

Aspectos clínicos e epidemiológicos dos tumores de pele: proposta de ações preventivas e educativas de enfermagem

Clinical and epidemiological aspects of skin tumors: proposal for preventive and educational nursing actions

Andreza de Fatima Ribeiro Bianco¹, Livia Keismanas de Ávila¹

Resumo

Introdução: O câncer não melanoma abrange os tumores basocelular e espinocelular que possuem como principal fator de risco a exposição solar. O câncer do tipo melanoma é o mais raro e o mais violento, e está relacionado a histórico pessoal e/ou familiar de alterações celulares em pele. Considerando a presença de fatores de risco associados ao aparecimento dos diferentes tipos de câncer de pele, e o potencial de atuação dos enfermeiros na promoção da saúde e prevenção desta patologia na população, pergunta-se os enfermeiros estão atentos sobre a problemática da incidência e prevalência do câncer de pele na população brasileira? **Objetivos:** Caracterizar os aspectos clínicos e epidemiológicos dos tumores de pele em pacientes atendidos entre abril e junho de 2016 em um hospital do município de São Paulo e propor ações de promoção e prevenção em populações suscetíveis a tumores de pele. **Método:** Estudo analítico, transversal, retrospectivo, quantitativo, realizado no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho, a partir da análise dos prontuários com diagnóstico de tumor de pele em abril de 2016 a junho de 2016. **Resultados:** Foram analisados 31 prontuários. O câncer de pele não melanoma apresentou maior incidência em homens (64,5%), brancos (42,0%). 9,7% dos pacientes completaram o ensino médio e 6,5% eram analfabetos. A maior incidência ocorreu entre 60 e 69 anos (38,7%). 77,4% dos pacientes tiveram o câncer de pele em cabeça, pescoço e lesões espinocelular (54,8%). Referente ao comprometimento físico relacionado a patologia/tratamento o enxerto esteve presente em 15,35% da amostra, a semelhança do fechamento do orifício nasal em 15,35%. Considerando a atuação da enfermagem na prevenção e promoção a saúde, o desenvolvimento de estrat-

tégias como grupos de apoio aos pacientes que sofreram câncer de pele; inclusão de equipamentos e/ou materiais que diminuem a exposição solar e folhetos com imagens de lesões de pele e indicação dos serviços de referência representariam alternativas para contribuir na redução da incidência e prevalência desta patologia na população.

Conclusão: Ao observar os aspectos clínicos, como o local e o tipo da lesão, o tratamento, e relacionar com os aspectos epidemiológicos, como o tipo de trabalho, o sexo e a idade, os dados evidenciam a importância do desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde, para ampliar as oportunidades de acesso às informações e promover uma melhor condição de vida.

Palavras chave: Educação em Saúde, Neoplasias cutâneas, Neoplasias de anexos e de apêndices cutâneos, Epidemiologia

Abstract

Introduction: Non-melanoma cancer includes basal and squamous cell tumors that have sun exposure as the main risk factor. Cancer of the melanoma type is the rarest and most violent, and is related to a personal and/or family history of cellular changes in the skin. Considering the presence of risk factors associated with the appearance the different types of skin cancer, and the potential of nurses to act in promoting health and preventing this pathology in the population, nurses are aware of the problem of incidence and prevalence of skin cancer in the Brazilian population?

Objectives: To characterize the clinical and epidemiological aspects of skin tumors in patients seen between April and June 2016 in a hospital in the city of São Paulo and to propose actions for promotion and prevention in populations susceptible to skin tumors. **Method:** Analytical, cross-sectional, retrospective, quantitative study, carried out at the Cancer Institute Doctor Arnaldo Vieira de Carvalho, based on the analysis of medical records with a diagnosis of skin tumor in April 2016 to June 2016. **Results:** Were analyzed 31 medical records. Non-melanoma skin cancer had a higher incidence in white (42,0%) men (64,5%). 9,7% of patients completed high school and 6,5% were illiterate. The highest incidence occurred between 60 and 69 years

1. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP – Brasil

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP - Brasil

Endereço para correspondência: Andreza de Fatima Ribeiro Bianco. Alameda Itu, n° 282 – Cerqueira César – 01421-000 - São Paulo – SP – Brasil. E-mail: andreza.bianco@uol.com.br

(38.7%). 77.4% of patients had skin cancer on the head, neck and squamous cell lesions (54.8%). Regarding physical impairment related to pathology / treatment the graft was present in 15.35% of the sample, similar to the closing of the nasal orifice in 15.35%. Considering the role of nursing in the prevention and promotion of health, the development of strategies as support groups for patients who have suffered skin cancer; inclusion of equipment and / or materials that reduce sun exposure and leaflets with images of skin lesions and indication of reference services would represent alternatives to contribute to reducing the incidence and prevalence of this pathology in the population. **Conclusion:** When observing the clinical aspects, such as the location and type of the lesion, the treatment, and relating it to the epidemiological aspects, such as the type of work, sex and age, the data show the importance of developing prevention strategies and health promotion, to expand opportunities for access to information and promote better living conditions.

Keywords: Health education, Skin neoplasms, Adnexal and skin appendage neoplasms, Epidemiology

Introdução

O desenvolvimento do câncer ocorre quando as células sofrem mutações que podem provocar danos em um ou mais genes. A memória celular, determinada pelos genes e segmentos de DNA, controla a atividade da célula. Uma vez danificada, a célula pode iniciar um processo de divisão desorganizada produzindo células cancerosas, assim desenvolvendo o câncer⁽¹⁾.

Os cânceres de pele podem ser de dois tipos: não melanoma e melanoma. O câncer não melanoma abrange os tumores basocelular e espinocelular (epidermóide)⁽²⁾.

O tumor basocelular representa importante demanda e custo ao Sistema de Saúde⁽³⁾. O fator de risco do tumor basocelular está diretamente ligado à exposição solar (90% das lesões); o grupo de risco predominante são indivíduos adultos, de pele branca, com idade acima de 40 anos⁽¹⁾.

O câncer de pele espinocelular (epidermóide) é um tumor maligno que resulta da exposição solar cumulativa durante toda a vida, além disso, os fatores de risco relacionados também podem ser tabagismo; alterações no sistema imunológico; exposição a substâncias químicas; entre outros⁽¹⁾. Este acaba se tornando o segundo mais nocivo dentre os cânceres não-melanoma e pode desenvolver o processo de metástase. Dentre as formas de tratamento tem-se a realização de cirurgias e radioterapia⁽³⁾.

O melanoma é o mais raro dos cânceres de pele, e o mais violento dos três subtipos, já que é muito comum ocorrer metástase. Ele se desenvolve na derme, onde ficam os melanócitos, células que produzem a

melanina. Os fatores de risco para esse câncer são histórico pessoal ou familiar de melanoma, exposição esporádica e intensa ao sol com consequente queimadura solar em mais de um episódio. Pode surgir na pele a partir de um nevo melanócito prévio (20% a 30%), ou na pele ausente de nevos melanócito prévio, porém está relacionado a pele sensível à exposição solar, que se queimam com facilidade e com múltiplas sardas (80%)⁽¹⁾.

Quando o melanoma surge numa lesão pigmentada já existente, ocorre alteração na lesão, como: mudança de tamanho, cor, assimetria das bordas, sangramentos periódicos entre outras alterações⁽⁴⁾. Tendo uma estimativa no Brasil de: 8.450, sendo 4.200 homens e 4.250 mulheres⁽⁵⁾.

Objetivos

Caracterizar os aspectos clínicos e epidemiológicos dos tumores de pele em pacientes atendidos entre abril e junho de 2016 em um hospital do município de São Paulo.

Material e Métodos

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo analítico, transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, pois utiliza variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega, em sua maioria, técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los.

A população do estudo foi composta por pacientes diagnosticados com tumor de pele (basocelular, espinocelular ou melanoma) atendidos no período de abril de 2016 a junho de 2016 no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho, município de São Paulo.

Foram incluídos no estudo os registros de todos os pacientes diagnosticados com tumor de pele, pertencentes a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Primeira Edição (CID-10): C43 (Melanoma maligno da pele), C44 (Outras neoplasias malignas de pele), D03 (Melanoma *in situ*) e D04 (Carcinoma *in situ* da pele), independentemente do seu estadiamento, e que realizaram tratamento na instituição, dentro do intervalo temporal previamente estabelecido⁽⁶⁾.

Neste estudo foram coletadas as seguintes variáveis: sexo, estado civil, raça, idade, data da internação, data de óbito (quando ocorrido), nível de escolaridade, profissão, estado e cidade de procedência, tipo de neoplasia, tipo de diagnóstico (principal ou secundário), estadiamento da neoplasia, tipo de procedimento terapêutico que foi realizado, encaminhamentos realizados a outros serviços ou especialidades e desenvolvimento de comprometimento físico.

Os dados foram coletados por meio das informações registradas nos prontuários de atendimento, material este arquivado no Serviço de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) da Instituição, utilizando-se um formulário específico elaborado pela pesquisadora.

Os dados dos formulários preenchidos foram transferidos para um banco de dados do programa Microsoft Excel® e analisados pela estatística descritiva.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo CAAE nº 56071216.5.0000.5479.

Resultados

A amostra foi constituída por 31 prontuários de pacientes, destes 64,5% eram homens; a idade dos pacientes variou entre 50 e 99 anos, sendo 3,2% entre 40 a 49 anos; 19,4% entre 50 a 59 anos; 38,7% entre 60 a 69 anos; 19,4% entre 70 a 79 anos; 16,1% entre 80 a 89 anos e 3,2% entre 90 a 99 anos. Em relação a raça/cor tem-se 42,0% brancos; 16,0% parda e 42,0% prontuários não continham esta informação, conforme Tabela 1.

Em relação a procedência dos usuários ao serviço de saúde especializado, tem-se que 35,5% eram de São Paulo; 9,7% do Paraná; 3,2% de Santa Catarina; 3,2% de Minas Gerais e 48,4% não continham a informação no prontuário.

Sobre a escolaridade, verificou-se que mais da metade dos prontuários não apresentavam esta informação (58,0%) e, dos que foi possível coletar o dado, 9,7% possuíam ensino médio completo; 25,8% o ensino fundamental incompleto; e 6,5% dos pacientes eram analfabetos, conforme Tabela 1.

Em relação a ocupação/profissão, verificou-se que 12,9% dos pacientes eram aposentados e dos que ainda exerciam atividade profissional à época do diagnóstico e tratamento da doença, 10,0% eram motoristas; 6,5% recepcionista e, as outras profissões/ocupações (roceiro, comerciante, ajudante, caminhoneiro, marceneiro, agricultor, babá, empresário, gerente financeiro, autônomo, pedreiro, escavador, dona de casa, costureira e lavadeira) aparecem com 3,2% cada, conforme Tabela 2.

Em relação aos aspectos clínicos da doença, observou-se que o tipo de câncer de pele mais prevalente foi o espinocelular em 54,8% dos pacientes, seguido do basocelular (38,8%). Em apenas um prontuário foi identificada melanoma e neoplasia indiferenciada, sem especificação do tipo de célula (Figura 1).

Em relação a região anatômica de aparecimento da lesão observamos que 77,4% dos pacientes apresentaram câncer de pele em cabeça/pescoço, 9,8% em membros superiores e, tórax/abdome, dorso, membros inferiores e vulva 3,2% cada, conforme Figura 2.

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos pacientes pesquisados em abril a junho de 2016 no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho. São Paulo, 2016.

Dados sociodemográficos	%
Escolaridade	
Analfabeto	6,5
Fundamental incompleto	25,8
Médio completo	9,7
Não informado	58,0
Total	100,0
Sexo	
Masculino	64,5
Feminino	35,5
Total	100,0
Idade (anos)	
40 a 49	3,2
50 a 59	19,4
60 a 69	38,7
70 a 79	19,4
80 a 89	16,1
90 a 99	3,2
Total	100,0
Cor/raça	
Branca	42,0
Parda	16,0
Não informado	42,0
Total	100,0

Quanto à classificação clínica da lesão, 64,5% apresentaram lesões únicas, 22,6% múltiplas e em 12,9% prontuários não havia registro dessa informação; em relação ao tipo de diagnóstico, 61,3% o diagnóstico foi principal, 32,3% secundária/recidiva e 6,4% não foram informados, conforme Tabela 3.

Dos 31 pacientes incluídos no estudo, o tratamento mais indicado para o câncer identificado foi a cirurgia em 58% dos prontuários, seguido da radioterapia (25,8%) e quimioterapia (6,5%). Outros tratamentos foram mencionados em 6,5% dos prontuários, 3,2% não continham esta informação, conforme mostra a Tabela 3.

A doença ou seu tratamento causou em 41,9% dos pacientes algum tipo de comprometimento, dentre eles: enxerto, deiscência periauricular; fechamento do orifício nasal; prótese torácica; traqueostomia fixa; amputação de metacarpo; dificuldade para fechar os olhos; perda de osso temporal, occipital, orelha e mastóide; dificuldade de comunicação e alimentação

Tabela 2

Dados sobre as profissões e ocupações dos pacientes pesquisados de abril a junho de 2016 no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho. São Paulo, 2016.

Profissão/ocupação	%
Não informado	22,6
Aposentado	12,9
Motorista	10,0
Recepcionista	6,5
Ajudante	3,2
Comerciante	3,2
Babá	3,2
Empresário	3,2
Do lar	3,2
Agricultor	3,2
Costureira	3,2
Pedreiro	3,2
Gerente financeiro	3,2
Autônomo	3,2
Caminhoneiro	3,2
Marceneiro	3,2
Escavador	3,2
Lavadeira	3,2
Roceiro	3,2
Total	100,0

e diminuição de acuidade visual, conforme tabela a seguir.

Discussão

A partir da análise dos resultados identificamos que, o câncer de pele não melanoma tem maior incidência em homens (64,5%), brancos (42,0%). Além disso, nota-se que a escolaridade é uma informação pouco valorizada na admissão do paciente já que 58,0% dos prontuários não apresentava este dado.

A escolaridade é considerada informação importante para o desenvolvimento de estratégias de educação na promoção da saúde e prevenção de doenças. A educação e a saúde são áreas que se influenciam mutuamente⁽⁷⁾.

O relatório da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde de 2008, relata que a distribuição de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não-transmissíveis recebem influência do nível de escolaridade dos indivíduos. Fatores de risco como tabagismo, consumo de carne com excesso de gordura e obesidade são mais frequentes na população com menor escolaridade⁽⁸⁾.

Ao observarmos os resultados referentes ao tipo de profissão/ocupação dos pacientes pesquisados, identificamos ocupações realizadas em maior exposição solar, como motorista, roceiro, pedreiro, caminhoneiro e agricultor⁽²⁾.

Sabe-se que a exposição solar se constitui principal fator de risco para o desenvolvimento de tumores de pele e que, desta forma ocupações relacionadas ao trabalho ao ar livre em situações de precarização e com pouco ou nenhum acesso à recursos materiais, em especial aos que se destinam a proteção da radiação solar, se apresentam em maior risco ergonômico⁽⁹⁾.

As informações referentes ao local anatômico de

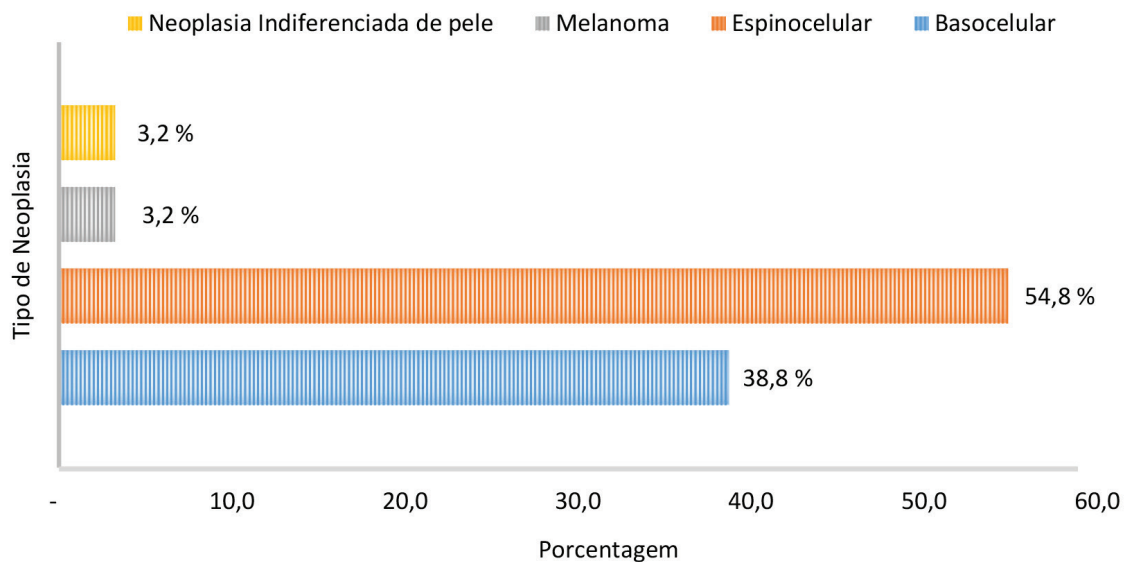


Figura 1. Distribuição dos participantes do estudo em relação aos tipos de neoplasias identificados nos prontuários pesquisados entre abril e junho de 2016 no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho. São Paulo, 2016.

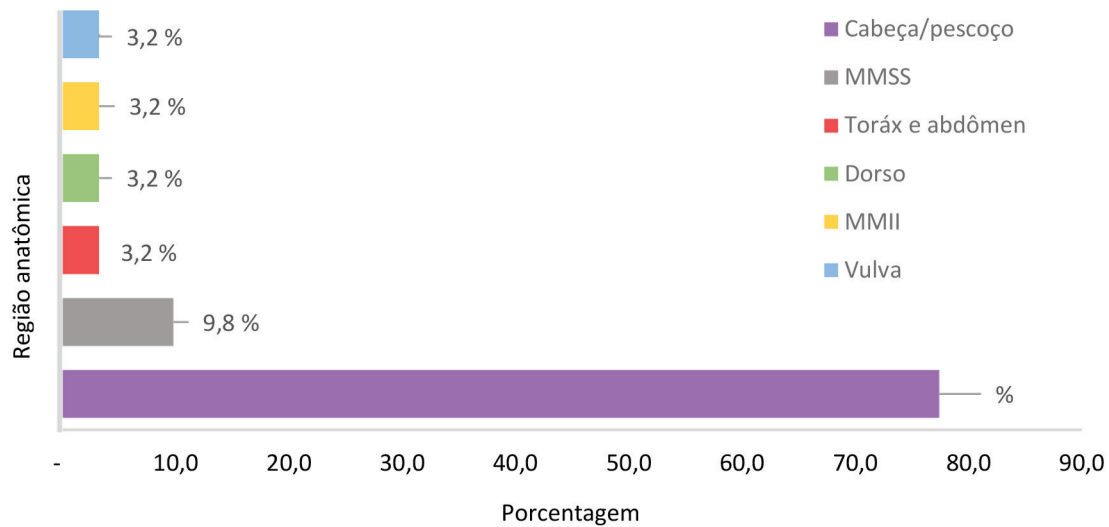


Figura 2. Distribuição dos participantes do estudo em relação a região anatômica de aparecimento da lesão de pele identificadas nos prontuários pesquisados entre abril e junho de 2016 no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho. São Paulo, 2016.

Tabela 3

Dados clínicos dos pacientes pesquisados de abril a junho de 2016 no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho. São Paulo, 2016.

Dados clínicos dos pacientes	%
Diagnóstico	
Principal	61,3
Secundário/recidiva	32,3
Não informado	6,4
Total	100,0
Classificação	
Única	64,5
Múltiplas	22,6
Não informado	12,9
Total	100,0
Tratamento	
Cirúrgico	58,0
Radioterapia	25,8
Quimioterapia	6,5
Outro	6,5
Não informado	3,2
Total	100,0

aparecimento do câncer evidenciam um significativo número de paciente (77,4%) com câncer de pele em cabeça e pescoço e maior frequência de lesões espinocelular (54,8%). Esta informação reforça os achados bibliográficos em que cerca de 90,0% dos casos de câncer de pele em local anatômico de cabeça e pescoço são de câncer espinocelular⁽¹⁰⁾.

De acordo com Alvarenga (2008)⁽¹⁰⁾: “Casos de câncer de pele não melanoma frequentemente não levam a óbito, pois a chance de metástases é rara, variando nos

Tabela 4

Comprometimento físico da patologia/tratamento dos pacientes pesquisados de abril a junho de 2016 no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho. São Paulo, 2016.

Comprometimento físico da patologia/tratamento	%
Enxerto	15,35
Fechamento do orifício nasal	15,35
Deiscência periauricular	7,7
Prótese torácica	7,7
Traqueostomia fixa	7,7
Estético em face	7,7
Amputação de 2º quadrante D e terço distal de metacarpo	7,7
Dificuldade para fechar os olhos	7,7
Perda de osso temporal, occipital, orelha D e mastóide D	7,7
Dificuldade de comunicação e alimentação	7,7
Diminuição de acuidade visual	7,7
Total	100,0

câncer basocelular de 0,028% e câncer espinocelular em 0,5% a 3% dos casos. Entretanto, quando atingem áreas da face como periocular, cavidade nasal e orelha, podem causar disfunção do órgão afetado e produzir deformidades, sendo necessárias cirurgias plásticas reparadoras para reverter o dano causado”.

A citação acima confirma os resultados referentes ao comprometimento físico relacionado à patologia/tratamento em 41,9% dos pacientes, como: enxerto, deiscência periauricular; fechamento do orifício nasal; perda de osso temporal, occipital, orelha e mastóide.

Percebe-se a maior incidência do câncer de pele em

peças acima da quinta década de vida - 19,4% entre 50 a 59 anos; 38,7% entre 60 a 69 anos; 19,4% entre 70 a 79 anos; 16,1% entre 80 a 89 anos e 3,2% entre 90 a 99 anos. O aparecimento dos tumores de pele no envelhecimento está associado à menor possibilidade do organismo do idoso a reparar os danos ao DNA causados pela exposição à radiação ultravioleta, além disso há uma diminuição da função dos melanócitos o que aumenta a penetração do raio ultravioleta B (UVB)⁽¹¹⁾.

A partir da identificação de condições que se apresentam de maneira mais frequente entre os pacientes com câncer de pele e, considerando a atuação da enfermagem na prevenção de doenças e também na promoção da saúde dos indivíduos, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que possam contribuir para a redução da prevalência e incidência desta doença na população.

Com este intuito, propomos a organização e desenvolvimento de grupos de apoio aos pacientes que sofreram câncer de pele, e que, devido suas condições de vida e trabalho possam apresentar maior suscetibilidade à doença, pois assim, haverá uma orientação direcionada, contribuindo para a prevenção de futuras lesões, bem como a promoção de hábitos/comportamentos de vida saudáveis⁽¹²⁾.

Podemos ainda estabelecer uma possível relação da exposição solar com o tipo de atividade profissional desenvolvida, a partir disto, outra proposta de atuação da enfermagem, desta vez no âmbito da atenção primária ou no trabalho, pode ser envolver-se com as empresas contratantes de profissionais/trabalhadores com ocupações que se caracterizam por alta exposição solar e assim propor a inclusão de equipamentos e/ou materiais que possam diminuir a exposição solar como medida de proteção individual⁽¹²⁾.

Como a maior parte das identificações de classificação clínica foi única, propomos prevenir uma procura tardia de serviços de saúde por meio de folhetos informativos com imagens de lesões de pele e serviços de referência para exames de detecção precoce.

Conclusão

A identificação dos aspectos clínicos dos tumores de pele, como o local e tipo da lesão, o tratamento que esses pacientes foram submetidos, bem como os aspectos epidemiológicos, como o tipo de trabalho exercido, o sexo predominante desses trabalhadores e a idade em que essas pessoas foram diagnosticadas, demonstram que as medidas de prevenção da doença, atrelada as ações de promoção a saúde, são fundamentais para reduzir a incidência e prevalência dessa condição importante e, com base no estudo e

nas características da população atingida, propomos as medidas educativas de promoção a saúde, com finalidade de promover uma melhor condição de vida para essa população.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Câncer de Pele não melanoma. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020. [citado 2020 Fev 4]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma>
2. Costa CS. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção. *Diagn Tratamento*. 2012; 17(4):206-8.
3. Chinem VP, Miot HA. Prevalência de lesões cutâneas actínicas em pacientes com carcinoma basocelular do segmento cefálico: um estudo caso-controle. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(2):188-96.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017. [citado 2020 Fev 4]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Câncer de pele melanoma. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020. [citado 2020 Fev 4]
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 1996. 2v.
7. Ribeiro KG, Andrade LOM, Aguiar JB, Moreira AEMM, Frota AC. Education and health in a region under social vulnerability situation: breakthroughs and challenges for public policies. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 1):1387-98.
8. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008 215p.
9. Moreira APA, Sabóia VM, Ribeiro CRB. Câncer de pele não melanoma e risco ocupacional de trabalhadores ao ar livre: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2015 [citado 2020 Fev 4]; 9(12):1310-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10839/12044>
10. Alvarenga MA. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74(1):69-73.
11. Templier C, Boulanger E, Boumbar Y, Puisieux F, Dziwniel V, Mortier L, et al. Systematic skin examination in an acute geriatric unit: skin cancer prevalence. *Clin Exp Dermatol*. 2015; 40(4):356-60.
12. Dalmolin SI, Leite MT, Hildebrandt LM, Sassi MM, Perdonssini LGB. A importância dos grupos de convivência como instrumento para a inserção social de idosos. *Rev Contexto Saúde*. 2011; 10(20):595-8.

Trabalho recebido: 13/11/2019

Trabalho aprovado: 04/06/2020

Trabalho publicado: 11/06/2020