável, coma sem restrições). Por fim, foi feita uma apresentação de várias ervas como opções para substituição do sal nas preparações do dia a dia, visto que a comunidade havia relatado anteriormente que o uso do sal em todas as preparações era abusivo.

O último tema abordado foi Diabetes mellitus, também pela ocorrência dessa patologia em várias idosas do grupo e pessoas da comunidade do Bujari. Para desenvolver a oficina, primeiramente foi utilizada a apresentação de um vídeo ilustrativo que mostra a patologia de uma maneira bem ampla e dinâmica “Conhecendo o diabetes mellitus com o Dr. Legalvus” (12). Posteriormente, realizou-se uma roda de conversa sobre o vídeo, bem como a temática abordada no mesmo.

Todas as palestras ocorreram semanalmente na unidade do CRAS, nas terças-feiras no horário de 14h às 15h. Os idosos foram estimulados a participarem ativamente das oficinas, expondo seus conhecimentos sobre seus problemas de saúde, exemplos do dia-a-dia e relatos de vivências, o que contribuiu para o enriquecimento das atividades. Além disso, participaram destas a psicóloga e a

assistente social do referido serviço, o que proporcionou uma interdisciplinaridade nesses momentos.

RESULTADOS

O envelhecimento é um processo fisiológico, na qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que levam ao prejuízo das funções básicas (13). Outras alterações estão relacionadas ao âmbito social, pois nessa fase da vida há um aumento considerável do tempo livre, que as pessoas adquirem com a aposentadoria (14). No entanto, a maioria dos idosos não teve a oportunidade de desenvolver outras atividades, senão ao do trabalho, por essa razão muitos se sentem perdidos e despreparados para usufruírem o seu tempo livre. Essa situação pode levar o idoso a isolar-se, conduzindo-os a sentimentos de inutilidade, desatualização, incompreensão e de ser mal-amado, gerando problemas para si, para sua família e para sociedade (15).

A atividade em grupos voltada para esse público vem contribuindo de forma positiva para o processo de envelhecimento saudável, pois permite que o idoso esteja engajado socialmente, permite a troca de carinhos, experiências, ideias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas, contribuindo de forma significativa para sua qualidade de vida (16). Assim, as atividades em grupos podem ajudar os idosos a superarem esses problemas, pois, proporciona atividades de promoção a saúde, sociais e relacionais. As atividades sociais permitem o estabelecimento de novos canais de comunicação, proporcionando e ampliando o círculo de amizades, contribuindo assim para romper situações de solidão. Além disso, é importante para o equilíbrio biopsicossocial, pois oferece suporte para o enfrentamento das dificuldades que surgem com o envelhecimento e contribui para uma melhor qualidade de vida (17).

A cada encontro, ficou claro a importância que se dava ao grupo e a convivência social, pois relataram que antes de fazer parte do grupo elas sentiam presas, tristes, desanimadas e muito solitárias, mas através do convívio uma com as outras hoje se sentem animadas e felizes por ter tantas amizades. Além disso, percebeu-se que as idosas relatavam suas experiências com maior liberdade, permitindo que os profissionais envolvidos e o restante do grupo as conhecessem melhor. Durante as dinâmicas, percebeu-se que as idosas interagiram mais facilmente, compreenderam os assuntos expostos e que estavam repassando as informações dados a outras pessoas da comunidade.

O trabalho em grupo permite uma maior aproximação entre o profissional e o sujeito, proporcionando um maior entendimento das expressões de necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias da vida que exerce algum impacto na saúde de indivíduos e grupos (16).

Essa experiência tornou-se um agente contribuidor na formação profissional, caracterizando-se como objeto de estudo e reflexão. Destacando nesse lado, a importância do olhar humanizado. O momento dessas atividades foi caracterizado pelo bem estar, alegria e descontração do grupo. Além disso, foi mostrado interesse nas atividades realizadas não só pelos benefícios, mas também pelo contato humano, tornando-se assim uma experiência gratificante. A partir das atividades realizadas com essas idosas, percebeu-se a importância da formação de grupos voltados para essa faixa etária, contribuindo de forma positiva para o processo de envelhecimento saudável, pois permite que o idoso esteja engajado socialmente. Assim como, para o empoderamento do idoso, tornando-o sujeito condutor da sua história, possibilitando assim o resgate social dessas pessoas. Além disso, as atividades educativas mostraram-se importantes para a prevenção e tratamento de doenças, além da promoção do envelhecimento saudável.

CONCLUSÃO

A experiência vivenciada significou muito além de um simples cumprimento de exigências acadêmicas. Constituiu-se em uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. As atividades desenvolvidas foram fundamentais para a interação com a comunidade e foram retribuídos com interesse, receptividade e agradecimento por parte dos envolvidos. Esta experiência permitiu enxergar a profissão com outro olhar, procurando entender a realidade da comunidade, o comportamento das pessoas e dos profissionais que compõem esse meio. É indispensável a implementação de atividades educacionais que permitam aos idosos expandir seus conhecimentos relacionados às condições de saúde e/ou doença. Para tanto é importante transmitir essa educação de maneira adequada, ademais se torna importante conhecer suas dificuldades, interesses, pois, proporciona o entendimento dos benefícios em participar de atividades da comunidade.

Resolveu-se relatar esta experiência realizada na comunidade, com o intuito de contribuir na divulgação de trabalhos locais e discutir novos paradigmas de promoção à saúde do idoso, fortalecendo a importância da intersectorialidade, acreditando que

uma mudança de paradigma possa atentar para essa nova clientela diante dos limitados recursos.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro EC. O envelhecimento populacional e a prática da assistência social no Estado do Ceará: uma análise à luz da Política Nacional do Idoso. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013; 16(2), p. 129-141.
2. Rinaldi FC, Campos MEC, Lima SS, Sodré FSS. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013; 4(2), p.454-66.
3. Freitas GA, Passerino LM. 3ª idade na rede: ferramentas de comunicação proporcionando a socialização. *Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul IX ANPED SUL*. 2012.
4. Cervato AM, Derntl AM, Latorre MRDO, Marucci MFN. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Rev. Nutr., Campinas*. 2005;18(1), p. 41-52.
5. Brasil. Presidência da República. Lei no 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Internet]. Casa Civil. 2003 out. 01 [acesso em 17 de Junho de 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
6. Ferreira OGL; Maciel SC; Costa SMG; Silva AO; Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3), p. 513-8
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Proteção Social Básica. 2014. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protECAobasica/cras>
8. Hermann, A. P.; Lacerda, M. R. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*. 2007; 12(4), p.223-227.
9. Leite SC, Baratto I, Silva R. Consumo de cálcio e risco de osteoporose em uma população de idosos. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo. 2014; 8(48), p.165-174.
10. Mendes, M. R. S. S. B; Gusmão, J. L. D; Faro, A. C. M; Leite, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(4), p. 422-426.
11. Mendes TAB, et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(6), p. 1233-1243.
12. Conhecendo o Diabetes Mellitus com 'Dr Legalvus'. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jNwb1ygg31Q> [Acesso em 15 jun 2015].
13. Silva ACP. Educação Nutricional e a Promoção da Saúde do Idoso. In: BUSNELLO, F. M. Aspectos Nutricionais no Processo do Envelhecimento. 1ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 24, p. 223-231.
14. Mazo GZ, Liposcki DB, Ananda C, Prevê D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Revista Brasileira Fisioterapia*. 2007; 11(6), p.437-442.
15. Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista Esc Enferm USP*. 2007; 41(4) p. 724-730.
16. Cavalcante PMT, Freitas MC. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um grupo de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Pacatuba-CE. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2012; 8(1).
17. Souza ACD, Colomé ICDS, Costa LED, Oliveira DLLCDA educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista gaúcha de enfermagem*. 2005; 26(2), p. 147-153.

AS CONTRIBUIÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AOS IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

*Bruna Oliveira Gonzaga¹, Mirelly da Silva Barros¹, Nathália Bianca Gomes da Nóbrega¹,
Roberta Paolli de Paiva Oliveira¹, Francisco de Sales Clementino².*

1. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). *Correspondência: Avenida Severino Bezerra Cabral, 808, Queimadas, PB, Brasil. CEP: 58.475.000. Email: mirelly.barros2012@hotmail.com.
2. Doutor em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem. CCBS-UFCG.

INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo e existem perspectivas para que em 2020 o Brasil seja considerado o sexto país com maior número de idosos no mundo. Assim, visando uma assistência de qualidade surgiram as primeiras proposições de políticas de saúde voltadas para este grupo populacional (1).

As políticas públicas de saúde têm por objetivo oferecer estratégias que almejem a promoção social, a prevenção de doenças e estabeleçam a garantia de direitos humanos, mormente, dos grupos considerados vulneráveis. Portanto, busca-se através destas, a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, e a integralidade da assistência (2).

Paulatinamente, ocorre a construção do modelo assistencial a partir do contexto político e social que os grupos alvo, no caso, os idosos, estão inseridos. É nessa perspectiva que o estado, muitas vezes, através das políticas de saúde, se organiza para promover os serviços de saúde, visando melhorar as condições destes grupos que requerem demandas específicas (1).

Os idosos necessitam de uma assistência diferenciada, pois, com o envelhecimento, os indivíduos vivenciam transformações físicas e psicológicas que requerem respostas adaptativas em relação às novas condições impostas pelo próprio organismo e pela sociedade na qual estão inseridos. É nesse cenário de mudanças que o profissional de saúde surge. Nesse sentido, suas ações no oferecimento da assistência aos idosos devem ser permeadas pela empatia, escuta e solicitude de forma que proporcionem aos idosos sua integração social (1).

De acordo com a literatura analisada, sabe-se que, por vezes, a inobservância das diretrizes dispostas pelas políticas de saúde, somada ao processo de formação profissional deficiente, desfavorece o oferecimento de uma assistência qualitativa que respeite as especificidades demandadas pela população idosa (3).

Com base nestes conceitos, o objetivo deste estudo é conhecer, a partir da literatura, as contribuições das políticas públicas no desenvolvimento de uma assistência humanizada aos idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em que se realizou um levantamento das produções científicas disponíveis na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A coleta e análise dos estudos ocorreram no mês de setembro de 2014. Desse modo, na perspectiva de melhor compreender o material empírico encontrado, realizou-se uma leitura exploratória e seletiva, permitindo definir quais estudos seriam relevantes para a construção das discussões a respeito da temática.

Nesse sentido, para seleção dos artigos utilizou-se os seguintes **Critérios de Inclusão**: estar na base de dados da SciELO; conter pelo menos 01 dos 03 descritores em ciências da saúde (DeCS) pertinentes à temática do estudo “Assistência a Idosos”; “Humanização da Assistência”; “Políticas Públicas de Saúde”; além disso, estar disponível na íntegra em língua portuguesa; ter sido publicado entre os anos de 2009 a 2014; estar relacionado ao objeto de estudo. Como **Critérios de exclusão**: ser uma revisão bibliográfica.

Desta forma, ressalta-se que, durante a realização deste estudo, consideramos as diretrizes éticas contidas na Resolução COFEN nº 311/2007 que dispõe sobre o ensino, a pesquisa, e a produção técnico-científica, principalmente, no que concerne ao capítulo III (5).

RESULTADOS

Para uma melhor compreensão dos artigos que compuseram o estudo, elaboramos quadros demonstrativos. Os quadros I, II e III permitem-nos uma melhor compreensão das etapas de seleção dos artigos encontrados através da utilização dos seguintes descritores: “Assistência a Idosos”; “Humanização da Assistência”; “Políticas Públicas de Saúde”.

QUADRO I: Análises de Títulos, resumos e textos completos. DESCRITOR: Assistência a Idosos.

Ano de Publicação	Total de Artigos Encontrados	Quantidade de Artigos Excluídos			Artigos Selecionados
		Por título	Por Resumo	Por Análise do texto completo	
2009	4	-	-	-	4
2010	5	2	-	-	3
2011	5	2	-	-	3
2012	2	1	-	-	1
2013	1	-	-	-	1
2014	2	-	-	-	2

Ao concluir as análises, contamos com 14 artigos para compor as discussões e resultados deste estudo.

QUADRO II: Análises de Títulos, resumos e textos completos. DESCRITOR: Humanização da Assistência.

Ano de Publicação	Total de Artigos Encontrados	Quantidade de Artigos Excluídos			Artigos Selecionados
		Por título	Por Resumo	Por Análise do texto completo	
2009	25	25	-	-	-
2010	24	22	1	1	-
2011	30	30	-	-	-
2012	25	25	-	-	-
2013	25	24	-	-	1
2014	18	16	-	-	-

Ao término das análises, contamos com o total de 1 artigo que contribuiu na discussão deste trabalho.

QUADRO III: Análises de Títulos, resumos e textos completos. DESCRITOR: Políticas Públicas de Saúde.

Ano de Publicação	Total de Artigos Encontrados	Quantidade de Artigos Excluídos			Artigos Selecionados
		Por título	Por Resumo	Por Análise do texto completo	
2009	11	11	-	-	-
2010	10	10	-	-	-
2011	9	9	-	-	-
2012	17	16	-	-	1
2013	23	22	-	-	1
2014	8	5	2	-	1

Por fim, contamos com o total de 3 artigos que contribuíram nas discussões deste trabalho.

Quadro IV. Base de dados consultada, combinação dos descritores e artigos encontrados e selecionados na coleta de dados.

Base de dados	Descritores	Artigos Encontrados	Artigos selecionados
SciELO	Assistência a Idosos	27	14
SciELO	Humanização da Assistência	169	1
SciELO	Políticas Públicas de Saúde	102	3
Total		298	18

Portanto, dentre os 298 artigos encontrados, 18 artigos foram selecionados para a realização do estudo e, assim, promoveram as discussões desta produção.

Percebe-se, a partir do Quadro IV, que esta temática centraliza-se, mormente, em periódicos de Enfermagem (8 artigos) e Saúde pública (4 artigos).

DISCUSSÃO

A partir dos artigos selecionados, emergiram três categorias de análise, a saber: a primeira, **I.Pressupostos direcionadores da assistência aos idosos**; a segunda, **II.Desafios enfrentados no oferecimento da assistência aos idosos**; e, por último, **III.Humanização da assistência aos idosos**.

I-PRESSUPOSTOS DIRECIONADORES DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS:

As políticas de saúde foram construídas sob a égide constitucional que estabelece o idoso como indivíduo possuidor do direito à vida e a cidadania; deixa claro que a família, a comunidade e o estado tem o dever de ampará-los e assegurá-los em sua participação na comunidade. Assim, é através de uma assistência humanizada que colocar-se-á em prática o oferecimento de meios que integrem este grupo (3,6).

Em 2003, com a criação do Estatuto do Idoso, ocorreu um fortalecimento nos direitos destes. Ulteriormente, em 2006, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), através da portaria do Ministério da Saúde Nº 2.528. Com a implantação das premissas instituídas pela PNSPI, torna-se possível a construção de uma assistência alicerçada na humanização, em que se busca proporcionar a promoção do envelhecimento saudável que estimula a participação social, e almeja-se garantir a autonomia, a dignidade e a confidencialidade dos idosos durante a prestação dos serviços de saúde (1-2).

Quadro V. Identificação dos autores, área temática, periódicos, *Qualis* e Ano de Publicação.

Identificação dos Autores	Periódico	Título do Artigo	Ano de Publicação
Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS.	Revista Saúde e Sociedade	Humanização na Atenção à Saúde do Idoso	2010
Fernandes MTO, Soares SM.	Revista Escola de Enfermagem USP	O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil.	2012
Martins AB, D'Ávila OP, Hilgert JB, Hugo FN . .	Revista Ciência Saúde Coletiva	Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática.	2014
Mota CS, Reginato V, Gallian DMC	Caderno Saúde Pública.	A metodologia da história oral de vida como estratégia humanizadora de aproximação entre cuidador/idoso	2013
Veras R	Revista Saúde Pública	Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.	2009
Tannure MC, Alves M, Senna RR, Chianca TCM.;	Revista Brasileira de Enfermagem	Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil.	2010
Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA, Borghi AS, Seima MD	Acta Paulista Enfermagem	O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental.	2009
Maschio MBM, Balbino AP, Souza PFR, Kalinke LP.	Revista Gaúcha Enfermagem	Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.	2011
Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP.	Caderno de Saúde Pública.	Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros.	2011
Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O.	Revista Saúde e Sociedade	Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos.	2014
Carvalho VL.	Caderno de Saúde Coletiva	Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste	2014
Urbanetto JS, Marco R, Carvalho SM, Creutzberg M, Oliveira KF, Magno TBS	Revista Brasileira de Enfermagem	Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes.	2012
Cruz HMF, Pimenta CAM, Dellarozza MSG, Braga PE, Lebrão ML, Duarte YAO.	Revista Dor	Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados.	2011
Sposito LAC, Portela ER, Bueno EFP, Carvalho WRG, Silva FF, Souza RA;	Revista Educação Física	Experiência de treinamento com Nintendo Wii sobre a funcionalidade, equilíbrio e qualidade de vida de idosas.	2013
Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS.	Escola Anna Nery	Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR.	2010
Martins JJ, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL et al.,	Acta Paulista de Enfermagem	Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares	2009
Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. A	Caderno de Saúde Pública	Evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte.	2013
Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira NA, Ferreira EF.	Revista Brasileira de Enfermagem	Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos	2009

Fonte: Material empírico investigado, 2014.

Nesse sentido, a PNSPI, em nível assistencial, visa reconhecer o idoso como uma pessoa em risco social devido às suas condições de saúde e, com esta visão, deseja implementar mecanismos e ações de monitoramento da preservação e recuperação de capacidades (físicas e cognitivas), tornando-se intermediários do processo de reconstrução social, sobretudo, no desenvolvimento comunitário do idoso (7).

Corroborando a proposição supracitada, a literatura investigada destaca que a garantia de um atendimento qualitativo para a população idosa trata-se de uma necessidade que imediatamente precisa ser oferecida. Dessa forma, busca-se uma assistência direcionada aos idosos que seja estabelecida na integralidade do cuidado em que se disponibilizem meios de tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, e que, ao mesmo tempo, atenda os aspectos físicos, emocionais, espirituais e sociais para o alcance de um envelhecimento saudável. Nessa perspectiva, se postergarão os déficits na locomoção, audição e visão, favorecendo, desse modo, a vivência dos idosos no meio social (8).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) também sugere que, para a construção de uma assistência capacitada que atenda as demandas incitadas pelos idosos, é preciso possuir profissionais que intensifiquem ações que visem à diminuição da perda da capacidade física e cognitiva e, conseqüentemente, proporcione o prolongamento da independência dos idosos no desenvolvimento das atividades empíricas (9).

Desta forma, as políticas de saúde reconhecem a importância de assegurar a equidade e a acessibilidade dos idosos à assistência e, sobretudo, a qualificação do setor de saúde para atendê-los em suas necessidades (8).

II-DESAFIOS ENFRENTADOS NO OFERECIMENTO DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS:

Os profissionais que oferecem a assistência aos idosos ainda possuem, por vezes, uma compreensão permeada por estigmas a respeito do envelhecimento. São guiados pela idéia que a senescência é um período no qual o ser humano vivencia apenas decréscimos funcionais, acreditando que os idosos tornam-se incapazes de manter uma vida sexual ativa, realizar atividades físicas, de leitura e praticar esportes, enfim, veem o processo de envelhecimento como um fator que limita a interação social (10). Destarte, com esta perspectiva, é impossível a construção de uma assistência que compreenda o idoso na sua completude (11).

Outro desafio encontrado na assistência aos idosos, evidenciado pela literatura analisada, trata-se do ínfimo valor atribuído às áreas de especialização em Gerontologia e a Geriatria durante a formação acadêmica, contribuindo, indubitavelmente, para o exercício de uma assistência desumanizada. Fato este que reduz o número de profissionais verdadeiramente capacitados para atuarem na atenção aos idosos (11).

Destarte, torna-se importante a constante análise da assistência aos idosos, principalmente, no que se refere ao oferecimento da pronta atenção, dignidade, comunicação, autonomia, processo de escolha de profissionais, confidencialidade e estrutura física, pois a garantia destes significa a prestação de um serviço de saúde bem sucedido, demonstrando que a assistência é guiada pelos preceitos da humanização (12). Portanto, é sob esse prisma que os idosos institucionalizados, e aqueles que buscam atendimento na atenção básica ou em nível hospitalar, devem, igualmente, ter acesso a uma assistência que ofereça tais domínios (13).

A incapacidade física do idoso desfavorece com amiúde o acesso aos serviços de saúde, tornando-se um desafio para a prestação da assistência (14). Assim, torna-se necessário que os profissionais formulem medidas que garantam a assistência no local onde o idoso esteja, seja no domicílio ou instituição de longa permanência. Deste modo, é preciso que o profissional vá ao encontro do usuário para que possa disponibilizar os cuidados requeridos (15).

III- HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS:

O termo humanização pode ser definido como um conjunto de relações sociais. É guiado pela ideia que a compreensão do outro (necessidades, desejos, sentimentos) se dará a partir da interação social. É nessa perspectiva de compreender o outro e, ao mesmo tempo, realizar inferências a respeito das suas necessidades que se constrói a humanização da assistência. Porém, para que o serviço de saúde possa ser de fato resolutivo diante das necessidades dos idosos, e, conseqüentemente, possua uma assistência humanizada, é preciso que o profissional estabeleça vínculos com o usuário para, deste modo, moldar a assistência de acordo com as potencialidades do idoso (1).

Com base nesse entendimento, a literatura investigada evidencia que, através da implementação da atenção domiciliar ao idoso, notou-se um alto nível de satisfação com o serviço, visto que, por meio dela, os usuários demonstraram-se seguros, pois

se sentiram respeitados e valorizados, e destacou-se, também, a importância do tempo de duração da consulta (1).

Por outro lado, o declínio de perspectivas de participação social para os idosos caracteriza um sinal comprometedor da qualidade de vida, fato este que relembra o papel que deve ser assumido pelo profissional dentro da assistência em saúde, como o de verdadeiro mediador na construção de vínculos através de grupos terapêuticos que estimulem a interação social entre os indivíduos e, assim, garanta, *a fortiori*, o exercício do direito social (16,17).

Humanizar a assistência é possibilitar que a voz do usuário seja ouvida e atendida. Porém, o despreparo técnico por parte do profissional e a falta de estruturas apropriadas para as práticas dos serviços de saúde também impedem o exercício da humanização na assistência (1).

Portanto, evidencia-se que apesar das conquistas auferidas nos últimos anos, ainda há necessidade de reflexão por parte dos profissionais e do governo, no sentido de despertarem à respeito do seu real papel na formulação de medidas que visem à implementação dos pressupostos definidos pelas políticas (18,19).

CONCLUSÃO

É importante enfatizar que esta pesquisa possui limitações, mormente, no que se refere aos aspectos técnicos, como a utilização restrita ou inadequada dos descritores para indexação dos artigos, o que impediu a captura de algumas publicações que poderiam mostrar-se relevantes para as discussões construídas a respeito da temática.

Sem embargo disso, o estudo permitiu inferir que por parte dos profissionais existe um grande desafio em relação ao estabelecimento de uma assistência capaz de perceber o ser humano em sua totalidade, de modo que as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais não são atendidas de forma integrada, devido ao despreparo técnico-científico dos profissionais.

Ademais, a literatura afirma que o oferecimento da assistência aos idosos deve ser constituído por ações intersetoriais e composta por equipes multiprofissionais, de forma que o aditamento destes cuidados promova a alegria, sentimentos de utilidade e o engajamento social.

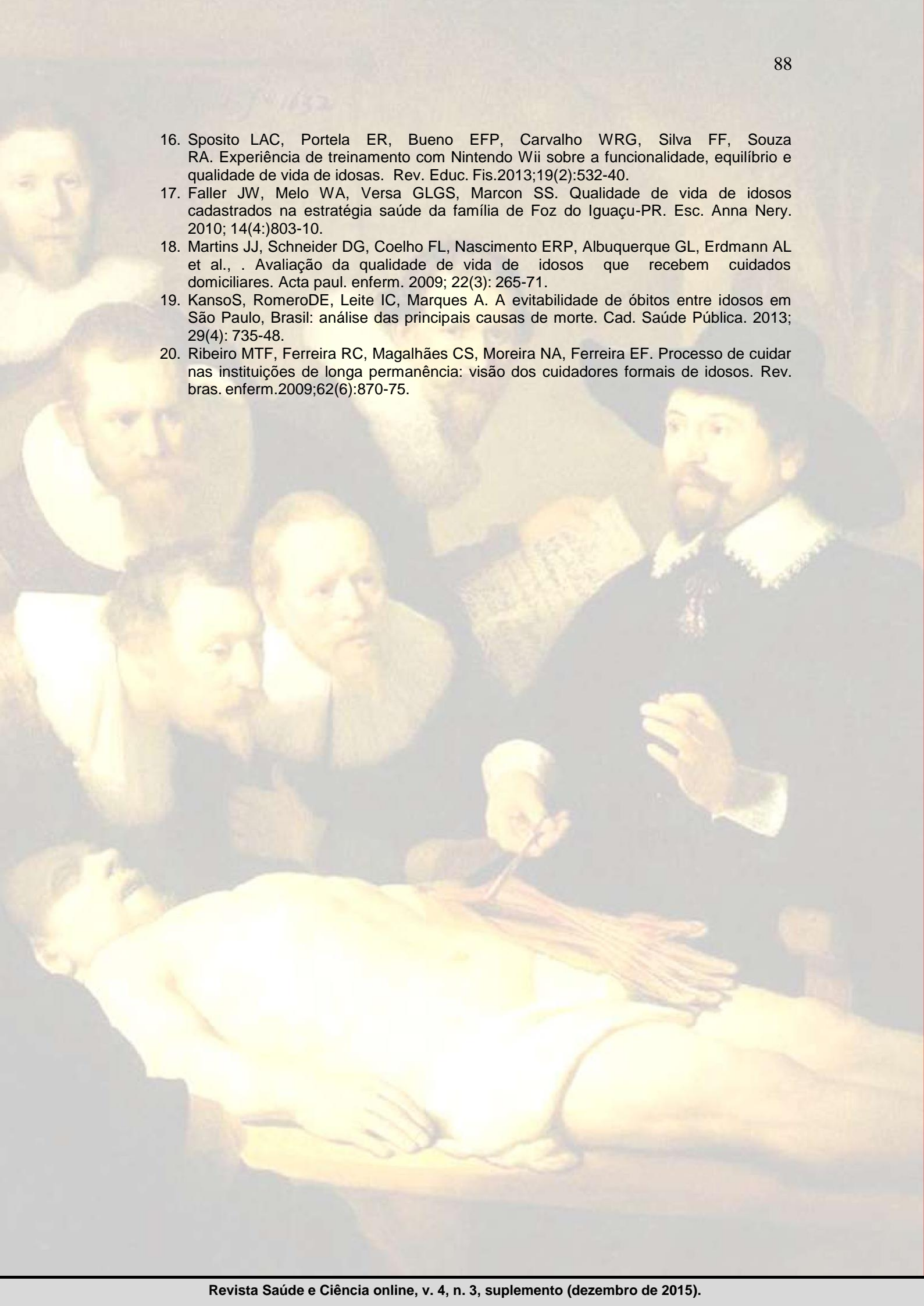
Dessa forma, a elaboração das políticas de saúde direcionadas à população idosa foi relevante para que houvesse o reconhecimento das necessidades deste grupo no cenário nacional. Entretanto, apesar de diversos pressupostos terem sido

estabelecidos, existem obstáculos que precisam ser enfrentados para que, de fato, se possa oferecer uma assistência humanizada aos idosos.

Portanto, a revisão de literatura possibilitou a construção de uma síntese sobre a temática, permitindo-nos observar que existem diversas ações que se baseiam nas diretrizes das políticas de saúde para oferecer uma assistência humanizada aos idosos. Ao mesmo tempo, infere-se que existem grandes desafios a serem vencidos, de maneira que este trabalho direciona o olhar dos profissionais de saúde e gestores públicos para o desenvolvimento de medidas que intensifiquem a aplicação dos pressupostos estabelecidos pelas políticas e, assim, torne-se possível esmerar assistência.

REFERÊNCIAS

1. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saude soc.* 2010;19(4):866-77.
2. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(6):1494-502.
3. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(8): 3403-416.
4. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de Metodologia Científica.* 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>.
6. Mota CS, Reginato V, Gallian DMC. A metodologia da história oral de vida como estratégia humanizadora de aproximação entre cuidador/idoso. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(8): 1681-684.
7. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(3): 548-54.
8. Tannure MC, Alves M, Senna RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(5):817-22.
9. Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA, Borghi AS, Seima MD. O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. *Acta paul. enferm.* 2009; 22(5): 638-44.
10. Maschio MBM, Balbino AP, Souza PFR, Kalinke LP. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3):583-89.
11. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(4):779-86.
12. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saude soc.* 2014; 23(1): 265-76.
13. Carvalho VL. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. *Cad. Saude Colet.* 2014;22(2):184-91.
14. Urbanetto JS, Marco R, Carvalho SM, Creutzberg M, Oliveira KF, Magngo TBS. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. *Rev. bras. Enferm.* 2012; 65(6): 950-54.
15. Cruz HMF, Pimenta CAM, Dellarozza MSG, Braga PE, Lebrão ML, Duarte YAO. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Dor.* 2011; 12 (2): 108-14

- 
16. Sposito LAC, Portela ER, Bueno EFP, Carvalho WRG, Silva FF, Souza RA. Experiência de treinamento com Nintendo Wii sobre a funcionalidade, equilíbrio e qualidade de vida de idosas. *Rev. Educ. Fis.*2013;19(2):532-40.
 17. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc. Anna Nery.* 2010; 14(4):803-10.
 18. Martins JJ, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL et al., . Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta paul. enferm.* 2009; 22(3): 265-71.
 19. KansoS, RomeroDE, Leite IC, Marques A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(4): 735-48.
 20. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira NA, Ferreira EF. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Rev. bras. enferm.*2009;62(6):870-75.

ATIVIDADES LÚDICAS COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Rayane Kelly de Lima Araújo¹, Denise Sousa Moreira¹, Renata Carla Torres Xavier¹, Juliane Berenguer de Souza Peixoto².

1. Graduandas em Enfermagem. União de Ensino Superior de Campina Grande-UNESC.
2. Mestre em Saúde Pública. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Professora do Curso de Enfermagem da União de Ensino Superior de Campina Grande-UNESC.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, nos países desenvolvidos, este processo aconteceu de forma lenta, em uma situação de evolução econômica, redução de desigualdades e melhoria na qualidade de vida (1). Porém é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento populacional vem crescendo de maneira exorbitante. No Brasil o envelhecimento populacional é reflexo da diminuição do crescimento populacional somado as baixas taxas de natalidade e fecundidade. Além disso, os avanços da tecnologia, especialmente na área da saúde, têm contribuído para que os idosos ocupem espaço na sociedade brasileira. Os dados do IBGE (2010) apontam que a população idosa (60 anos ou mais de idade) brasileira passou de 9,1% para 11,3% no período compreendido de 1999 a 2009 (2).

Nessa perspectiva, o aumento da expectativa de vida vem constituindo um desafio por demandar maior atenção da saúde pública, sobretudo com maiores investimentos e gastos, além da necessidade de mudança no modelo clínico-assistencial e formação dos profissionais (3). A saúde é um fator importante em qualquer fase da vida, no entanto, o idoso tem maior predisposição para desenvolver doenças, condição inerente ao envelhecimento do organismo. Espera-se que esse grupo populacional necessite de cuidados específicos de uma equipe multiprofissional e especializada (4).

Uma maneira de garantir essa assistência são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), as quais se baseiam numa nova concepção de sistema organizacional com base numa assistência multiprofissional. No entanto, a imagem negativa dos asilos, construída ao longo da história como uma assistência ao idoso com aspecto de caridade, socorro aos velhos abandonados ainda perdura. Um estudo detectou que os próprios residentes dessas instituições não revelam sua moradia para não serem classificados como “coitadinhos”. Os dirigentes das ILPI atribuem esse estigma a preferência de outras faixas etárias, em detrimento do idoso somado ao medo da sociedade em se envolver e a dificuldade de lidar com o próprio envelhecimento individual e da coletividade (5).

A fragilidade do idoso decorrente do envelhecimento tem contribuído consideravelmente para a ascensão da sua institucionalização (6). A ILPI é um espaço de interações riquíssimas, mas também favorece o aparecimento de fragilidades. A intensidade dessas fragilidades está diretamente relacionada com a afinidade que o idoso institucionalizado desenvolva com sua família, com a equipe multiprofissional, bem como com as atividades oferecidas (7). A institucionalização, devido a segregação, pode levar o idoso a desenvolver sentimentos de isolamento, inatividade física e mental seja decorrente de problemas de saúde ou das regras a ele impostas (7,8).

Sob esse contexto, é imprescindível que a equipe multiprofissional desenvolva atividades lúdicas, terapêuticas e sociais com idosos institucionalizados. As atividades podem compreender desde jogos recreativos, passeios em cidades históricas, comemorações de datas festivas até oficinas de trabalhos manuais e atividades físicas, na tentativa de resgatar a socialização, a integração e a melhoria da qualidade de vida (9).

As atividades lúdicas trazem benefícios psicológicos, sociais, melhoria na autoestima, alivia tensões e medos, torna a vida mais prazerosa, se desenvolvidas com humor, estimula a criatividade e a memória dos idosos. Serve como uma ferramenta para promoção da saúde, quando relacionado em temáticas de educação em saúde e prevenção das incapacidades e dependências, quando apresentado em atividades físicas e intelectuais (10).

Este artigo relata a experiência de discentes em atividade de promoção de saúde, cujo objetivo é descrever os benefícios de uma ação social para idosos institucionalizados.

PERCURSO PERCORRIDO

O presente artigo constitui-se de um relato de experiência de caráter descritivo vivenciada em uma instituição de longa permanência, Lar Sagrada Face, do município de Lagoa Seca (PB), durante o mês de maio de 2014 sob a supervisão da preceptora de estágio e da professora da disciplina de saúde do idoso. O relato de experiência pode ser definido como uma ferramenta com o intuito de descrever uma reflexão sobre um conjunto de ações vivenciadas no cenário profissional de interesse científico (11).

Durante o estágio, os discentes perceberam a necessidade de utilizar o tempo livre dos idosos institucionalizados. Observaram que a ociosidade levava os idosos a apresentarem sentimentos como nervosismo e impaciência. Sendo assim, surgiu a proposta de realizar uma ação social com enfoque em atividade lúdicas. As atividades

foram desenvolvidas pelos discentes e duas professoras do curso de Enfermagem da União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC.

Por se tratar de um artigo que descreve a observação de discentes referente ao desenvolvimento de atividades durante estágio curricular, não foi necessária a submissão e aprovação do comitê de ética em pesquisa, no entanto, as autoras respeitaram os aspectos éticos e legais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O estágio de saúde do idoso ocorreu em uma ILPI com uma proposta inicial de observação da instituição, suas regras e rotinas e o atendimento prestado aos idosos.

Por se tratar de estágio curricular do curso de enfermagem a qual têm suas funções baseada no cuidado, foram realizadas procedimentos de rotina inerentes à profissão, como verificação de sinais vitais e administração de medicamentos.

A observação trouxe algumas inquietações ao grupo de estágio. A ociosidade e a falta de visita dos familiares gerava sofrimento aos idosos institucionalizados. O quadro reduzido de profissionais e as demandas da rotina da instituição levam a um tempo mínimo da equipe de dedicação ao estímulo e companheirismo dispensado aos idosos.

Os idosos que residem em ILPI apresentam carência emocional e por isso necessitam de uma atenção maior da equipe multiprofissional. Nesse sentido é importante o desenvolvimento de atividades que proporcionem a comunicação e o estímulo contínuo evitando que seja realizado de maneira fragmentada. Estudo demonstra que os cuidadores de idosos não apresentam uma formação gerontológica adequada ao desempenho da sua função. A qualidade de vida de idosos institucionalizados perpassa pelo conhecimento, treinamento e planejamento adequado dos seus cuidadores (12).

Os estágios supervisionados têm como objetivo a troca de saberes com o intuito de proporcionar o aprendizado aos discentes, no entanto, no caso específico do estágio de saúde do idoso foi inevitável a proposta de contribuir para a mudança do cenário frágil a fim de levar um pouco de conforto aos idosos. Nessa conjuntura os discentes organizaram uma manhã de atividades lúdicas.

Inicialmente foi realizado o acolhimento religioso, o qual consistiu na leitura e debate de um trecho da bíblia sem direcionamento específico a uma religião, deixando livre o posicionamento do grupo e direcionando a discussão para o bem da coletividade. O acolhimento foi concluído com uma oração em grupo. Em seguida os

idosos foram convidados a participarem de um momento de descontração ao som de músicas da jovem guarda e forro pé de serra. Atividades de jogos (baralho, dominó...) foram oferecidas a fim de propiciar o raciocínio e a interação dos idosos com os discentes. As atividades foram finalizadas com um lanche saudável.

A experiência com os idosos permitiu uma troca de saberes entre gerações. A motivação e o entusiasmo foram vivenciados pelos idosos durante toda a execução da atividade. A mudança da rotina, mesmo que por um curto período, trouxe satisfação aos idosos e garantiu uma maior receptividade com os discentes e com os profissionais que colaboram na instituição. As atividades propostas foram relevantes e as acadêmicas de enfermagem atingiram o objetivo esperado com a ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção histórica dos asilos no Brasil carregam fragilidades e negatividade. O idoso é institucionalizado devido a diversos fatores como: a falta de recursos financeiros, dificuldade de um familiar assumir seu cuidado, abandono familiar e da sociedade. Nessa conjuntura a Universidade deve promover uma formação profissional voltada para um olhar holístico do cuidado a saúde nas várias fases da vida.

O cuidado ao idoso institucionalizado precisa resgatar aspectos emocionais, sociais e a sua autonomia. Para tanto há necessidade de uma equipe multiprofissional, com uma ótica de que o idoso precisa de momentos de entretenimento e lazer para garantir uma assistência à saúde de qualidade. As atividades lúdicas e a comunicação da equipe com o idoso nas ILPI deve fazer parte do cotidiano. É imprescindível um planejamento da equipe multiprofissional visando o bem estar físico e psicológico do idoso, respeitando suas individualidades e limitações.

A atividade desenvolvida pelos discentes possibilitou uma reflexão sobre o envelhecimento e a o amadurecimento pessoal. A troca de experiência e a vinculação da teoria com a prática contribuiu para uma assistência de enfermagem levando em consideração à integralidade do cuidado.

Os idosos demonstraram satisfação, semblantes alegres e um clima de total socialização e contentamento. A inserção de atividades lúdicas no cotidiano de idosos institucionalizados pode influenciar positivamente na sua socialização, sendo importante para promover qualidade de vida e conseqüentemente melhoria da sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Barreto SM, Giatti L. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. Caderno de Saúde Pública; Rio de Janeiro. 2003;19(3):759-771.
2. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro.
3. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência e Saúde Coletiva; Rio de Janeiro, 2007;12(2):363-72.
4. Pestana LC, Espírito Santo FH. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. Rev esc enferm USP . 2008 June.
5. Creutzberg M, Goncalves LHT, Sobottka EA. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2008.
6. Silva MV, Figueiredo MLF. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. Enfermagem em foco. 2012; 3 (1): 22-24
7. Lenart MH. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. Cogitare Enferm. 2006;11(2):117-23.
8. Clos MB. Recusa, conformidade e libertação: considerações sobre o processo de adaptação de idosos em uma instituição de longa permanência para idosos. [dissertação na internet] Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação; 2010
9. Freitas DCCV. Vulnerabilidade e resiliência em idosos institucionalizados. Revista Kairós, São Paulo, Caderno Temático 7, junho 2010.
10. Moura LF, Camargo AT. Atividades educativas como meio de socialização de idosos institucionalizados. Anais Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. 2005.
11. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health. 2012; 1(2): 94-103.
12. Paschoalin HC, Perensim K. A importância da comunicação e do estímulo para a qualidade de vida do idoso. Revista Enfermagem UFJF. Juiz de Fora. Jan./Jun. 2015; 1 (1): 45-53.

LEUCOPLASIA – LESÃO POTENCIALMENTE CANCERIZÁVEL

Vinícius Sampaio Alves de Figueiredo¹, Mariana Gil Gomes Medeiros de Araújo¹, Winilya de Abreu Alves¹, Kallyne Kennya Fernandes Alencar Furtado¹, Cyntia Helena Pereira de Carvalho², Daniel Furtado Silva³, Ana Carolina Lyra de Albuquerque^{2*}.

1. Discentes de Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
2. Docentes do Curso de Odontologia. UFCG. *Correspondência: Avenida Universitária, s/n, Bairro: Santa Terezinha, Patos/PB. E-mail: lina.lyra@gmail.com.
3. Docente do Curso de Odontologia. Faculdades Integradas de Patos (PB) (FIP).

INTRODUÇÃO

Leucoplasia oral é definida como uma placa ou área predominantemente branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como nenhuma outra doença (25) é firmemente aglutinada, não removível à raspagem (20). Pode ter aparência lisa, rugosa ou verrucosa, fazendo dela a lesão mais freqüente da boca(7). É encontrada principalmente em mucosa jugal e comissuras labiais, respectivamente, seguidas por mucosa alveolar, língua, lábio, palato duro, palato mole, assoalho de boca e gengiva(13). A chance de vir a se tornar maligna varia de 0% a 20%, com uma média de 5% (22). A distribuição por sexo varia de acordo com a distribuição diferente do hábito de fumar, embora a proporção seja de 3:1 mais freqüente nos homens do que nas mulheres, e é encontrada em 2,6% da população mundial (4,18).

A etiologia da leucoplasia, segundo estudos, aponta para uma forte associação de fatores à lesão como possíveis agentes causadores o tabaco, diabetes, radiação solar ou até mesmo causa idiopática(21). Atualmente o tabaco é o fator mais claramente associado às lesões leucoplásicas, onde dentre elas 80% tem associação com esse fator, além disso, o risco de desenvolver leucoplasia aparece diretamente relacionado com a quantidade e freqüência desse hábito. Entre 7 e 50% dessas lesões são infectadas por *Candida albicans*(11). Outros fatores podem estar associados como ceratose friccional que são lesões brancas que aparecem em áreas geralmente traumatizadas, como a borda lateral de língua e mucosa jugal(2).

A leucoplasia é a lesão pré-maligna mais comum, onde há evidência de displasia, estima-se que ela esteja presente de 5% a 25% das biópsias(3,14). Estudos utilizando Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) e genotipagem detectaram alguma relação de infecções de HPV em leucoplasias orais(5,16). Leucoplasias displásicas (26,2%)(12) são mais prováveis do que mucosa normal (10% - 13%)(10) de serem infectadas pelo HPV. No entanto, estudos apontam que essas lesões orais pré-cancerígenas têm uma carga viral baixa e que a integração viral ocorre raramente(6) sugerindo que o vírus HPV é passageiro, tendo um pequeno papel na transformação

neoplásica (19). As evidências de que o HPV é um fator etiológico para o aparecimento do carcinoma de células escamosas na região de cabeça e pescoço, tem aumentado, com alto risco para o HPV 16. No entanto, quando os casos são divididos de acordo com a localização, a prevalência do HPV 16 é inferior (13% - 47,5%) no carcinoma de células escamosas da cavidade oral (borda lateral da língua, assoalho da boca, palato mole, gengiva) em comparação com o carcinoma de células escamosas dos tecidos da orofaringe (60% - 100%) que incluem as tonsilas palatinas e o tecido tonsilar na base da língua (1,9, 15, 17).

A definição de leucoplasia é puramente clínica e seu diagnóstico ocorre excluindo outras lesões, que não apresentem características histopatológicas específicas. Dessa forma, o diagnóstico diferencial é muito importante e deve ser feito principalmente com lesões como linquen plano, que são evidenciadas por uma placa branca única e bastante difícil de distinguir da leucoplasia, nesse caso o estudo histopatológico é definitivo (23). Já o nevo branco esponjoso, possui superfície rugosa e, geralmente, afeta a mucosa de forma simétrica, suas manchas, ou placas, são assintomáticas e não há evidências de transformações malignas, podem estar presentes no nascimento ou aparecer com a puberdade. A candidíase oral tem como característica a remoção da lesão durante a raspagem, o que não acontece na leucoplasia. Outras vezes, o diagnóstico é feito pela coloração PAS que irá determinar a presença de hifas no epitélio da lesão. Outro diagnóstico diferencial da leucoplasia é o leucoedema, uma variação normal, onde não se encontra necessário a realização do tratamento, sendo mais prevalente em pacientes negros e está bastante relacionado ao tabagismo. Ao pressionar os tecidos, o leucoedema, desaparece ou torna-se menos visível. As lesões traumáticas como a ceratose focal e o morsicatio buccarum, podem estar também incluídas como diagnóstico diferencial, sendo ambas tratadas removendo-se a causa (7).

Como a leucoplasia oral é uma lesão potencialmente maligna, e como é imprevisível saber se irá progredir para o carcinoma, o ideal é tratar todas e quaisquer lesões (24). Ao se deparar com lesões circunscritas acessíveis, o tratamento de escolha é a excisão cirúrgica. Para múltiplas ou grandes lesões onde o tratamento cirúrgico seria impraticável, podendo resultar em deformidades inaceitáveis ou em deficiências funcionais, o tratamento de escolha é a criocirurgia ou cirurgia a laser. No entanto, independentemente da extensão da lesão ou da opção de tratamento, em até 30% dos casos tratados, haverá recorrências e o tratamento não impedirá a progressão de algumas leucoplasias para carcinoma de células escamosas (8).

Leucoplasia idiopática, leucoplasia não-homogênea, leucoplasia afetando sítios orais de alto risco, leucoplasia mostrando graus moderados ou graves de displasia epitelial e, particularmente, leucoplasias em que uma combinação desses fatores afetam o risco de transformação carcinomatosa, devem ser tratadas de forma agressiva. Quaisquer alterações na cor, textura ou tamanho e aparência de leucoplasias adicionais em novos sítios orais são um aviso prévio sobre a possibilidade de transformação carcinomatosa (10).



Figura 1. Aspecto clínico da lesão antes da biópsia.

Para o procedimento cirúrgico foram solicitados exames complementares, tais como: coagulograma, risco cirúrgico e hemograma e após os resultados foi realizada uma biópsia incisional para o diagnóstico histopatológico da lesão, contendo duas amostras cujo o agente fixador de escolha foi o formol a 10%.

As peças foram encaminhadas para a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e o resultado da análise histopatológica revelou fragmentos de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado hiperqueratinizada, exibindo camada granulosa evidente, espongirose, camadas com degeneração hidrópica e acantose, onde na camada basal observou-se um hiper cromatismo celular, pleomorfismo, nucléolos proeminentes e figuras típicas de mitose. As estruturas adjacentes estavam compostas por tecido conjuntivo fibroso, com densidade variada e um moderado infiltrado inflamatório, predominantemente linfo-plasmocitário. Os vasos sanguíneos da região encontravam-se com calibre variado por vezes congestionados e com extravasamentos de hemácias, tendo como resultado, de acordo com o exame microscópico, a Displasia Epitelial Leve.

Depois do resultado obtido, a paciente retornou à Clínica Escola de Odontologia relatando ter sido diagnosticada, durante o período de avaliação das peças da biopsia, com lesões de HPV na região genital, e recidiva das lesões de Candidíase oral, além de estar em tratamento para Candidíase genital, que foram em seguida tratadas dentro de suas especialidades.

O tratamento de escolha foi a biopsia excisional da lesão e a paciente foi orientada a retornar periodicamente para reavaliação.

DISCUSSÃO

O caso em questão não corrobora a literatura na qual observa-se uma maior prevalência dos casos de leucoplasias em pacientes do gênero masculino usuários de álcool e tabaco (4,21).

Devemos observar que a paciente obteve diagnóstico de lesão de HPV durante o período de acompanhamento clínico, o que poderia corroborar com uma possível relação entre a infecção pelo vírus e o diagnóstico obtido (1, 9, 16,19).

Confirmou-se, após exame histopatológico, o diagnóstico clínico de leucoplasia, e microscópico de displasia, visto que a descrição do histopatológico foi: “revelou fragmentos de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado hiperqueratinizada, exibindo camada granulosa evidente, espongiosa, camadas com degeneração hidrópica e acantose, onde na camada basal observou-se um hiperchromatismo celular, pleomorfismo, nucléolos proeminentes e figuras típicas de mitose. As estruturas adjacentes estavam compostas por tecido conjuntivo fibroso, com densidade variada e um moderado infiltrado inflamatório, predominantemente linfoplasmocitário. Os vasos sanguíneos da região encontravam-se com calibre variado por vezes congestionados e com extravasamentos de hemácias” aspecto semelhante descrito na literatura (13,14).

CONCLUSÃO

Apesar da extrema relevância do laudo histopatológico para se obter o diagnóstico correto de uma lesão, merece importância semelhante o diagnóstico clínico, através de uma boa anamnese e exame físico, objetivando o melhor tratamento ao paciente. Conclui-se que, no caso específico, a paciente possuía um quadro clínico diferente ao epidemiologicamente encontrado, alertando para a necessidade de estudos da relação entre Displasia e a infecção pelo vírus do HPV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen CT, et al. Human papillomavirus and oropharynx cancer: biology, detection and clinical implications. *Laryngoscope* 2010;120: 1756–72. 40.
2. Bagan JV et al., Leucoplasia oral: Estudo clínico patológico de 110 casos. *Maxillofac do arco*. 1993. 9:127-38.
3. Bagan JV et al., "Proliferative verrucous leukoplakia: high incidence of gingival squamous cell carcinoma," *Journal of Oral Pathology and Medicine*. 2003; 32(7): 379–382.
4. Escribano – Bermejo M Y, Bascones – Martinez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Av Odontostomatol*. 2009; 25(2):83-97
5. Evans MF et al. Discrimination of „driver“ and „passenger“ HPV in tonsillar carcinomas by the polymerase chain reaction, chromogenic in situ hybridization, and p16INK4a immunohistochemistry. *Head Neck Pathol* 2011;5:344–8.
6. Feller L, Lemmer J. Oral leukoplakia as it relates to HPV infection: a review. *Int J Dent* 2012;2012:540561.
7. Gabriel JG et al. Considerações gerais e abordagem clínica da leucoplasia oral. *Rev Bras Patol Oral*. 2004;3 (4):187-94.
8. Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J. "Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions," *Oral Oncology*. 2006; 42(5):461–474.
9. Laco J et al. The role of high-risk human papillomavirus infection in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in nonsmoking and non-drinking patients: a clinicopathological and molecular study of 46 cases. *Virchows Arch* 2011;458:179–87.
10. Luo CW, Roan CH, Liu CJ. Human papillomaviruses in oral squamous cell carcinoma and precancerous lesions detected by PCR-based gene-chip array. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007;36:153–8.
11. Martinez-sahuquillo MA. et al. La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. *Av Odontostomatol*. 2008;24(1):33-44.
12. Miller CS, Johnstone, BM. Human papillomavirus as a risk factor for oral squamous cell carcinoma: a meta-analysis, 1982-1997. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001;91:622–35.
13. Neville B W et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004.
14. Neville B W et al. *Oral pathology*. 3rd edition, St Louis: Saunders Elsevier; 2009. p. 362.
15. Nielsen H et al. Human papillomavirus in human premalignant lesions. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1996;32:264–70.
16. Ostwald C et al. Human papillomavirus 6, 11, 16, and 18 in oral carcinomas and benign oral lesions. *Med Microbiol Immunol* 2003; 192:145–8.
17. Partridge M et al. "A case-control study confirms that microsatellite assay can identify patients at risk of developing oral squamous cell carcinoma within a field of cancerization," *Cancer Research*. 2000;60(14): 3893–3898.
18. Petti S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence a systematic review. *Oral Oncol*. 2003;39(08): 770-780.
19. Pringle GA. The Role of Human Papillomavirus in Oral Disease. *Clinical Approaches to Oral Mucosal Disorders*. 2014; 45. Part II:385–399
20. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 390, 1991.
21. Rodrigues TLC, Costa L J, Sampaio MCC, Rodrigues F G, Costa A L L. Leucoplasias bucais: relação clínico – histopatológica. *Pesqui Odontol Bras*. 2000; 14: 357-361.
22. Schepman KP et al. Malignant transformation of oral leukoplakia: a follow-up study of a hospital-based population of 166 patients with oral leukoplakia from The Netherlands. *Oral Oncol*. 1998; 34(4):270-5.
23. Vallejo GPMJ GMJ. Leucoplasia oral. *ATON primário* 2002; 29:39-49.
24. Van Der Wall, I, "Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management," *Oral Oncology*. 2009;45(4-5):317–323.
25. World Health Organization Collaborating Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral pre-cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1978;46(4): 518-539.

O IMPACTO DO PROCESSO DE MORTE E DE MORRER DE UMA PACIENTE DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DISCENTES DE UMA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA.

Edvaldo Ferreira da Silva Júnior^{1}, William de Melo Alves Júnior².*

1. Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). *Endereço: Rua Napoleão Laureano, nº64, Centro, Esperança – PB. E-mail: edvaldo@hotmail.com.
2. Odontólogo. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Mestre em Laser pela Universidade Cruzeiro do Sul.

INTRODUÇÃO

Dissertar sobre a morte, seja em termos abstratos ou físicos, é refletir sobre o que se fez com a vida e sobre os planos para o futuro (1). A morte do outro é uma constante lembrança da própria morte (3,5), evento tão negado pelo inconsciente individual, consistindo na causa da dificuldade humana em fornecer assistência, profissional ou não, psicossocial àqueles queem processo de morte e morrer (1,2,3). Os profissionais de saúde, em especial os de atenção hospitalar, lidam cotidianamente com a morte em suas múltiplas faces, algumas desconhecidas por eles mesmos.

A morte e o morrer são inerentes à existência humana, permeando-a desde à infância até o fim da vida (4,5). As incertezas e imprevisibilidades em lidar com esse binômio impelem o homem a significar tais experiências no intuito de controlar a situação, facilitando a aceitação do fenômeno. A experiência da morte é peculiar a cada grupo humano, variando em significados e condutas quanto aos rituais fúnebres; não importa o quão natural e imutável seja, percebe-se que a morte é uma experiência socialmente aprendida (5), fazendo parte do processo de socialização. Assim, cada indivíduo possui uma representação coletiva da morte, como também uma representação individual, permeada de significações pessoais (2).

Modernamente, o hospital configura-se como o ambiente propício para a morte, já que neste pode-se esconder a morte e os mortos, ocultando-se a figura social do moribundo (4). A institucionalização da morte nos serviços de saúde indica uma modificação nos construtos sociais, nos quais a figura do agonizante é negada, excluindo aquele que vivencia o processo de morte da participação social (5), ficando restrito a uma equipe tecnicamente capacitada para atender as suas demandas orgânicas de medicamentos e intervenções invasivas e a um reduzido número de visitantes / acompanhantes, que podem viver com ele o processo de hospitalização e o de morrer. A morte, na modernidade, passa a ser recalcada ao se comparar com outras épocas históricas (entre as quais a morte era representada por figuras

mitológicas e pelo folclore). Ato semelhante ocorreu com os pacientes psiquiátricos, e hoje se repete com os pacientes oncológicos.

Os profissionais de saúde, cuja formação profissional é pautada na perspectiva curativa, em preservar a vida, ao vivenciar a situação de morte no contexto profissional deparam-se com emoções como frustração, medo, sensação de fracasso terapêutico, culpa entre outras. A literatura traz como principal expoente para esses sentimentos a falta de preparo durante a graduação, resultando no despreparo do profissional para lidar com tais situações, relativamente comuns na prática diária (1, 2, 4).

Coletivamente, certas doenças são associadas a sentenças de morte, dentre as quais se destaca o câncer (2), profissionais que apresentam dificuldade em tratar da morte, geralmente, tendem a evitar assistir pacientes portadores dessas doenças.

O câncer é visto como uma doença irreversível, cheia de significados para o cliente e para a equipe de saúde, dentre as quais está o de morte. O câncer infanto-juvenil, o que atinge indivíduos de 0 a 19 anos, possui características diferentes do câncer no adulto (p.ex., curtos períodos de latência, rápido crescimento, mais agressivos e melhor resposta ao tratamento) e configura-se como a 3^o causa de óbitos em menores de 19 anos no Brasil. A maior incidência é no sexo masculino, sendo as leucemias e os linfomas os tipos de cânceres mais incidentes nessa população (6). Ao se falar da morte de pacientes com câncer pediátrico, somam-se as percepções do que é ser criança e do que é ser adolescente ao de contexto da morte.

Cuidar de crianças e adolescentes representa um desafio às habilidades do profissional por implicar em desenvolver maior sensibilidade em relação aos próprios sentimentos ao lidar com clientes em fase de mudanças e instabilidade emocional. Essa assistência tende a se sustentar numa relação face a face, possibilitando o emergir da intersubjetividade entre o cuidador e a criança e/ou adolescente (7). Quando essa assistência direciona-se ao processo de morte e morrer, nem sempre o profissional possui as estratégias para gerenciar com essa experiência. O morrer na adolescência vai de encontro com a compreensão humana de que os jovens enterrem os idosos, já que tal máxima aparece invertida (7).

Esse estudo teve como objetivo descrever e analisar a vivência do primeiro processo de morte e de morrer de uma cliente por um grupo de discentes de uma extensão universitária que assiste crianças e adolescentes com câncer.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa, segundo as perspectivas de Yin (9), realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro, no mês

de julho de 2014, no contexto intervencionista da extensão universitária “A laserterapia de baixa potência no tratamento e prevenção das complicações bucais em oncologia”. O cenário do estudo configurou-se em dois ambientes distintos: primeiro na internação da oncologia pediátrica, no qual ocorreu o fenômeno estudado, e depois no auditório do HUAC, local em que houve a explanação dos sentimentos e considerações dos integrantes da extensão universitária a respeito do processo vivenciado.

A coleta de dados ocorreu através da observação participante e da análise documental. O método da observação participativa foi escolhido, pois buscou perceber a realidade do grupo de estudantes em relação ao fenômeno estudado, necessitando do ponto de vista de alguém de dentro do próprio grupo. Durante a reunião foi-se feita anotações dos principais pontos elencados pelos integrantes da extensão. Após o encontro, as principais impressões e descrições foram transcritas para um diário de campo, no mesmo dia a fim de que a essência do momento não fosse perdida. Salienta-se que como a equipe desenvolveu uma grande relação paciente-terapeuta com o binômio mãe-filho, obtivemos algumas informações de valia da própria mãe e adolescente que só poderiam ser aqui abordados através da metodologia da observação participativa.

A análise documental consistiu em avaliar as condições clínicas a partir das fichas da extensão e do prontuário da paciente, com intuito de melhor construir o cenário clínico no qual a paciente se encontrava.

O caso foi selecionado por ser o primeiro contato com a morte de um cliente aos cuidados da equipe de estudantes da extensão universitária do referido ano (2014), visto que nas equipes dos anos anteriores também houve perdas de participantes; além disso, alguns discentes presenciaram a notícia da morte da cliente para equipe de Enfermagem e viram-se algumas das reações da genitora frente à notícia. Tais condições sensibilizaram a equipe a ponto de redigi-la para publicação. Salienta-se que a genitora da participante assistida pela equipe de laserterapia assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para a participação das atividades da extensão, permitindo que os dados da filha fossem utilizados em publicações científicas.

O projeto de extensão

A extensão “A laserterapia de baixa potência no tratamento e prevenção das complicações bucais em oncologia”, é um projeto aplicado no HUAC, no setor ambulatorial e de internação da oncologia pediátrica, que visa prevenir e tratar as

complicações bucais quimioinduzidas pela quimioterapia antineoplásica, sendo a mucosite oral a mais frequente das complicações bucais, através da aplicação de laserterapia nos participantes em ciclos quimioterápicos juntamente com atividades educativas. As aplicações de laserterapia ocorreram nos dias úteis da semana, segundo a disponibilidade dos integrantes da extensão, ocorrendo, em geral, pela manhã ou noite.

Quanto aos integrantes da equipe de laserterapia, havia um coordenador da extensão e 09 discentes (04 de Enfermagem, 04 de Odontologia, e 01 de Medicina), totalizando em 10 integrantes da equipe. Antes de qualquer atividade, os acompanhantes legais dos menores de idade, em sua maioria as mães, eram abordados respeito dos objetivos, sendo solicitada a assinatura do TCLE. Este projeto foi submetido à apresentação do Comitê e Ética e Pesquisa, através da Plataforma Brasil, conforme determinação da Comissão Nacional de ética em Pesquisa, sendo aprovado com o número do parecer CEP 347.035/2013. Os dados obtidos no projeto tem finalidade exclusivamente científica, sendo assegurado à privacidade, sigilo e liberdade de participação dos pacientes, podendo estes retirar seu consentimento a qualquer momento sem que haja nenhuma penalidade.

Devido ao campo de atuação da extensão, o público-alvo era exclusivamente pediátrico. Quanto ao sexo, o masculino era o mais presente; quanto à doença oncológica, a leucemia linfóide aguda (LLA) foi a predominantemente atendida.

RESULTADOS

Foi o estudo do caso de M.A.S.C., 13 anos, feminino, com óbito do mês de julho de 2014, portadora de leucemia mielóide aguda (L.M.A.). Teve uma única internação no serviço (3 meses) para receber a administração de quimioterápicos, ficando no serviço devido à intercorrências, como trombocitopenia, leucopenia e pancitopenia; sendo necessário em alguns casos, o isolamento. Quanto à avaliação da cavidade bucal, em poucos momentos desenvolveu mucosites orais, todavia todas as que apresentou foram em graus graves (3-4), sendo necessário a administração de nutrição enteral pré-pilórica; durante esses episódios, a genitora realizava a limpeza da cavidade oral através de gazes umedecidas com água, ainda assim a adolescente apresentava língua saburrosa. Ao exame intraoral verificou-se a presença de áreas com lesões leucoplásicas (figura 1), - aonde foi evitada a aplicação da laserterapia -, e de sialorreia.



Figura 1. Imagem de leucoplasia próximo aos dentes.

No último mês, a adolescente apresentou bastante fadiga, ficando restrita ao leito durante quase todo o período de internação, deslocando-se apenas para eliminações vesicais e evacuações. Não ocorreu a instalação de sonda vesical, de enemas ou circuitos de oxigênio durante a estadia na clínica de oncologia pediátrica. Quanto aos outros sistemas orgânicos, as alterações foram decorrentes da mielossupressão, da anemia recorrente e da neutropenia, entre as alterações temos: bulhas cardíacas hipofonéticas; equimoses e hematomas espalhados pelo corpo; alopecia crescente entre o 2º e 3º mês de internação; febre neutropênica; alterações cognitivas; e relato de dispneia e de dores articulares noturnas pela genitora. M.A.S.C. estava sob cuidados intensivos da equipe de Enfermagem durante toda a internação, ficando mais dependente as últimas semanas, não ficando totalmente devido à atitude pró-ativa da mãe.

Nos relatos de familiares, alguns admitiam que tinham dificuldade em se comunicar com M.A.S.C. pois não conseguiam associar a imagem da jovem a sua frente àquela que conviviam antes da internação. Na véspera do óbito realizou-se última intervenção com a adolescente, a qual se apresentava consciente, colaborativa e pouco comunicativa (figura 2).



Figura 2. Imagem da paciente na véspera do óbito.

Na madrugada do dia do óbito, a jovem foi transferida às pressas para a U.T.I. pediátrica do serviço com insuficiência respiratória. O óbito veio pela manhã. No momento do anúncio da morte à equipe da internação da oncologia pediátrica, uma equipe da extensão, formada por 03 discentes, estava no posto de Enfermagem preparando-se para as aplicações. Com a notícia, ambas as equipes ficaram

cabisbaixas, abatidas e tristes. Não houve comentários durante uns 10 minutos, quando algumas técnicas de Enfermagem saíram para administrar medicamentos. A equipe de laserterapia ainda ficou um tempo a mais para absorver a informação do óbito da paciente que acompanhavam durante 3 meses. Toda a equipe de Enfermagem deixou o posto por um momento para se despedir do corpo da jovem e para dar os “pêsames” à mãe. Quando a equipe de laserterapia saía do HUAC informaram aos demais membros sobre o óbito.

Na reunião do próximo dia, o tema da morte foi mencionado em pauta, e alguns membros falaram sobre o que achavam do ato. Foram verbalizados sentimentos de dor, pesar, de não acreditar no acontecido, de culpa, de despreparo, e de arrependimento por não ter feito mais por ela. Outros afirmavam que não sabiam lidar com a situação, pois não haviam tido experiências anteriores. Nenhum dos membros relatou ter tido algum treinamento anterior sobre como lidar com a morte de pacientes. Percebia-se que mesmo aqueles que não se depararam com a notícia do óbito no posto de Enfermagem compartilhavam as mesmas sensações dos que presenciaram a notícia.

Durante os dias que se passaram, houve troca de nomes de pacientes durante as conversas internas sobre a clínica dos participantes, sendo que o nome de M.A.S.C. era quase sempre dito.

DISCUSSÃO

Percebeu-se que houve consideráveis manifestações de atitudes frente a morte por parte dos membros da extensão universitária, tanto quanto uma reflexão a respeito das limitações profissionais frente ao processo de morte e de morrer.

Quanto às limitações desse estudo, ter-se-ia obtido mais dados para análise se houvesse sido empregada a gravação da reunião, pois toda a interação verbal poderia ser transcrita e analisada sob outras metodologias, aumentando a relevância do estudo e reduzindo o risco de vieses. Ainda assim, o método empregado para a coleta de dados conseguiu absorver o cerne da experiência. As anotações e os registros em diário dos autores foram metodicamente escritos antes de serem apreciados para redigir o presente trabalho. O uso dos dados clínicos obtidos através dos dados do projeto e do prontuário do hospital, reforçaram para que as informações fossem as mais verídicas possíveis.

Os sentimentos despertados na ocorrência da morte de um paciente tendem a ser aqueles de dever não cumprido, impotência, culpa, negação, dor, angústia,

frustração, tristeza, ansiedade, tomando para si, em certos casos, o luto da família (1,4,8,10,11,12,13). A vivência da morte de um paciente suscita angústias, pois nos coloca frente a frente com a incômoda sensação de nossa finitude (13). Diante da concepção transmitida nas academias aos discentes de que o objetivo da assistência em saúde é salvar vidas, estes não conseguem visualizar e valorizar outras perspectivas para o atendimento oferecido (8).

A preparação acadêmica revela-se como grande questão no entendimento das dificuldades no lidar com a morte por estudantes e profissionais. Em estudo com enfermeiras do setor de oncologia de um Hospital Filantrópico do Piauí (2), percebeu-se que as enfermeiras geralmente não estão preparadas emocionalmente para enfrentar a morte nem lidar com seus próprios sentimentos, sentindo dificuldade em assistir os pacientes que podem evoluir para a morte. Tal achado reflete um limite da capacidade profissional, indicando que o estudo do tema poderia melhor preparar os profissionais para a prática. Outro estudo (8) afirma que os profissionais são unânimes em relatar que existem deficiências enfrentadas no decorrer da formação acadêmica, seja nas aulas teóricas, seja nas oportunidades de cuidar e tratar de pacientes considerados terminais em seus estágios obrigatórios. Tal déficit de conhecimento foi afirmado nesse estudo, haja vista que os membros da equipe de laserterapia relataram não ter tido contato com tal temática nos períodos anteriores ao fenômeno.

No tocante aos mecanismos de defesa, um estudo realizado com membros da equipe de Enfermagem de um hospital universitário no Rio de Janeiro (7) demonstrou que alguns profissionais têm dificuldade em aceitar a finitude de adolescentes, pois associam essa faixa etária à vida, liberdade, saúde, projetos e sonhos. Em outra pesquisa (1), mostra-se que profissionais tendem a manter um distanciamento do paciente e de sua família para diminuir a possibilidade de se estabelecer um vínculo afetivo, como se isso pudesse diminuir seu sofrimento no momento em que a morte acomete o paciente. Essa atitude é uma tentativa de evitar o luto, surgido através da perda (2). O sentimento de perda torna-se mais profundo quando se trata de uma criança ou adolescente. Outras formas de defesa relatadas na literatura são a negação e a supervalorização de habilidades técnicas e da burocracia (8). No presente estudo, observou-se a presença da negação da morte da cliente, expressa pela nomeação de outros pacientes com o nome da falecida por alguns dias.

CONCLUSÃO

O espaço para que os membros da extensão universitária socializassem suas preocupações, aflições e medos, foi de grande valia para o grupo, pois permitiu o

apoio mútuo da equipe e o direcionamento para melhorias da assistência da equipe. Após essa paciente, outras vieram a evoluir para o óbito, mas todos os membros já estavam com as bases psicológicas mais maduras do que no primeiro momento.

A partir desse relato, percebe-se a notável necessidade de que as universidades introduzam a temática da Tanatologia (11), ciência multidisciplinar que estuda a morte, nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, abrindo um espaço formal para a discussão do processo de morte e de morrer entre os graduandos. Tal atitude poderá aumentar o impacto positivo da assistência desses futuros profissionais ao paciente moribundo e à sua família. Além das universidades, os próprios serviços de saúde poderiam criar grupos de apoio e fornecer assistência psicológica à equipe que trabalha com pacientes graves.

O serviço de Psicologia deve não só assistir ao paciente que morre e a sua família, mas a toda equipe que vivencia, junto com a família e o doente, o processo de morte e de morrer, sofrendo com a perda e o sofrimento do cliente. Salieta-se que, mesmo que o profissional esteja teoricamente preparado para lidar com a morte, ao se deparar com o fenômeno o mesmo pode sofrer (11); sendo esse sentimento mais intenso ao se referir a crianças ou adolescentes (2). Tal assistência poderia ajudar os membros da equipe a melhor compreender os sentimentos verbalizados no relato.

A adição do setor de cuidados paliativos nos serviços de saúde poderá ser uma solução para reduzir a dor do processo de morrer pelo cliente e sua família, tão como confortar a equipe de que está realizando tudo ao seu alcance para o bem-estar do paciente moribundo ou em risco de morte.

Quanto às ações do projeto de extensão, as observações realizadas durante a reunião foram relevantes para redirecionar as formas de lidar com a relação paciente-terapeuta, aspecto tão relevante para o cuidar dos pacientes oncológicos como a própria compreensão do processo de morte e de morrer.

Vê-se a necessidade de estudos que indiquem soluções para como assistir à equipe que presta cuidados aos pacientes terminais, seja no sentido de verbalizar suas experiências, seja no de melhor adequar a assistência ao paciente terminal. Tal necessidade reflete-se no grande impacto que a morte causa no ser humano, inclusive naquele que é treinado para “salvar vidas”.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que fizeram parte da equipe de laserterapia, do serviço de oncologia pediátrica do HUAC e a todos aqueles que são, e aos que foram, nossos

pacientes por todo carinho, aperseios e companheirismo durante o longo caminhar de 2014.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza e Souza, LP; Ribeiro, JM; Rosa, RB; Gonçalves, RCR; Oliveira e Silva, CS; Barbosa DA. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enfermería Global*. 2013 [acesso em 20 de junho de 2015]; 12(32): 230-237. Disponível: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion4.pdf.
2. Sousa, DM; Soares, EO; Costa, KMS; Pacífico, ALC; Parente, ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm*. 2009 [acesso em 10 de maio de 2015]; 18(1): 41-7. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05>.
3. Kubler-Ross, E. *Sobre a morte e morrer*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
4. Silva Júnior, FJG; Santos, LCS; Moura, PVS; Melo, BMS; Monteiro, CFS. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011 [acesso em 12 de maio de 2015]; 64(6): 1122-6. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a20.pdf>.
5. Elias, N. *A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso em 10 de janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>.
7. Moro, GR; Almeida, IS; Rodrigues, BMRD; Ribeiro, IB. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev Rene*. 2010 [acesso em 20 de junho de 2015]; 11 (1): 48-57. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/346>.
8. Santos, MA; Hormanez, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 [acesso em 10 de maio de 2015]; 18 (9): 2757-2768. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a31.pdf>.
9. Yin, RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
10. Santos, JL; Bueno, SMV. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *Rev Es Enferm USP*. 2011 [acesso em 20 de junho de 2015]; 45(1): 272-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/38.pdf>
11. Mendonça, GA; Souza Júnior, VD; Correio, NLS; Santos, Silva Álvaro. O morrer para graduandos em Enfermagem: a contribuição da Psicologia. *REFACS*. 2013 [acesso em 21 de junho de 2015]; 1 (1): 24-33. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/492>.
12. Mota, MS; Gomes, GC; Coelho, MF; Lunardi Filho, WD; Sousa, LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2011 [acesso em 21 de junho de 2015]; 32(1): 129-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a17v32n1.pdf>.
13. Azevedo, NSG; Rocha, GF; Carvalho, PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação acadêmica de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011 [acesso em 20 de junho de 2015]; 35(1): 37-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a06v35n1.pdf>.

ALÍVIO DA DOR NO PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO: REVISÃO DE LITERATURA

Ariano Brilhante Pegado Suassuna^{1}; Beatriz Marques Santos²; Eduardo Moscoso Gomes³; Denize Nóbrega Pires⁴*

1- Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) *Correspondência: Rua Arquiteto Hermenegildo Di Lásccio, 558. Tambauzinho. João Pessoa – PB. E-mail: arianobps@hotmail.com.

2- Acadêmico de Medicina (UFCG).

3- Acadêmico de Medicina (UFCG).

4- Docente (UFCG).

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças que mais consternam a população mundial por apresentar sinais e sintomas inespecíficos, sendo a dor um dos mais angustiantes e frequentes para o paciente. A dor pode ser causada pelo tumor em si, como também pelo próprio tratamento, em que são utilizados vários procedimentos desconfortáveis, além da ansiedade e apreensão do paciente, inerentes a essa situação. O câncer pediátrico apresenta uma porcentagem relativamente pequena quando comparada à população em geral, de 0,5% a 3% (1). Entretanto, esse número ainda é relevante, considerando que 58,2% dos casos registrados de neoplasias no ano de 2012 resultaram em mortes. No Brasil, segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), observou-se que o câncer infantil varia de 1% a 4,6%, sendo a segunda maior causa de morte proporcional. A dor, portanto, é um empecilho corriqueiro para várias crianças, sendo necessário o enfoque do seu abrandamento para melhores resultados futuros, mediante os avanços de estudos para tais fins.

Além da dor causada pelo tumor propriamente dito, esses pacientes são submetidos a protocolos de tratamento em que procedimentos potencialmente dolorosos estão inseridos com finalidades diagnóstica e terapêutica. Além disso, práticas empíricas de avaliação geralmente levam à não valorização da dor na criança, resultando no seu subtratamento. O reconhecimento da dor a partir das escalas de avaliação, o conhecimento técnico-científico acerca da fisiopatologia dela e do arsenal terapêutico disponível, a sensibilidade para o problema e a mudança de comportamento no sentido de uma abordagem multidisciplinar são de suma importância para minimizar o sofrimento enfrentado por esses pacientes (2).

O apoio é fornecido ao paciente oncopediátrico no intuito de aliviar o sofrimento, seja no manejo da dor e dos sintomas associados, de modo a controlá-los, além do suporte emocional e psicossocial. É fundamental que a criança, dentro das limitações que o curso da doença impõe, possa gozar de bem-estar imprescindível à sua rotina.

Entretanto, o Brasil ainda não possui uma estrutura que possa ser compatível com a demanda e necessidades dos cuidados paliativos oncológicos (3).

O sucesso no alívio da dor consiste na obtenção de uma avaliação multidisciplinar almejando um tratamento específico para cada criança. Embora não seja perfeita, a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde serve como norte para o tratamento desses pacientes, contribuindo para o alívio da dor oncológica em todo o mundo. A fim de obter a máxima eficiência no tratamento, terapias combinadas (farmacológicas e não farmacológicas) devem ser utilizadas, com o objetivo de minimizar a dor e os efeitos adversos do tratamento (2).

O objetivo dessa revisão de literatura é explorar, nos dados disponíveis, técnicas e fármacos, utilizados tanto na medicina contemporânea quanto em grupos multidisciplinares, para a suavização da dor do paciente oncopediátrico e dos seus familiares.

METODOLOGIA

Para a realização do estudo, buscaram-se artigos indexados disponíveis nas bases eletrônicas National Library Of Medicine - PubMed (MEDLINE) e nos dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), publicados nos últimos 5 anos (2009 a 2014), utilizando-se os seguintes descritores: criança, oncologia e dor.

Para limitar os estudos, foram tomados como critérios os textos que levassem em conta a aplicação infantil do tratamento da dor em casos oncológicos, qualquer texto que não apresentava ao menos um desses aspectos foi excluído.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Para a Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), a dor é tida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. Relacionada ao câncer, a fonte pode ser um tumor primário, metástases, aos métodos de investigação e à própria terapia da doença. A dor do câncer é descrita como “dor total”, pois é um acometimento em que, além do reconhecimento de estímulos nocivos, há a influência de aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais na origem e na expressão da queixa (4).

A assistência à dor em crianças com câncer mostra-se um desafio, devido aos entraves em sua avaliação, como a falta de expressão verbal. Essa dificuldade levou à elaboração de inúmeras escalas e escores para que a dor fosse avaliada de maneira

específica para crianças de diferentes idades e fases de desenvolvimento (desde neonatos até crianças com idade mais avançada). Os instrumentos dessa mensuração devem se adaptar ao nível cognitivo de cada fase de vida dos pacientes (5).

Nesse aspecto, alguns pontos devem ser destacados: a queixa de dor dita pela criança é o melhor indicador; mudanças do comportamento como choro, irritabilidade, isolamento social, distúrbios do sono e da alimentação são indicativos; a idade menor não significa menos sensibilidade aos estímulos dolorosos; a observação das mudanças comportamentais e de variações fisiológicas (frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial) são indicadores potenciais da dor sentida; a intensidade da dor está relacionada a outras causas indeterminadas que devem ser pesquisadas (6).

A respeito de bebês, que ainda não verbalizam, a avaliação deve ser realizada indiretamente, pelo acompanhamento de aspectos fisiológicos (frequência cardíaca, pressão arterial, saturação da hemoglobina) e comportamentais (postura, choro e mímica). Crianças a partir dos três anos de idade são capazes de descrever razoavelmente a dor, o que permite lançar mão do padrão entre os métodos de avaliação da dor, o autorrelato, ficando então as escalas comportamentais associadas a parâmetros fisiológicos reservados aos recém-nascidos, lactentes, crianças com déficits cognitivos e aquelas intubadas em unidades de terapia intensiva (2).

Uma escala que recebeu destaque para crianças que ainda não foram alfabetizadas ou não possuem saber aritmético é a escala de faces, idealizada por Wong Baker em 1988. Ela consiste em seis imagens de faces com variação de expressões. Essa escala foi validada para uso em crianças maiores de três anos e é considerada prática e de fácil aplicação (2).

Um número maior de crianças em regime de internação (80%) relata apresentar dor, sendo metade dos casos classificada como dor intensa, se comparado com os pacientes em regime ambulatorial. Estima-se ainda que essa dor pode estar mais relacionada à terapia (78% a 94%) do que propriamente a patologia em si (13% a 29%). Diante da complexidade multifatorial que é a dor relacionada ao câncer, alguns autores propõem uma classificação que a divide em: nociceptiva, neuropática e psicogênica. Apesar de não haver um consenso na classificação da fisiopatologia, a sistematização serve para direcionar os variados tipos de tratamentos.

Para pacientes oncológicos, a dor é característica por ser contínua e em progressão, levando a uma situação extrema de exaustão física e mental. Após a

avaliação da fisiopatologia da dor, deve ser elaborado um esquema terapêutico a fim de amenizar o desconforto do paciente.

A dor é tratada, a priori, com métodos como radioterapia e quimioterapia, atuando diretamente no tumor do paciente ou com fármacos analgésicos de bloqueio nos sistemas de condução de dor. Porém, hoje já existem várias hipóteses de uma variedade de técnicas que podem ser combinadas aos tratamentos convencionais (6).

Sobre as medidas farmacológicas, a OMS propõe uma escada analgésica. Esta se inicia com analgésicos comuns (dipirona, paracetamol e anti-inflamatórios não-esteroides) e, com o aumento da intensidade, é associado a opioides fracos (codeína) ou de alta potência (morfina). Além disso, existem analgésicos adjuvantes, como antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, alfa-2-agonistas e outros medicamentos utilizados em crianças desde que a terapêutica seja dose-dependente (5). Outro analgésico utilizado é o óxido nítrico, que possui uma atuação apropriada à maioria dos pacientes. A escolha deve recair sempre na técnica mais simples e efetiva, não esquecendo que neonatos exigem cuidados especiais em relação às técnicas e doses de anestésicos locais.

As medidas não farmacológicas se enquadram na medicina alternativa complementar (MAC). Esse tipo de terapia pode atuar não apenas na dor causada pelo tumor, como também diminuindo os efeitos colaterais indesejáveis causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer. Entre a enorme gama de tratamentos, a massagem terapêutica mostra-se bastante eficaz, pois não é invasiva e limita danos, como a imunossupressão, sendo esta técnica a mais utilizada. Pesquisas envolvendo crianças com leucemia e pacientes submetidos ao transplante de medula óssea revelaram que o tratamento com massagem possui a capacidade de diminuir a ansiedade e o desconforto nos pacientes (2).

A musicoterapia atua como ansiolítico, diminuindo os níveis de cortisol e elevando a ocitocina, além de ser uma distração para o paciente durante os procedimentos invasivos e dolorosos. Estudos mostram que a hipnose atenua o sofrimento, porém, essa é uma área que ainda necessita de mais pesquisas para aprofundar o conhecimento e verificar sua real contribuição no tratamento. Outro método é a acupuntura, responsável pela liberação de neurotransmissores, tais como endorfinas, encefalinas e serotoninas, regulação do sistema nervoso autônomo e do aumento do fluxo sanguíneo pela produção de óxido nítrico, diminuindo, entre outros efeitos colaterais, a náusea e vômitos (2).

CONCLUSÃO

Ainda há muito para ser incorporado às técnicas de alívio de dor para crianças com câncer, devido a toda complexidade da sintomatologia, do diagnóstico e cuidado especial com o paciente infantil. Todavia, a partir do exposto, infere-se que o ambiente hostil das clínicas e hospitais, assim como as intervenções terapêuticas, têm hoje condições de oferecer às crianças um conforto maior em busca de uma recuperação de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 -INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer na criança e no adolescente no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- 2 - ARAÚJO, Claudirene Milagres; OLIVEIRA, Benigna Maria de; SILVA, Yerkes Pereira e. Avaliação e tratamento da dor em oncologia pediátrica. Rev Med Minas Gerais, Belo Horizonte, Mg, v. 22, n. 7, p.22-31, dez. 2012.
- 3 - MUTTI, Cintia Flores; PAULA, Cristiane Cardoso de; SOUTO, Marise Dutra. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia, [Rio de Janeiro], v. 56, n. 1, p.71-83, 2010.
- 4 - MORETE, Marcia Carla; MINSON, Fabíola Peixoto. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. Revista Dor, São Paulo, SP, v. 11, n. 1, p. 74-80, 2010.
- 5 - MENEZES, Miriam Seligman Tratamento da dor em pediatria. In: ALVAREZ, M. Medicina perioperatória. Santa Maria: UFSM. cap. 138, p.1201-1203
- 6 – TORRITESI, Patrícia; VENDRÚSCULO, Dulce Maria da Silva. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, v. 6, n. 4, p.49-55, 1998.