



RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:

**EXPERIÊNCIAS,
PESQUISA E PRODUÇÃO
DO CONHECIMENTO
PARA O SUS**

SORAYA A. U. CAVALCANTI
(ORGANIZADORA)



RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:

**EXPERIÊNCIAS,
PESQUISA E PRODUÇÃO
DO CONHECIMENTO
PARA O SUS**

SORAYA A. U. CAVALCANTI
(ORGANIZADORA)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Capa

Daphynny Pamplona

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miraniide Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Residências em saúde: experiências, pesquisa e produção do conhecimento para o SUS

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R433 Residências em saúde: experiências, pesquisa e produção do conhecimento para o SUS / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-217-0

<https://doi.org/10.22533/at.ed.170212506>

1. Saúde pública. 2. Saúde. 3. SUS (Sistema Único de Saúde). I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

Desde a instituição de Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde e com a crescente expansão dos Programas e linhas de atuação no Brasil, encontraremos experiências exitosas, ricas em qualidade dos debates proferidos em distintos campos de atuação.

A coletânea de textos Residências em Saúde Pesquisa e Produção de Conhecimento para o SUS reúne artigos heterogêneos de distintas Programas de Residência pelo Brasil. Neste contexto, reúne 10 (dez) artigos que tratam de formação em serviço sistematizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os artigos são frutos de pesquisas, revisão de literatura, relatos de experiências, estudo de caso e ensaios teóricos e colocam em evidência o cotidiano dos serviços, os desafios enfrentados pelos diversos atores que integram o processo de formação em serviço na modalidade Residência em Saúde.

Dessa forma, convidamos a conhecer os trabalhos, partilhar experiências, reflexões e resultados alcançados, fomentar o debate no processo de produção e socialização do conhecimento no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

O CONSULTÓRIO NA RUA COMO LINHA DE FRENTE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nemório Rodrigues Alves
Jorgina Sales Jorge
Flaviane Maria Pereira Belo
Ahyas Sydcley Santos Alves
Heloisa Wanessa Araújo Tigre
Cayo Emmanuel Barboza Santos
José Leandro Ramos de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125061>

CAPÍTULO 2..... 7

ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR, JUDICIALIZAÇÃO E PROLONGAMENTO DA VIDA

Caroline Silva de Araujo Lima
Beatriz Palácio Andrade
Gabriel Fernandes Franco
Jorge Lucas Schettino Dias do Nascimento Pinto
Anna Bonato Gomes Fernandes
Valdeci José Oliveira Junior
Laís Cristovam Pina
Fernando de Andrade Pinheiro
Arthur Franzão Gonçalves
Anna Laura Savini Bernardes de Almeida Resende
Sarah Cristina Garcia Gomes
Guilherme Cristovam Pina
Giovana Nunes de Assunção
Letícia Figueiredo Macêdo
Isabele Dória Cabral Correia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125062>

CAPÍTULO 3..... 14

FORMAÇÃO EM SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DO SUS: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra
Ágna Retyelly Sampaio de Souza
Ana Paula Pinheiro da Silva
Camilla Ytala Pinheiro Fernandes
Cícera Luana de Lima Teixeira
Daniel Fernandes Pereira
Dioneide Pereira da Silva
João Márcio Fialho Sampaio
Lazaro Ranieri de Macedo

Luciana Nunes de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125063>

CAPÍTULO 4..... 25

RELAÇÃO ENTRE MOBILIDADE FUNCIONAL E FORÇA MUSCULAR DE IDOSOS DE UM PROGRAMA PÚBLICO DE ATIVIDADES FÍSICAS

Cristianne Confessor Castilho Lopes

Marilda Moraes da Costa

Ana Letícia Ferreira Vilela

Daniela dos Santos

Paulo Sérgio Silva

Tulio Gamio Dias

Eduardo Barbosa Lopes

Alessandra Novak

Laísa Zanatta

Vanessa da Silva Barros

Talitta Padilha Machado

Liamara Basso Dala Costa

Heliude de Quadros e Silva

Youssef Elias Ammar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125064>

CAPÍTULO 5..... 37

EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA IDOSOS FRÁGEIS E SARCOPÊNICOS HOSPITALIZADOS: REVISÃO DE LITERATURA

Tatiane Caroline Boumer

Elizabete Cristina Faustino

Flavia Dawidowicz Cania

Helena Queiroz Moraes

Regiane Mendes Tarocco Borsato

Paulo Henrique Coltro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125065>

CAPÍTULO 6..... 49

EXAME FÍSICO DAS MAMAS: UMA VISÃO AMBULATORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Amanda Rezende Gonçalves

Ivana Ferreira Oliveira

Vivianne Aparecida Accarino Grobério

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125066>

CAPÍTULO 7..... 60

PROTOCOLO PARA O USO DA BOLA SUÍÇA NO TRABALHO DE PARTO

Juliana de Jesus Souza

Clícia Valim Côrtes Gradim

Estefânia Santos Gonçalves Félix Garcia

Eliana Peres Rocha Carvalho Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125067>

CAPÍTULO 8.....	72
AMAMENTAÇÃO NO PUERPÉRIO IMEDIATO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS	
Francisca Kelle de Sousa Ferreira	
Maciel Lopes da Silva	
Tâmara Stéphanie Lucena de Medeiros Costa	
Larissa Lucena de Araújo	
Bruna Cordeiro de Araújo	
Rita de Kássia Alves de Oliveira	
Maria Luiza de Oliveira Medeiros	
Jéssica Jane Soares de Melo	
Fernanda Figueiredo Cruz	
Lívia Dayane de Medeiros Moura	
Ana Carine Arruda Rolim	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125068	
CAPÍTULO 9.....	80
METÁSTASE CARDÍACA NO CÂNCER DE MAMA: UM RELATO DE CASO	
Luís Fillipe Torres Filgueira	
Gina Zully Carhuancho Flores	
Cristiane de Carvalho Coutinho	
Gerson Bruno Garcia de Souza Lima	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.1702125069	
CAPÍTULO 10.....	82
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS ÓBITOS MATERNS OCORRIDOS EM MACEIÓ, AL, BRASIL (2010 – 2015)	
Aline Maria Fatel da Silva Pires	
Maria Lucélia da Hora Sales	
Sofia Soares Amorim	
Carlos Alberto de Lima Junior	
Ingrid Rocha Antunes	
José Ismair de Oliveira dos Santos	
Rafaella Maria Bezerra Pinheiro Custódio	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.17021250610	
SOBRE O ORGANIZADORA	96
ÍNDICE REMISSIVO.....	97

CAPÍTULO 1

O CONSULTÓRIO NA RUA COMO LINHA DE FRENTE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 21/06/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Maceió- Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/9421334086911717>

Cayo Emmanuel Barboza Santos

Enfermeiro pela Universidade Federal de Alagoas. Profissional do Consultório na Rua.

Maceió- Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/6157636066158202>

José Leandro Ramos de Lima

Enfermeiro pela Universidade Federal de Alagoas. Especialista em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas. Maceió- Alagoas

<http://lattes.cnpq.br/6266225300957137>

Nemório Rodrigues Alves

Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas. Maceió- Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/5390445446232496>

Jorgina Sales Jorge

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas. Coordenadora das equipes do Consultório na Rua. Maceió- Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/1489851107226813>

Flaviane Maria Pereira Belo

Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas. Especialista em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Profissional do Consultório na Rua. Maceió- Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/0810287737271715>

Ahyas Sydcley Santos Alves

Fisioterapeuta e especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Profissional do Consultório na Rua. Maceió- Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/6734911338830349>

Heloisa Wanessa Araújo Tigre

Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas. Profissional do Consultório na Rua.

RESUMO: A pandemia da COVID-19 tem assolado as pessoas no mundo inteiro. Apesar do vírus se propagar indistintamente, é certo que as taxas de mortalidade não são homogêneas e algumas populações estão sujeitas a maiores riscos. No que se refere a atenção à saúde da população em situação de rua, o Consultório na Rua emerge como referência para esse cuidado. Nesse ínterim, as equipes de Consultório na Rua têm se configurado enquanto um importante dispositivo na linha de frente de combate à pandemia da COVID-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Esse artigo teve por objetivo relatar a experiência de atuação enquanto estágio da residência multiprofissional em saúde da família junto aos profissionais do Consultório na Rua de Maceió no enfrentamento à pandemia da COVID-19. Trata-se de um artigo de relato de experiência ancorado no método qualitativo e de

caráter descritivo. Para fins de descrição desta experiência toma-se como período temporal os meses de fevereiro a dezembro de 2020. A descrição da experiência foi dividida em quatro partes, a saber: construção compartilhada do plano de enfrentamento à pandemia; modificações no processo de trabalho de atuação na rua; ações e serviços ofertados nos abrigos temporários; e redes solidárias de apoio e campanhas de arrecadação. Conclui-se que todas as frentes de atuação somadas foram fundamentais para produção de uma resposta efetiva no enfrentamento da pandemia junto à população em situação de rua. Reitera-se a respeito da importância do Consultório na Rua como linha de frente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Pessoas em situação de rua. COVID-19.

STREET CLINIC AS A FRONT LINE IN COPING WITH COVID-19: EXPERIENCE OF THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN FAMILY HEALTH

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic has plagued people worldwide. Although the virus spreads indistinctly, it is certain that mortality rates are not homogeneous and some populations are subject to greater risks. With regard to the health care of the homeless population, the Consultório na Rua emerges as a reference for this care. In the meantime, the Street Clinic teams have been configured as an important device in the front line of combating the pandemic of COVID-19 within the scope of Primary Health Care. This article aimed to report the experience of acting as a residency internship multiprofessional in family health with the professionals of the street clinic of Maceió in coping with the pandemic of COVID-19. This is an experience report article based on the qualitative and descriptive method. For the purpose of describing this experience, the months of February to December 2020 are taken as a temporal period. The description of the experience was divided into four parts, namely: shared construction of the plan to combat the pandemic; changes in the street work process; actions and services offered in temporary shelters; and supportive support networks and fundraising campaigns. It is concluded that all the fronts of action combined were fundamental for producing an effective response in facing the pandemic among the homeless population. It is reiterated about the importance of the street clinic as a front line in the scope of Primary Health Care.

KEYWORDS: Primary Health Care. Homeless people. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) constitui-se em um grupo heterogêneo que tem como características semelhantes a ausência de domicílios convencionais regulares e fixos bem como presença de vínculos familiares fragilizados ou rompidos (BRASIL, 2014). É uma população que está sujeita a diversas vulnerabilidades e violências e que tem inúmeros Direitos Humanos básicos cerceados, como por exemplo o acesso à saúde (ENGSTROM et al., 2019). Inúmeros desafios atravessam a promoção do cuidado no contexto da PSR sobretudo porque é um trabalho que necessita da “rede de saúde e intersetorial para abarcar o cuidado integral, universal e igualitário” (LONDERO; CECCIM;

BILIBIO, 2014).

A pandemia da COVID-19 tem assolado as pessoas no mundo inteiro. Apesar de o vírus se propagar indistintamente, é certo que as taxas de mortalidade não são homogêneas e algumas populações estão sujeitas a maiores riscos, a exemplo, a PSR (HONORATO; OLIVEIRA, 2020). Para as pessoas que vivem nesse contexto, a ameaça da COVID-19 não é apenas viral, mas é também agravada pelas condições desiguais de vida da população brasileira, que determinam e condicionam o processo saúde-doença. De acordo com Silva, Natalino e Pinheiro (2021), alguns fatores contribuíram negativamente para o abismo social que esse grupo vivencia, dentre eles, pode ser citado a limitação repentina e severa dos meios de sobrevivência que já são precarizados.

Para que se produzisse uma resposta eficaz no enfrentamento da pandemia, o Sistema Único de Saúde (SUS) precisou que todos os níveis de atenção pudessem trabalhar de modo integrado. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) foram instituídas linhas de cuidado, pontos de serviços e diversos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) que tinham por objetivo auxiliar na promoção, prevenção dos agravos e recuperação da saúde das pessoas acometidas pela COVID-19. No que se refere a atenção à saúde da PSR, o Consultório na Rua (CnaR) é a referência para esse cuidado. De acordo com Alves et al. (2021), as equipes de Consultório na Rua (eCR) são fundamentais para melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades inerentes à essa população.

Nesse interim, o CnaR tem se configurado enquanto um importante dispositivo na linha de frente do combate à pandemia da COVID-19 junto às pessoas em situação de rua. Inseridas neste cenário pandêmico repleto de incertezas, medos e vulnerabilidades, as eCR têm produzido respostas cada vez mais eficazes para estabilização desta situação. É importante mencionar que a condição dessas pessoas merece consideração especial, uma vez que essa população “é naturalmente susceptível à infecção e pode correr maior risco de exposição graças às condições em que se encontra” (HONORATO; OLIVEIRA, 2020). Mediante o exposto, esse artigo teve por objetivo relatar a experiência de atuação enquanto estágio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família junto aos profissionais do CnaR de Maceió no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de relato de experiência ancorado no método qualitativo e de caráter descritivo. Este tipo de artigo descreve uma dada vivência que pode contribuir de forma relevante para determinada área de atuação. É escrito de modo contextualizado, com objetividade e aporte teórico (OLIVEIRA et al., 2019). Para fins de descrição desta experiência toma-se como período temporal as ações e serviços prestados pelos autores entre os meses de fevereiro a dezembro de 2020. Destaca-se que o estágio da RMSF dentro dessa narrativa aconteceu entre abril e dezembro de referido ano.

Avalia-se como importante mencionar que no estado de Alagoas, somente a cidade de Maceió possui eCR. O CnaR de Maceió está organizado em 06 equipes, todas na modalidade II, e prestam assistência à PSR em todos os distritos sanitários da capital com funcionamento nos três turnos. Tem aproximadamente 50 profissionais que compõem as equipes multidisciplinares (TIMOTEO et al., 2020).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Construção compartilhada do plano de enfrentamento à pandemia

Em decorrência do avanço da pandemia no cenário nacional, iniciou-se em fevereiro de 2020 as discussões entre a gestão e as eCR a fim de construir um plano de enfrentamento com ações que auxiliassem o cuidado das pessoas em situação de rua visando a prevenção e controle da COVID-19 não somente para os usuários do serviço, mas também para os profissionais. Diante das especificidades do contexto de saúde e de vida da PSR, foi essencial dialogar e propor algumas aquisições e arranjos que envolvessem desde a qualificação da equipe e garantia de equipamento de proteção individual (EPI), até o acompanhamento sistemático dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19.

O plano elaborado contemplou diversas ações a serem desenvolvidas no âmbito da gestão e da assistência. Como exemplos destacam-se: manter permanente articulação intra e intersetorial; organizar ferramentas de acompanhamento e monitoramento dos casos suspeitos e/ou confirmados de síndromes gripais e COVID-19; manter a qualificação constante dos profissionais mediante a educação continuada e permanente; desenvolver ações no âmbito dos abrigos provisórios instituídos para as pessoas em situação de rua; e realizar reuniões à distância para alinhamento da resposta integrada das eCR.

Modificações no processo de trabalho de atuação na rua

Algumas ações já integravam a prática interprofissional das eCR, sendo necessárias certas adequações. Dentre estas, podem ser destacadas: higienização adequada do transporte e a reorganização dos campos de atuação. Uma das características principais do modo pelo qual os profissionais do CnaR desenvolvem seu trabalho é a aproximação com o usuário. Esta teve que ser readequada e os usuários tiveram que compreender a importância do distanciamento social na prestação do cuidado, bem como a utilização dos EPIs. Observou-se em um primeiro momento que os usuários não compreendiam a gravidade da pandemia nem os motivos pelos quais os profissionais estavam realizando os atendimentos usando máscaras, gorros, aventais e óculos de proteção. Para a superação dos desentendimentos, a educação em saúde foi fundamental e a partir dela observou-se avanços na compreensão.

As eCR desenvolvem ações e serviços que são orientados pela Política Nacional de

Atenção Básica (PNAB) e seguem as portarias e PCDT instituídos pelo Ministério da Saúde (MS). No estudo de Alves et al. (2021), podem ser encontradas um rol variado de atividades que são implementadas no cotidiano do trabalho desses profissionais. Este rol contempla ações que vão desde as práticas de trabalho em equipe, Redução de Danos (RD) e uso de tecnologias leves de cuidado até a articulação com dispositivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as redes intersetoriais. Afirma-se que para construção da referida revisão foram utilizados alguns artigos que sinalizam às práticas das eCR de Maceió e estas foram verificadas durante a realização do estágio mencionado anteriormente.

Ações e serviços ofertados nos abrigos temporários

Na cidade de Maceió, em virtude da pandemia, alguns abrigos temporários foram instituídos. Torna-se importante levantar que o Movimento Nacional de População de Rua em Alagoas (MNPR-AL) foi fundamental para garantir que esses abrigos fossem estabelecidos e articulação com a Secretaria de Assistência Social (SEMAS) e outros dispositivos. Afirma-se que durante a pandemia a articulação do CnaR e os militantes do MNPR-AL se estreitou e foi potencializada. A partir deste diálogo mais próximo, foi possível desenvolver ações e serviços junto às pessoas abrigadas. Dentre estas, podem ser citadas as campanhas de vacinação para a gripe H1N1 bem como as de testagens para a COVID-19. Destaca-se que as ações foram ofertadas para os abrigados nas casas de passagem (SEMAS), abrigo CEJA (população em geral) e no abrigo CASA (idosos).

Redes solidárias de apoio e campanhas de arrecadação

O CnaR de Maceió, logo no início da pandemia, realizou campanhas de arrecadação de alimentos, produtos de higiene pessoal, de limpeza, roupas, detergentes, garrafas pet, máscaras e álcool em gel e líquido. Estas campanhas foram importantes para que esses insumos e alimentos fossem distribuídos à PSR. Observou-se que diversas redes solidárias se instituíram e se mostraram potentes ampliando o cuidado à essa população. Algumas parcerias foram firmadas com organizações da sociedade civil e também com as não-governamentais, bem como com instituições públicas, a exemplo o Instituto de Química e Biotecnologia da Universidade Federal de Alagoas. Este último doou para o CnaR cem litros de álcool em gel e cem de álcool líquido ambos à 70%.

CONCLUSÕES

Conclui-se que todas as frentes de atuação somadas foram fundamentais para produção de uma resposta efetiva no enfrentamento da pandemia junto à PSR de Maceió. Reitera-se a respeito da importância do CnaR como linha de frente no âmbito da APS. Considerando a urgência das decisões e ações implementadas neste cenário de pandemia, enfatiza-se que a atuação conjunta entre profissionais e demais serviços contribuiu para a mitigação do impacto da COVID-19 na referida população. Por fim, aponta-se que a atuação das eCR foi alicerçada nas recomendações dos órgãos competentes no âmbito

mundial e nacional bem como nas evidências científicas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Nemório Rodrigues et al. Atuação dos profissionais do consultório na rua no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Brasil: uma revisão de escopo. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 1-13, 24 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14470>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, 2014. 38p.

ENGSTROM, Elyne Montenegro et al. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.spe7, p. 50-61, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s704>.

HONORATO, Bruno Eduardo Freitas; OLIVEIRA, Ana Carolina S. População em situação de rua e COVID-19. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1064-1078, Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, Jun. 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>.

OLIVEIRA, Aline Pereira de et al. Interdisciplinaridade no processo de territorialização na atenção primária em saúde: experiência da residência multiprofissional em saúde da família. In: MATTOS, Samuel Miranda; FREIRE, Kellen Alves (org.). **Atenção Interdisciplinar em Saúde 2**. Ponta Grossa: Atena, 2019. Cap. 9. p. 1-291. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/26036>. Acesso em: 01 maio 2021.

SILVA, Tatiana Dias; NATALINO, Marco Antonio Carvalho; PINHEIRO, Mariana Brito. Medidas emergenciais para a população em situação de rua: enfrentamento da pandemia e seus efeitos. **Repositório do conhecimento do IPEA**, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10495>. Acesso em: 01 maio 2021.

TIMÓTEO, Aryanna Vanessa Gomes et al. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 1, jun. 2020. Nov. 2020. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2757>.

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR, JUDICIALIZAÇÃO E PROLONGAMENTO DA VIDA

Data de aceite: 21/06/2021

Caroline Silva de Araujo Lima

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga
(FADIP)
Ponte Nova-MG

Beatriz Palácio Andrade

Universidade Potiguar (UNP)
Natal-RN

Gabriel Fernandes Franco

Centro Universitário Governador Ozanam
Coelho (UniFagoc)
Ubá-MG

Jorge Lucas Schettino Dias do Nascimento Pinto

Centro Universitário Governador Ozanam
Coelho (UniFagoc)
Ubá-MG

Anna Bonato Gomes Fernandes

Centro Universitário Governador Ozanam
Coelho (UniFagoc)
Ubá-MG

Valdeci José Oliveira Junior

Centro Universitário Governador Ozanam
Coelho (UniFagoc)
Ubá-MG

Laís Cristovam Pina

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos Prudente (IMEPAC)
Araguari-MG

Fernando de Andrade Pinheiro

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos Prudente (IMEPAC)
Araguari-MG

Arthur Franzão Gonçalves

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos Prudente (IMEPAC)
Araguari-MG

Anna Laura Savini Bernardes de Almeida Resende

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos Prudente (IMEPAC)
Araguari-MG

Sarah Cristina Garcia Gomes

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
(PUC-GO)
Goiânia- GO

Guilherme Cristovam Pina

UniEVANGÉLICA
Anápolis- GO

Giovana Nunes de Assunção

Universidade Potiguar (UNP)
Natal-RN

Letícia Figueiredo Macêdo

Universidade Potiguar (UNP)
Natal-RN

Isabele Dória Cabral Correia

Universidade Potiguar (UNP)
Natal-RN

RESUMO: A oxigenoterapia domiciliar é voltada, via de regra, para pacientes com doenças pulmonares crônicas (DPOC). Nessa baila,

o presente artigo objetiva expor o que é a oxigenoterapia domiciliar e quais são os seus benefícios na atenção domiciliar e no prolongamento da vida, analisando os princípios do SUS e o direito à vida consagrado pela Constituição Federal. Concluindo, por maiores investimentos em tecnologia, formulação de planejamento eficiente e compromisso por parte dos gestores de saúde e Entes federados em aprimorar a terapia e sua utilização, enquanto complemento da atenção básica e efetivação do acesso a saúde, diminuindo filas e a superlotação dos hospitais, melhorando a qualidade do tratamento e da vida do paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção domiciliar; SUS; Oxigenoterapia.

ABSTRACT: Home oxygen therapy is, as a rule, aimed at patients with chronic lung diseases (COPD). In this discussion, this article aims to expose what home oxygen therapy is and what are its benefits in home care and life extension, analyzing the principles of SUS and the right to life enshrined in the Federal Constitution. In conclusion, due to greater investments in technology, provision of efficient planning and commitment by health managers and federated entities to improve therapy and its use, as a complement to primary care and effective access to health, reducing queues and overcrowding in hospitals, improving the quality of treatment and the patient's life.

KEYWORDS: Home care; SUS; Oxygen therapy.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo, tem como objetivo analisar a oxigenoterapia enquanto terapia para enfermidades como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)¹, a ser aplicada no âmbito domiciliar com o acompanhamento de uma equipe de atenção domiciliar propiciando a melhora na qualidade de vida e a ampliação da sobrevida dos pacientes.

Dessa forma, o presente artigo analisará as dificuldades para implantação efetiva desse tratamento, considerando o alto custo e os critérios para sua aplicação, diante dos prejuízos do uso inadequado e da ausência de acompanhamento técnico.

À vista dessas dificuldades na implantação da oxigenoterapia domiciliar, iniciou-se o processo de judicialização dessa terapia, como forma do cidadão garantir o seu direito conferido pela Constituição Federal, fazendo valer a Lei 8.080/90 e princípios sensíveis norteadores do Estado Democrático de Direito.

Logo, a judicialização tem seus problemas, os quais serão expostos e analisados no presente artigo, com ênfase nas consequências práticas da judicialização da saúde, ante a necessidade de planejamento e gestão pelos Entes federados, solidários em se tratando de serviços de saúde.

A presente pesquisa adotou a busca bibliográfica e documental, analisando artigos

1 É um estado patológico caracterizado por limitação do fluxo de ar que não é totalmente reversível. Essa definição é uma descrição ampla e mais moderna da DPOC que explica melhor esse distúrbio, seus sinais e sintomas. A DPOC pode incluir as doenças que causam a obstrução do fluxo de ar (p.ex., enfisema, bronquite crônica) ou qualquer complicação desses distúrbios. Outras patologias, como fibrose cística, bronquioectasia e asma, que outrora eram classificadas como tipos de DPOC, atualmente são classificadas como distúrbios pulmonares crônicos. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9676/1/AD16_2017.pdf

originais, retirados de plataformas online como Scielo, Google Acadêmico, Medline e Portarias do Ministério da Saúde, a fim de conceituar o que é oxigenoterapia, evidenciando seus benefícios e impactos na saúde, à vista da judicialização da saúde para fazer valer o texto constitucional.

2 I ATENÇÃO DOMICILIAR E OXIGENOTERAPIA NO ÂMBITO DO SUS

O Ministério da Saúde, no ano de 2011, instituiu a atenção domiciliar no âmbito do SUS, através da Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, sendo essa redefinida pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade e complementar à atenção básica.

A atenção domiciliar pode ser conceituada como uma modalidade de atenção à saúde que visa complementar a internação hospitalar, segundo a qual a inserção tecnológica médica desempenha o papel de auxiliar o paciente durante o seu tratamento. O atendimento a saúde domiciliar também pode ser entendido como uma via alternativa, tendo em vista as superlotações dos hospitais, má qualidade do atendimento, custos elevados no tratamento de doenças e o avanço das tecnologias em saúde (BRASIL, 2013)

A oxigenoterapia diz respeito a administração de oxigênio, como medida terapêutica, em determinadas concentrações superiores a existente no ar ambiente. Sendo assim, essa administração é realizada por meio de cateter nasal, cânula nasal e máscara facial. Geralmente esse tratamento é utilizado em casos de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)².

O objetivo da oxigenoterapia é corrigir a hipoxemia mais grave que atinge os pacientes que apresentam estágios avançados da doença e assim melhorar a oxigenação dos tecidos. Dessa forma, a oxigenoterapia necessita de uma fonte de oxigênio externa, capaz de fornecer uma concentração de oxigênio em quantidades maiores que o percentual existente no ar ambiente.

Insta dizer, que o oxigênio consta na lista dos medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde, mas ainda não é uma fonte de fácil acesso, nem amplamente disponível em todos os países, sendo escasso em países subdesenvolvidos, dificultando o tratamento das pessoas que necessitam da oxigenoterapia.

Nessa esteira, os concentradores de oxigênio se tornam um caminho opcional para serem adquiridos, em razão do baixo custo para os serviços de saúde públicos, principalmente em países mais pobres, uma vez que os cilindros de oxigênio carecem de

2 É um estado patológico caracterizado por limitação do fluxo de ar que não é totalmente reversível. Essa definição é uma descrição ampla e mais moderna da DPOC que explica melhor esse distúrbio, seus sinais e sintomas. A DPOC pode incluir as doenças que causam a obstrução do fluxo de ar (p.ex., enfisema, bronquite crônica) ou qualquer complicação desses distúrbios. Outras patologias, como fibrose cística, bronquioectasia e asma, que outrora eram classificadas como tipos de DPOC, atualmente são classificadas como distúrbios pulmonares crônicos. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9676/1/AD16_2017.pdf

altos investimentos devido ao seu custo elevado. Logo, a própria OMS, recomenda que os concentradores de oxigênio tenham uma concentração superior a 82%, devendo ser capazes de oferecer um fluxo contínuo de oxigênio.

Outrora, existem alguns riscos ligados à oxigenoterapia domiciliar, como incêndios e explosões, efeitos funcionais e tóxicos, em razão das propriedades do oxigênio, carecendo de orientação aos pacientes e cuidadores quanto a utilização do equipamento.

3 | OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR E JUDICIALIZAÇÃO: PROLONGAMENTO DA VIDA

O serviço de oxigenoterapia domiciliar pode contribuir com a redução das internações hospitalares por doenças crônicas. No entanto, é necessário realizar um maior controle do processo tecnológico em saúde para garantir a qualidade, segurança no processo tecnológico em saúde dessa modalidade de assistência.

Embora os manuais do Ministério da Saúde, como os cadernos de atenção domiciliar, façam uma abordagem acerca dos critérios clínicos de indicação e admissão do programa de oxigenoterapia domiciliar, ao analisar a regulamentação sobre a matéria, não existe nenhuma normatização quanto a exigência do fornecimento desse insumo, acarretando na judicialização da oxigenoterapia enquanto assistência domiciliar no SUS.

Dessa forma, cada vez mais o fenômeno da judicialização da saúde vem sendo adotado para garantir o acesso à saúde e o direito à vida garantido pela Constituição Federal, sendo caracterizado por reivindicações e atuação ativa do Poder Judiciário para a garantia dos direitos amplamente defendidos nos tratados internacionais sobre direitos humanos. A vista disso, o mencionado fenômeno abarca diversos aspectos, dentre eles, políticos, sociais, éticos e sanitários, que ultrapassam o viés jurídico, alcançando uma atuação eficiente do judiciário e do poder público em cumprir a possível ordem judicial.

Insta dizer, que esse fenômeno ainda é recente, mas possui grande relevância, tomando forma pouco a pouco em nosso país, ao passo que, envolve diversos interessados, como os profissionais de saúde, os gestores de saúde, os entes federados no cumprimento solidário de suas obrigações com o direito à saúde do cidadão, o próprio cidadão e o poder judiciário.

Esse fenômeno iniciou-se no Brasil a partir da década de 90, com requerimentos de medicamentos antirretrovirais no combate a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS, representando desde então, um importante mecanismo opcional para que o cidadão consiga acesso a medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, proporcionando assim, o acesso integral à saúde.

São diversas as razões que explicam o fenômeno da judicialização, valendo a pena anotação das três principais citadas pelo ministro Barroso³:

3 Barroso, L. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. Revista Eletrônica de Direito do Estado. 2012;5(1):23-32.

A primeira refere-se à redemocratização do Estado que propiciou aos indivíduos o exercício da sua cidadania e a busca do Judiciário para protegerem seus interesses, além da expansão das Defensorias Públicas para diversas partes do país; a segunda destaca a saúde como um direito na Constituição Federal, o que a transforma potencialmente em pretensão jurídica e; a terceira é o sistema brasileiro de constitucionalidade que permite o questionamento de qualquer lei perante o juiz ou tribunal. (BARROSO, 2012)

Logo, conforme os dizeres de Barroso, o fenômeno da judicialização não foi espontâneo, nem isolado, mas promovido desde o seu início por organizações e conselhos de saúde, onde participavam entidades de proteção aos direitos das pessoas com agravos ou doenças, como por exemplo, diabetes, hipertensão, hemofilia, possuindo um papel essencial na judicialização da saúde no país.

Mesmo com a relevante importância que o tema tem assumido, principalmente, quando a pauta é o impacto no orçamento público, de modo que, a judicialização dessa terapia é um obstáculo a ser superado pelos gestores de saúde e até mesmo pela justiça.

Nessa toada, a Carga Magna de 1988 também tratou do federalismo solidário, impondo o acesso aos serviços de saúde como competência comum entre os entes federados, sendo eles a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, lado outro, tenha adotado a execução dos serviços de saúde pela municipalidade.

Ora, a judicialização pode ser utilizada como uma ferramenta de efetividade da garantia ao direito à saúde, no qual, muitos estudiosos do tema, evidenciam esse fenômeno como um reconhecimento de pretensões individuais a prestações positivas do Estado, na qual as falhas na execução das políticas públicas existentes culminam num impacto para o financiamento do SUS e, conseqüentemente, no acesso aos serviços públicos pelos profissionais de saúde.

Nessa monta, mesmo com toda a problemática que a judicialização acarreta à gestão do SUS, diversos autores e gestores consideram legítima o exercício do direito à saúde pela via judicial, com o argumento de que este direito é inviolável, independentemente de questões políticas e orçamentárias.

Não obstante, vê-se que esse fenômeno traz a possibilidade de se diagnosticar onde está o problema, seja nos insumos, na falta de medicamentos ou tratamentos, fazendo com que sejam produzidos estudos e políticas públicas a respeito do tema, garantido assim, ações que propiciem o acesso integral e universal aos serviços de saúde.

Por fim, a vista desse cenário e da escassa produção científica, acerca da judicialização da saúde e da oxigenoterapia domiciliar, é que a análise do presente artigo teve o objetivo de expor e compreender o que é essa terapia e qual o envolvimento do poder judiciário quanto a esse tema. Sendo, portanto, a oxigenoterapia domiciliar utilizada como um tratamento opcional para o prolongamento da vida, propiciando acesso a saúde efetivo, qualidade e preservação da vida.

4 | CONCLUSÃO

A oxigenoterapia é vista como uma terapia atrelada a atenção domiciliar que, objetiva prolongar e preservar com qualidade a vida do paciente em tratamento. De todo modo, mesmo sendo ausente o uso das tecnologias em domicílio e lento o processo de adoção dessa modalidade assistencial à saúde pelo nosso país, devido aos altos custos e a carência de bons gestores, é nítido a importância e a discussão acadêmica a ser debatida sobre o tema.

Desse modo, à vista do exposto, foi evidenciado que são necessárias melhorias na prestação dos serviços de saúde para que a sociedade seja atendida de forma efetiva, até uma melhor publicidade dos serviços prestados e levantamento de dados a fim de comparar as práticas empregadas na gestão da oxigenoterapia domiciliar.

Extraí-se do estudo que a judicialização da oxigenoterapia domiciliar é um fenômeno recente que garante sua aplicação àqueles que necessitam, sendo um mecanismo de busca dos cidadãos para assegurarem seus direitos conferidos pela Constituição Federal. No entanto, essa judicialização acarreta diversos problemas para o funcionamento dos serviços de saúde, carecendo de gestão e planejamento para entender o fenômeno e realizar ampliações e modificações nas políticas públicas de saúde, visando o atendimento integral e universal das demandas existentes.

Portanto, a oxigenoterapia domiciliar enquanto componente da atenção domiciliar, carece do desenvolvimento de estratégias que abarquem os serviços de saúde, órgãos públicos de todos os Entes federados e instituições de ensino, com o objetivo de fornecer à população um serviço público de qualidade, garantindo assim, o disposto na Constituição Federal de 1988 e a Lei do SUS.

Por fim, a oxigenoterapia domiciliar visa o prolongamento da vida, com qualidade e eficiência, comprovando que o paciente tem melhores resultados ao realizar o tratamento dentro do seu lar e acompanhado de familiares e pessoas próximas. À vista disso, são crescentes as ordens judiciais exigindo o cumprimento forçado para promoção desse tipo de tratamento, que deve ser ofertado sempre que necessário. Logo, é benéfico o mencionado tratamento, devendo o ser aplicado com eficiência a fim de garantir direitos essenciais do cidadão.

REFERÊNCIAS

BARROSO, L. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. Revista Eletrônica de Direito do Estado. 2012;5(1):23-32.

BÔAS, M. L. de C. V., et al. Elaboração de instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar. Rev. Esc. Enfermagem da USP. V.50, n.3, p.434-441, 2016.

BREVIGLIERI, L. R. C.; MADEU, D.P.; ROMALDINI, J. G. B. Oxigenoterapia na DPOC: indicação, uso no exercício e em viagens aéreas. In: NASCIMENTO, O. A.; PINTO, R. M.C.; BADI, B. G. (editores), *Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Tabagismo, série Atualização e Reciclagem em Pneumologia-SPPT*, volume 8, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. *Recomendações para Ventilação Mecânica Invasiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 42p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de Maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Brasília; 2013. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/54869258/dousecao-1-28-05-2013-pg-30?ref=previous_button. Acesso em 2 de mai. 2021.

BRASIL, M. D. S. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 - 2022. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011.

BRASIL, M. D. S. Política Nacional de Atenção Básica. MS ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012a.

BRASIL, M. D. S. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012b.

BRASIL, M. D. S. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013.

BRASIL, M. D. S. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. BRAS: Secretaria de Atenção à Saúde, 2014a.

DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli; SILQUEIRA, Salete Maria de Fátima; BARBOSA, Rita de Cássia G. de A. B.; VASCONCELOS, Telma Renata de Castro; ANASTÁCIO, Vera Lúcia Aparecida. Oxigenoterapia e ventilação mecânica em atenção domiciliar. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Versão atualizada 2017. 84 p.

ESPINA, C.A.A. Nova Técnica para indicação e controle para Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Coordenação de Pneumologia Sanitária. Porto Alegre, Nov, 2002.

KROP, H. D.; BLECH, A. J.; COHN, E. Neuropsychiatric effects of continuous oxygen therapy in chronic obstructive disease. *Chest*, v.64, p.317-332. 1973.

MEDICINE, ANNALS OF INTERNAL. Continuous or Nocturnal Oxygen Therapy in Hypoxemic Chronic Obstructive Lung Disease a clinical trial. Published Monthly by the American College of Physicians, v. 93, n. 3, p. 391–398, 1980.

PEREIRA, E. D. B., et al. Influência dos parâmetros funcionais respiratórios na qualidade de vida de pacientes com DPOC. *Jornal Bras. Pneumologia*. V.35, n.8, p.730-735, 2009.

SANTOS, K., et al. Relação entre força muscular periférica e respiratória e qualidade de vida em paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. V.45, n.5, p.417-424, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). *J Pneumol* 26(6), p 341 350, setembro 2000.

CAPÍTULO 3

FORMAÇÃO EM SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA NO ÂMBITO DO SUS: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

Data de aceite: 21/06/2021

Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2359399936922133>

Ágna Retyelly Sampaio de Souza

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3895909030588759>

Ana Paula Pinheiro da Silva

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4309835642253400>

Camilla Ytala Pinheiro Fernandes

UNIVERSIDADE
Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0730561714931379>

Cícera Luana de Lima Teixeira

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8223501001918257>

Daniel Fernandes Pereira

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0978856985262375>

Dioneide Pereira da Silva

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5769568662929332>

João Márcio Fialho Sampaio

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5583121173096690>

Lazaro Ranieri de Macedo

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2542141444473083>

Luciana Nunes de Souza

Universidade Regional do Cariri- URCA
Carto – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6313378149286016>

RESUMO: Introdução: As Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva, abrangem profissionais de saúde de distintos campos, como Profissionais de Educação Física (PET), Nutricionistas, Biólogos, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Enfermeiros. Há de se destacar que as residências multiprofissionais devem considerar a realidade local, procurando buscar articulação com as políticas de saúde e a pactuação com os gestores locais de saúde. Nesse sentido os Profissionais de Educação Física apresentam-se em evidência tendo em vista a atividade física ser abordada na pauta da saúde pública brasileira. **Objetivo:** descrever o papel do profissional de Educação Física no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, no âmbito do SUS, através da sua prática técnica, profissional e pedagógica em meio à crise provocada pela Pandemia do novo Coronavírus. **Síntese dos dados:** Apresentam-se as atividades de competência

dos Profissionais de Educação Física no processo de formação em serviço nos eixos de atenção em saúde, gestão em saúde e educação permanente em saúde; como barreiras e proposições para superações. No que diz respeito à atuação dos residentes, no primeiro ano de residência são direcionados para a Atenção em Saúde, as atividades são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, ocorrendo uma imersão em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, com atuação em uma Unidade Básica de Saúde, além da realização de estágios em outros serviços, participação na campanha de vacinação da COVID19. Já no segundo ano de residência eles são direcionados para a gestão em saúde, atuando em questões de cunho administrativos de recursos humanos, financeiros, sanitários, logísticos de estabelecimentos de saúde públicos, boletins epidemiológicos da COVID19, ações de formação em educação permanente em saúde para os preceptores, reuniões remotas para apresentação técnica sobre o novo sistema “Saúde Digital Covid19”. **Conclusão:** O estudo mostra que experiências que articulam a formação acadêmica do núcleo da Educação Física e o SUS contribuem para a construção de um canal de diálogo entre indivíduos atuantes nas residências multiprofissionais em saúde coletiva, entretanto, esses espaços, dentro de suas especificidades, têm se tornado cenários possíveis para interlocução da Educação Física, seja na atenção primária, educação permanente ou gestão em saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Educação Física; Residência em Saúde; Promoção da Saúde; Pessoal Técnico de Saúde; Sistema Único de Saúde.

KEYWORDS: Physical Education; Residency in Health; Health promotion; Health Technical Personnel; Health Unic System.

INTRODUÇÃO

No âmbito atual de mudanças da reordenação da formação para saúde, tanto na graduação como na pós-graduação, foi criada a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, tal proposta nasceu para dar conta, tanto das peculiaridades de cada região, como estabelecer um padrão de análise dos programas de residência em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Nesse cenário de desenvolvimento e aprendizagem, no ensino serviço, o residente desenvolve suas competências, habilidades e conhecimentos, mediado por um preceptor. O preceptor, então, como profissional da saúde, acompanha e auxilia diretamente os residentes em seus lócus de prática profissional, sistematizando o conhecimento científico adquirido com a prática, sendo considerado um articulador do processo na residência multiprofissional em saúde coletiva (RMSC) (BRASIL,2005).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri – URCA foi criado em 2017 e visa capacitar profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico científico para atuarem no campo da Saúde Coletiva/Saúde Pública, assegurando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento das reais necessidades de saúde da população. A Residência é um programa de pós-graduação lato sensu, voltado para a formação em serviço no (SUS) englobando

as seguintes profissões: Enfermagem, Biologia, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição.

O programa de residência desenvolve suas ações em parceria com a rede municipal de saúde do município de Crato e rede de saúde do estado do Ceará com instituições como: área descentralizada de Saúde (ADS-Crato); Hospital Regional do Cariri (HRC); Associações Comunitárias e ONGs da região do Cariri; Serviços de Saúde de atenção primária, secundária e terciária e Serviços de Gestão e Vigilância em Saúde do Crato e do Estado do Ceará (URCA, 2020).

Em 1997, o Ministério da Saúde reconheceu o profissional de Educação Física (PEF) como uma das profissões de nível superior na área da saúde, um passo importante para a inserção desses profissionais nas políticas de saúde pública. Em 2006, a profissão ganha notoriedade na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), onde há um destaque da importância das práticas corporais no SUS, tornando-a uma ação específica dentre as políticas municipais, estaduais e nacionais, consolidando em 2008 a partir dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Não obstante, o Ministério da Educação homologou as Diretrizes Curriculares Nacionais, através da portaria N° 1.349 de abril de 2018, reafirmando as finalidades, princípios, fundamentos e dinâmica formativa também nas necessidades do campo da saúde (DCN'S/ABMES, 2018).

Destarte, a inserção do profissional de Educação Física na atenção primária à saúde apresenta alguns desafios, como a fragilidade de sua formação na área. Nesse contexto, algumas instituições de ensino superior promovem mudanças em suas estruturas curriculares, para capacitar esses profissionais de saúde a atuar de forma consonante aos princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS), com o intuito de formar profissionais capazes de integrar a teoria e o fazer pedagógico na saúde (FALCI, 2013; COSTA, 2019).

A Educação Física, está inserida no contexto da saúde pública, na promoção da saúde e prevenção de doenças, além de promover intervenções coletivas, por meio de práticas corporais, atividades físicas estruturadas, da participação social e da intersetorialidade que melhoram a qualidade de vida da população através dos diversos benefícios à saúde, ocasionados pela adoção de um estilo de vida ativo. Reconhecer a importância e o papel do profissional de Educação Física como profissional de saúde, integrante da equipe multiprofissional na atenção básica é muito importante e se faz necessário (AG DA SILVA *et al*, 2013).

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever o papel do profissional de Educação Física no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, no âmbito do SUS, através da sua prática técnica, profissional e pedagógica em meio à crise provocada pela Pandemia do novo Coronavírus.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo etnográfico no âmbito da formação em saúde do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) da Universidade Regional do Cariri (URCA) do município do Crato – CE, que tem como campo de prática o Sistema Único de Saúde – SUS. A população do estudo foi constituída por Profissionais de Educação Física Residente do primeiro ano (R1) e Residente do segundo ano (R2), titulados R1 e R2 totalizando 06 residentes (03 homens e 03 mulheres), R1 iniciaram suas atividades em março de 2021, e R2 em março de 2020, os dados foram coletados entre abril de 2020 até abril 2021.

No PRMSC o processo de ensino e aprendizagem dos residentes perpassam distintos eixos de atuação: atenção em saúde, gestão em saúde, educação permanente em saúde e controle social, (figura 01). A coleta de dados da presente pesquisa deu-se por observação participante e análise dos relatórios de três eixos de atuação, os quais foram: atenção em saúde, gestão em saúde e educação permanente em saúde.

Para obter mais esclarecimentos do objeto de estudo houve uma análise documental que, segundo Gotardo (2011, p. 13),

Baseia-se na análise de conteúdo de diversos formatos de documento ou de um determinado tipo específico, tais como fichas, mapas, formulários, cartas, bilhetes, fotografias, entre outros, com objetivo de desenvolver respostas quantitativas ou qualitativas acerca de um fenômeno específico.

Assim, a pesquisa está em acordo com a Portaria Nº 50/2017 da Secretaria de Ensino Superior e Portaria Nº 78/2017 do Ministério da Saúde, publicada no dia 20/03/2017 sobre a homologação do financiamento de bolsas de residência, sendo uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu voltada para a formação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde: Enfermagem, Educação Física, Biologia, Nutrição, Farmácia e Fisioterapia.

Os achados provenientes destes dois momentos foram organizados em três tópicos: competências dos Profissionais de Educação Física no processo de formação em serviço nos eixos supracitados; barreiras na atenção em saúde, gestão em saúde e educação permanente e proposições para superações. Os resultados foram descritos e apresentados em figuras e discutidos à luz dos referenciais da atenção em saúde e a educação permanente em saúde, conforme demonstrado na ilustração a seguir. Os critérios estabelecidos de inclusão foram entrega do relatório até o quinto dia útil de cada mês, declaração de liberação de relatórios para pesquisa, e de exclusão, foram os relatórios que não estavam no prazo estabelecido, e os que residentes apresentaram atestados de saúde com mais de 30 dias ocasionando um prejuízo no desenvolvimento da escrita dele.

EIXO DE ATUAÇÃO



Figura 01

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todo o *corpus* discursivo do presente trabalho é um fruto simbiótico entre os conhecimentos empíricos e científicos dos Profissionais de Educação Física Residentes, segundo suas especificidades e campo de atuação. O campo de atuação em questão, por sua vez, é distinto para as categorias de Residentes no primeiro ano de formação (R1) e no segundo e último ano (R2).

Todos os R1s são imersos na atenção primária integrando a equipe das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e passam a incorporar a sistemática de funcionamento em relação a assistência e demanda de serviços em saúde, bem como a expansão de sua conduta profissional dentro do prisma multiprofissional. Atuando em todas as ações rotineiras da atenção básica de saúde, e de forma veemente na campanha de vacinação da COVID19.

Nesse enleir do profissional com a atenção primária experimentam-se ações das quais perpassam a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e estratégias para melhoria da qualidade de vida das pessoas. Todavia, há uma série de impasses que podem delimitar a atuação do Profissional de Educação Física no âmbito supracitado, mas, também, é inegável que conquistas em amplo espectro surgiram, principalmente quando se considera a recente inclusão dessa categoria profissional nesse contexto.

Diante disso, serão discutidas as ações e os impasses vivenciados na prática do Profissional de Educação Física Residente, como disposto nas figuras 2 e 3.



Figura 2 - Competências dos Profissionais de Educação Física Residentes no processo de formação em serviço: ano 1.

Fonte: elaboração própria

Na figura 2, percebe-se que as atividades executadas podem e devem ser trabalhadas de maneira articulada entre os profissionais da saúde. Nesse sentido, as competências dos R1s estão associadas à aprendizagem resultante das experiências em consultas compartilhadas, campanhas de promoção em saúde e no desenvolvimento de projetos de seu nicho ou coletivo, bem como a integração do uso de tecnologias com a finalidade de

produtos educacionais e/ou ferramentas para o desenvolvimento de pesquisas.

Oliveira e Wachs (2019) refletem sobre a complexidade da atuação do profissional de Educação Física extra Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), devido a limitações estruturais e culturais que podem atenuar as relações trans/interprofissionais e, assim, limitar diversas possibilidades de intervenções inerentes as competências supramencionadas.

Ainda no entorno das competências encontram-se outras barreiras como a baixa adesão da comunidade diante dos serviços ofertados, o impacto das relações multiprofissionais, a ausência ou insuficiência de capacitação profissional para a atuação na saúde pública e, ainda, a interação preceptor-residente, sendo estas atribuições que influenciam o processo de formação continuada, juntamente com outros fatores como a própria estrutura curricular da graduação.

Sobre isso, Oliveira e Gomes (2019) mencionam que ao longo da trajetória da Educação Física (EF), mesmo empregada para promoção de saúde, apresentava em seu currículo visões deturpadas sobre sua especificidade e abrangência, por isso o caráter tecnicista/biológico vigorou por décadas, e de certo modo contribuiu para o rechaçar de disciplinas transversais com ênfase na identidade do profissional em questão no âmbito da saúde pública, impactando a formação inicial e, por consequência, a continuada.

Passando o prelúdio dessa fase de adaptação é que se torna concreta a identificação do papel enquanto profissional individual no meio coletivo, e desse modo se clarificam um elencar de superações a serem alcançadas, como a própria estruturação da Educação Física na saúde, a contribuição significativa entre os profissionais de saúde e uma maior autonomia para a implementação de projetos genuínos.

São bons exemplos de sucesso projetos como o “De olho no ponteiro” desenvolvido em meio a pandemia do novo coronavírus, o qual atende idosos que passaram a integrar uma rede de promoção de saúde utilizando mídia digital na qual são dispostos vídeos de atividade física com objetos presentes no cotidiano, outro marco importante veio com o projeto de retomada da prática de atividade física presencial, ainda com público reduzido, mas que apresentou aspectos positivos como assiduidade de seus participantes e benefícios para saúde física e mental (Projeto desenvolvido na Zona Rural) e, por fim, destacam-se as ações voltadas para ganhos na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, onde utilizou-se de ginástica laboral, dança, relaxamento, dentre outras técnicas. Outro aspecto muito relevante das ações desenvolvidas é o projeto terapêutico singular (PTS) que corrobora com o cuidado integral dos usuários como a corresponsabilização da gestão na prestação de serviços à comunidade com maior potencial de resolução de problemas e elevado nível de qualidade.

Com base nesses pressupostos apresentados quando o residente inicia a atuação no segundo período do Programa de Residência Multiprofissional, os dilemas se manifestam em situações advindas do próprio eixo norteador, no qual os R2s se voltam para questões

de gestão em saúde, que se encontram alinhadas a educação permanente em saúde, como mostra a figura a seguir.

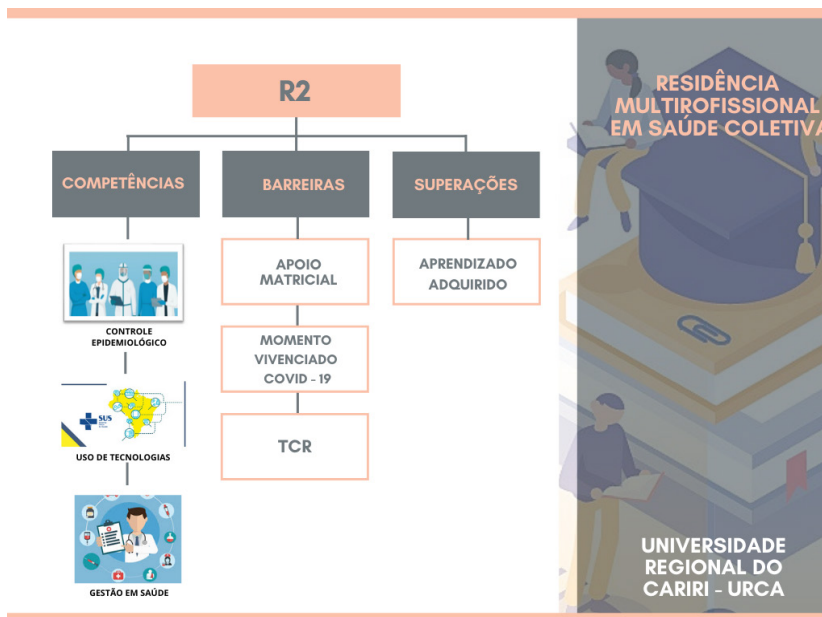


Figura 3 - Competências dos Profissionais de Educação Física Residentes no processo de formação em serviço: ano 2.

Fonte: elaboração própria

A figura 3 apresenta as similaridades identificadas nos relatos dos residentes (R2). Em relação às competências, pode-se afirmar que durante essa fase as tarefas profissionais se direcionam para o entendimento do funcionamento da gestão em saúde, precisamente em ações administrativas na Secretaria Municipal de Saúde. Tal atuação abre espaço para uma visão macro no cenário municipal a partir dessa vivência em gestão que possuem cunho administrativos de recursos humanos, financeiros, sanitários, logísticos de estabelecimentos de saúde públicos, boletins epidemiológicos da COVID19, ações de formação em educação permanente em saúde para os preceptores, reuniões remotas para apresentação técnica sobre o novo sistema “Saúde Digital Covid19” Mas, ao se refletir na perspectiva de prática no contexto da Educação Física, eclodem as primeiras barreiras.

São exemplos de atravanco o apoio matricial, que nem sempre mediatiza alguns percursos como a própria inserção do R2 no âmbito administrativo, podendo gerar extrema infertilidade para o desenvolvimento de atividades estimulantes e realmente impactantes para uma aprendizagem significativa, principalmente em tempos de pandemia como no atual cenário. Segundo Oliveira e Campos (2015) o apoio matricial busca superar a

fragmentação dos mecanismos de referência e contrarreferência por meio personalização das relações profissionais, cogestão, cuidado interdisciplinar e corresponsabilização, sendo um modelo de trabalho interprofissional e multiprofissional (RIGOTTI E SACARDO, 2020).

Outro obstáculo é a construção do trabalho de conclusão de residência (TCR), pois além da limitação imposta pela Covid-19, não há horários adequados e nem suficientes na grade curricular que viabilizem uma escrita de qualidade. Mesmo assim, infere-se que todo esse processo causa inúmeras consequências positivas, pois comumente os sujeitos tendem a aprender de maneira significativa quando perpassam com êxito situações conflituosas.

Mendes e Carvalho (2015) afirmam que há um longo caminho para que seja estruturada uma matriz curricular que permita um maior aproveitamento das vastas possibilidades inerentes à prática profissional na Residência, pois assim permitiria um direcionamento e maior dinâmica para as atividades por um período de tempo mais ajustado para cada ciclo do Programa em questão.

Enfim, no contexto da educação permanente em saúde as atividades que os residentes desenvolvem estão relacionadas a um processo formativo para os preceptores da atenção básica de saúde que tem como tema central: “Educação Permanente em Saúde” - EPS que visa fortalecer a educação continuada, e a prática reflexiva profissional. Neste lócus as práticas que acontecem mensalmente destacam-se por apresentar as competências de atuação dos profissionais na questão pedagógica e docente, iniciativa que os residentes em conjunto com os R1 ampliando o rol de conhecimentos gerais e específicos no processo de trabalho.

Entretanto, torna-se necessário enfatizar que os desafios podem existir, sendo relacionados a baixa adesão por parte dos preceptores na participação das capacitações. Segundo Vendruscolo et al (2016), a EPS é a transformação real das práticas em saúde, onde as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, estratégias contextualizadas e participativas valorizando do cotidiano como fonte de conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo oferece uma relevante contribuição através da visão de residentes inseridos tanto no âmbito institucional como nas estruturas organizativas dos serviços, representando uma interseção entre o desenvolvimento de projetos e suas execuções na atenção à saúde.

Foram diagnosticadas algumas barreiras, entre elas a baixa adesão da comunidade que interfere diretamente na projeção e alcance das ações desenvolvidas, consecutivamente nos hábitos de vida e no processo de autonomia e autocuidado em saúde do indivíduo/família/comunidade, e também a baixa adesão por parte dos preceptores nos processos

formativos de educação continuada impactando consideravelmente o fortalecimento da equipe e o trabalho colaborativo.

O trabalho em saúde pautado no alicerce da prática interprofissional e colaborativa é reconhecido por otimizar e qualificar os processos de cuidar em saúde, fortalecendo a consolidação do SUS através do exercício cotidiano de implementação do princípio da integralidade.

Entretanto é observado no texto que as barreiras ligadas à interação multiprofissional é uma realidade na prática da atenção em saúde, fomentada pelo processo de construção da identidade profissional arquitetada em um ensino tradicional, uniprofissional e fragmentado. Reproduzindo uma fragilidade na comunicação interpessoal e na autonomia de uma categoria profissional com relação a outra, a clareza de papéis, assim como na autonomia dos profissionais no que diz respeito ao processo organizativo do cuidar em saúde e execução de projetos.

Diante dos propostos resultados aponta-se também para uma problematização no processo de formação em serviço, uma vez que, o programa está voltado para uma condição marcada prioritariamente pela execução de demandas de serviços de saúde em detrimento do processo formativo, centralizando o objetivo na perspectiva do trabalho e não no processo de formação pedagógico dos profissionais envolvidos.

Nesse sentido é necessário fomentar pesquisas relacionadas às lacunas vivenciadas, assim como o fortalecimento de políticas públicas que viabilizem a implementação da Educação Interprofissional (EIP) nos serviços e Instituições de Ensino. Também se faz necessário a construção de propostas avaliativas acerca do dimensionamento das matrizes curriculares e projetos político-pedagógicos dos programas de residências.

REFERÊNCIAS

AG DA SILVA, et al. **prevenção e promoção da saúde: educação física no cenário da saúde coletiva**. Revista Conhecimento Online – Ano 5 – Vol. 2 – outubro de 2013, www.feevale.br/revistaconhecimentoonline.

Associação Brasileira Mantenedoras de Ensino Superior - ABMES. Resolução nº 6, de 18 de Dezembro de 2018. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Educação Física.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, Filipe Ferreira da. Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS?. **Rev Bras Ati Fis Saúde**, v. 24, e0067, 2019. DOI: 10.12820/rbafs.24e0067.

FALCI, D.M.; BELISÁRIO, S.A. **A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 17, núm. 47, outubro-dezembro, 2013, pp. 885-899 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil.

Universidade Regional do Cariri - URCA. Nota de Esclarecimentos sobre os Programas de Residências, publicado em 11 de maio de 2020. Disponível em < <http://www.urca.br/novo/portal/index.php/latest-news/46347-urca-emite-nota-de-esclarecimento-sobre-os-programas-de-residencia>> Acesso em 04 de maio 2021.

GOTARDO, Kelen. **Promoção à Saúde na Atenção Básica: estratégias do contexto brasileiro**. Lume Repositório Digital UFRGS, Porto Alegre 2011.

MENDES, Valéria Monteiro; CARVALHO, Yara Maria de. Sem começo e sem fim ... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada*. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 603-613, set. 2015.

OLIVEIRA, Bráulio Nogueira; WACHS, Felipe. Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial. **Rev Bras Ciênc Esporte**. v. 41, n. 2, p.183-189, 2019.

OLIVEIRA, Victor José Machado; GOMES, Ivan Marcelo. Os desafios da formação profissional em Educação Física para a área da saúde: uma interpretação a partir de periódicos da área. **Proposições**. Campinas, v. 30, e20170123, 2019.

RIGORTTI E SACARDO. Apoio Matricial e Produção de Autonomia no Trabalho em Saúde. Revista Psicologia e Saúde, v. 12, n. 3, jul./set. 2020, p. 33-46.

VENDRUSCOLO C, DELAZERE JC, ZOCCHÉ DAA, KLOH D. Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. Rev Enferm UFSM. 2016 abr/jun;6(1)143-53

CAPÍTULO 4

RELAÇÃO ENTRE MOBILIDADE FUNCIONAL E FORÇA MUSCULAR DE IDOSOS DE UM PROGRAMA PÚBLICO DE ATIVIDADES FÍSICAS

Data de aceite: 21/06/2021

Cristianne Confessor Castilho Lopes

Universidade da Região de Joinville
Joinville – SC

Marilda Moraes da Costa

Associação Educacional Luterana - Faculdade
IELUSC - Joinville – SC

Ana Letícia Ferreira Vilela

Associação Educacional Luterana - Faculdade
IELUSC - Joinville – SC

Daniela dos Santos

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador - SC

Paulo Sérgio Silva

UniSociesc/Joinville – SC

Tulio Gamio Dias

Escola de Artes, Ciências e Humanidades da
USP – São Paulo - SP

Eduardo Barbosa Lopes

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Alessandra Novak

Universidade da Região de Joinville
Joinville – SC

Laísa Zanatta

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Vanessa da Silva Barros

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Talitta Padilha Machado

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Liamara Basso Dala Costa

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Heliude de Quadros e Silva

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Youssef Elias Ammar

Universidade do Sul de Santa Catarina
Tubarão – SC

RESUMO: OBJETIVO: Verificar a relação entre mobilidade funcional e força muscular em um grupo de idosos que participam de um programa público de atividades físicas, pertencentes ao Programa Mexa-se, na cidade de Joinville/SC.

MÉTODOS: Este estudo foi quantitativo de cunho descritivo correlacional realizado de forma não probabilística do tipo intencional, e contou com uma amostra aleatória de 42 idosos, aos quais foram aplicados dois testes de equilíbrio: o Teste de Sentar e Levantar (TSL) e o *Timed Up and Go Test* (TUGT). Os idosos também responderam a um questionário (15 questões fechadas e abertas) sobre fatores sociodemográficos e sobre a saúde e o nível de atividade física dos idosos. **RESULTADOS:** Participaram idosos de ambos os sexos (27 mulheres) e (15 homens) com idades entre 60 e 75 anos (média = 68,00 anos; Tempo de participação no programa Mexa-se foi de mais de 3 meses. Foram encontradas

relações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o TUGT. Evidenciando que existe uma correlação entre TUGT e TSL, estatisticamente significativo ($p < 0,022$). Em relação aos valores obtidos TSL com a TVM, apresentou uma correlação significativa ($p < 0,000$). E para TUGT e TVM, também apresentou uma correlação significativa ($p < 0,003$). Com base na análise dos dados constatou que todos os idosos apresentaram bom nível de atividade física, porém, o grupo apresentou na avaliação antropométrica uma classificação do IMC de sobrepeso. **CONCLUSÃO:** Este estudo encontrou correlação entre a mobilidade funcional dos idosos através dos TSL e TVM; demonstrou que o grupo participante do programa apresentaram resultados positivos. Isto indica a importância de otimização nos programas de prevenção e reabilitação para os idosos, sejam incluídas atividades com exercícios de força, coordenação e equilíbrio e para manter a mobilidade funcional de idosos comunitários. E também intensificar as atividades como forma de redução do IMC dos idosos.

PALAVRAS - CHAVE: Idosos; Força Muscular; Mobilidade Funcional; Atividade Física

RELATIONSHIP BETWEEN FUNCTIONAL MOBILITY AND MUSCLE STRENGTH OF THE ELDERLY IN A PUBLIC PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM

ABSTRACT: OBJECTIVE: To verify the relationship between functional mobility and muscle strength in a group of elderly people participating in a public program of physical activities, belonging to the Mexa-se Program, in the city of Joinville / SC. METHODS: This was a quantitative, correlational descriptive study carried out in a non-probabilistic, intentional type, and included a random sample of 42 elderly people, to whom two balance tests were applied: the Sit and Stand Test (TSL) and the Timed Up and Go Test (TUGT). The elderly also answered a questionnaire (15 closed and open questions) about sociodemographic factors and about the health and physical activity level of the elderly. RESULTS: Elderly men and women (27 women) and (15 men) aged between 60 and 75 years old (average = 68.00 years; Time of participation in the Stir-up program was more than 3 months. Relationships were found statistically significant ($p < 0.05$) for TUGT. Evidencing that there is a correlation between TUGT and TSL, statistically significant ($p < 0.022$). Regarding the values obtained TSL with TVM, it showed a significant correlation ($p < 0.000$) and for TUGT and TVM, it also showed a significant correlation ($p < 0.003$). Based on the analysis of the data, it was found that all the elderly people presented a good level of physical activity, however, the group presented in the anthropometric assessment a classification of overweight BMI. CONCLUSION: This study found a correlation between the functional mobility of the elderly through TSL and TVM; demonstrated that the group participating in the program had positive results. This indicates the importance of optimization in the prevention and rehabilitation programs for the elderly, including activities with strength, coordination and balance exercises and to maintain the functional mobility of elderly community members. And also to intensify activities as a way of reducing the BMI of the elderly.

KEYWORDS: Elderly; Muscle strength; Functional Mobility; Physical activity.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural para o ser humano, e com isso, em função do tempo, começam a ocorrer alterações e desgastes em todo o sistema do organismo

humano, como por exemplo, déficit na capacidade funcional e alterações fisiológicas. Essas mudanças ocorrem de forma individualizada, evoluindo progressivamente (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, Motta (2004) enfatiza que o envelhecimento cronológico é iniciado na infância, e facilmente mensurável, enquanto as mudanças biológicas associadas à idade são de difícil aferição. E para Fecine e Tompieri (2012) o processo de envelhecimento e as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos, os mesmos destacam que é possível perceber que o envelhecimento primário é definido geneticamente determinado ou pré-programado, que está presente em todas as pessoas do mundo. Por outro lado, o envelhecimento secundário é o envelhecimento resultante das interações das influências externas, ou seja, a variável entre indivíduos em meios diferentes, influenciada por características decorrentes de fatores culturais, geográficos e cronológicos.

Ressalta-se que o processo de envelhecimento compromete a capacidade do sistema nervoso central de processar os sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, assim como reduz a capacidade de modificação dos reflexos (BARIN, 2011).

No Brasil, os idosos ganham espaço na pirâmide populacional, assim, surgem desafios para os profissionais da área da saúde, visto que o envelhecimento traz consigo doenças crônico-degenerativas que atingem a qualidade de vida desta população que se dá pela autonomia e independência para realizar as tarefas diárias (CARDOSO et al., 2012).

Estimativas projetam que o número de idosos até 2025 será superior a 30 milhões no Brasil, e a velhice tanto poderá ser acompanhada por altos níveis de doenças crônicas quanto por saúde e bem-estar (DEBERT, 1999; LIMA, 2003; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Estudos têm apontado que a prática regular de atividades físicas é fundamental na melhora e manutenção da capacidade funcional, fazendo com que os idosos mantenham e melhorem sua independência e autonomia, além de reduzir risco de doenças não transmissíveis, depressão e declínio cognitivo (WHO, 2006; 2015).

Lins e Corbucci (2007) relatam em seu estudo as razões que levam indivíduos com 60 anos ou mais a praticarem exercícios regularmente. O principal motivo identificado foi o prazer, seguido pelo intuito de melhorar a saúde. Isso evidencia que informações sobre os benefícios da atividade física como forma de prevenção à saúde biopsicossocial do idoso (MACIEL, 2010).

Segundo Maciel (2010) a prática de atividade física, como exercícios aeróbios associados a força e resistência muscular, é fator de prevenção e monitoramento de enfermidades ocasionadas pela velhice.

A presente pesquisa teve como objetivo verificar a relação entre a mobilidade funcional e a força muscular de um grupo de idosos que participaram de um programa público de atividades físicas “Mexa-se” na cidade de Joinville.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo de cunho descritivo comparativo, recorte de um estudo maior. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Faculdade IELUSC sob o número Parecer nº. 3.275654/2019. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participantes do Estudo

De um total de 42 idosos que participaram do “Programa Mexa-se”, realizado na Arena, bairro Bucarein da cidade de Joinville-SC, foram avaliados 27 mulheres idosas e 15 homens com idade igual ou superior a 68 anos selecionados aleatoriamente. Foi excluída uma participante (com idade acima de 84 anos).

Todos os participantes frequentavam há mais de três meses o “Programa Mexa-se”, realizado pela SESPORTE (Secretaria de Esportes de Joinville). A Secretaria de Esportes – SESPORTE, preocupada com a saúde, lazer, bem estar e qualidade de vida da população, implantou em agosto de 2014, o Programa “MEXA-SE”. O programa MEXA-SE realiza atividades físicas sistemáticas em grupo de forma gratuita; envolvendo: ginástica, danças, caminhada monitorada, exercícios posturais, respiratórios, alongamentos e relaxamentos, há sempre um profissional da área de educação física que supervisiona as ações, além disso o programa conta com a participação dos monitores de educação física, que ministram as práticas de atividades físicas. As atividades oferecidas pelo MEXA-SE acontecem no período de março a novembro com 2 (duas) aulas semanais com média de 1 hora de duração. O desenvolvimento das atividades acontece conforme os objetivos descritos no programa e seu cronograma de funcionamento de acordo com as especificidades e características próprias do grupo.

O Programa Mexa-se, que se configura como uma atividade contínua que se propõe uma ação voltada para a prática de atividade física regular, a incorporação de hábitos saudáveis e a inclusão social, atende a comunidade na fase adulta. Eles acontecem em quatro eixos, O mexa-se RUN, Mexa-se Funcional, Mexa-se Esportes Adaptados e o Mexa-se (ginásticas e ritmos que foi avaliado e faz parte deste estudo).

Segundo as diretrizes American College of Sports Medicine (ACMS) e American Heart Association (AHA) a recomendação para adultos mais velhos é semelhante à recomendação atualizada para adultos do ACSM / AHA, mas possui várias diferenças importantes, incluindo: a intensidade recomendada de atividade aeróbica leva em consideração a aptidão aeróbica do adulto; atividades que mantenham ou aumentem a flexibilidade são recomendadas; e exercícios de equilíbrio são recomendados para idosos com risco de queda. Além disso, os idosos devem ter um plano de atividades para alcançar a atividade física recomendada que integre recomendações preventivas e terapêuticas. A promoção da atividade física em idosos deve enfatizar a atividade aeróbica de intensidade moderada, a atividade de fortalecimento muscular, a redução do comportamento sedentário

e o gerenciamento de riscos (NELSON et al, 2007).

De acordo com Malafaia et al. (2019), durante o processo de envelhecimento são observadas alterações físicas e metabólicas. A redução da capacidade aeróbica, as mudanças da constituição corporal e o surgimento de complicações decorrentes de doenças crônicas podem levar à redução da independência e ao aumento significativo da morbimortalidade. Por isso, a importância de um plano estruturado com a prescrição do exercício esteja baseada em quatro pontos fundamentais que devem ser abordados de forma integrada e contínua: exercícios aeróbicos, flexibilidade, equilíbrio e força muscular (NELSON et al., 2007).

Cabe destacar que neste estudo participaram somente o grupo de ginásticas do Núcleo da Arena, e que participam do programa de ginástica (com exercícios de coordenação, agilidade, equilíbrio força muscular e fundamentalmente com ritmos, isso acontece para as idosas do sexo feminino e para os idosos do sexo masculino as atividades realizadas são: condicionamento funcional, exercícios de força de membros superiores e inferiores, coordenação, equilíbrio e a caminhada.

Instrumentos de Medida

As avaliações foram iniciadas por meio de um questionário em forma de entrevista abordando aspectos sociodemográficos, de saúde e prática de atividades físicas. Também foram utilizados os seguintes instrumentos de estudo para avaliar a mobilidade funcional dos idosos: O Teste *Timed Up and Go Test* (TUGT) de Schoene et al. (2013) que compõe a bateria *Senior Fitness Test* (SFT) de Rikli; Jones (2008) para avaliar a força de membros inferiores.

Para classificar o nível de atividade física (baixo, moderado e alto) dos participantes, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física - Forma versão Curta (VALIM-ROGATTO; CANDOLO, 2011) e (NAHAS,2013).

Para avaliação da massa muscular foi utilizada uma equação preditiva (SOARES; MARCELINO; MAIA, 2017) estabelecendo o Índice de Massa Muscular Total que varia entre 5,9 a 9,5 kg.m², calculado pela Equação (1), onde o Índice de Massa Muscular Total é expresso por $IMMT (kg.m^2) = MMT / E_2$. Massa Muscular Total (MMT) = 0,244 PC + 7, 80.E1 - 0, 098.I + 6, 6.S + E₁ 3,3. Onde PC é o peso corporal, em kg; E₁ é a estatura, em metros; I a idade, em anos; S é o sexo (masculino = 0 e homem =1); E₁ a etnia (caucasianos = 0, asiáticos = -1,2 e afro-descendentes = 1,4).

Utilizou-se ainda uma balança digital com resolução de 50g para mensurar a massa corporal (Modelo OMRON), com capacidade 150 kg, um Estadiômetro com resolução de 1 mm para aferir a estatura (Modelo ES2020 da Marca Sanny®, BR).

Após a determinação do IMC, os participantes foram classificados em três grupos: Baixo peso <22 kg/m²; Eutróficas 22 a 27 kg/m²; e Sobrepeso >27 kg/m². Esta classificação do estado nutricional com base no IMC foi proposta pela Nutrition Screening Initiative.

Estes pontos de corte foram adotados para idosos no Brasil segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Análise dos Dados

A tabulação e análise dos dados foi realizada no software GraphPad Prism 6®. Foram obtidos dados da estatística descritiva. Para verificar a relação entre a mobilidade funcional e as demais variáveis (IMC, idade, TUGT, TSL e TVM), utilizou-se o Teste de Correlação de Pearson, com nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Todos os participantes do estudo foram classificados como tendo bom nível de atividade física, apenas o grupo de idade máxima apresentou na avaliação antropométrica uma classificação de sobrepeso, conforme a Tabela 1.

A Tabela 1 mostra os dados da estatística descritiva (médias e desvios-padrões) de cada variável controlada. Como o IMC foi utilizado como referência para classificar os participantes envolvidos no estudo, foi também realizada uma análise de correlação entre esta variável e as demais, conforme resultados da Tabela 1.

	IDADE	IMC	TUG	TVM	TSL
M	68,0	28,9	6,43	1,79	19,7
DP	5,08	3,41	0,9	0,24	4,4
Min	60	20	5,08	1,19	11
Max	79	35,8	10,2	2,43	29

Legenda: IMC, Índice de Massa Corporal (kg/m^2); Idade, em ano; Índice de Massa Muscular Total (5,9 a 9,5 $\text{kg}.\text{m}^2$). TUGT (Teste *TimedUpandGo Test*); TVM (Testes de velocidade da marcha); TSL (Teste de Sentar e Levantar). Todas as variáveis apresentam média M e desvio padrão (DP). * diferença significativa ($p < 0,05$).

Tabela 1 - Resultados das variáveis Idade, IMC TSL x TUGT e TSL x TVM

Com isso, observa-se que os resultados alcançados foram descritos como estatística descritiva (médias e desvios-padrões) de cada variável controlada. Como o IMC foi utilizado como referência para classificar os participantes envolvidos no estudo, foi também realizada uma análise de correlação entre esta variável e as demais.

A Tabela 2 mostra que houve correlação entre o TUGT e TSL, TUGT e TVM os valores obtidos TSL com a TVM.

	valor r	valor p
TUGT X TSL	r -0,35	p 0,022*
TUGT x TVM	0,45	p 0,003*
TSL x TVM	r 0,68	p 0,000*

*** Teste de Correlação de Pearson**

Legenda: IMC, Índice de Massa Corporal (kg/m²); Idade, em ano; Índice de Massa Muscular Total (5,9 a 9,5 kg.m². TUGT (Teste *TimedUpandGo Test*);TVM (Testes de velocidade da marcha); TSL (Teste de Sentar e Levantar). Todas as variáveis apresentam média M e desvio padrão (DP).* Coeficientes de correlação significativos (p<0,05).

Tabela 2 – Relação entre a mobilidade funcional as variáveis (TGUT; TSL e TVM)

Durante a realização do teste, o idoso foi instruído a levantar-se, andar um percurso linear de três metros, fazer um giro 180° e regressar e tornar a sentar-se apoiando braços e costas na mesma cadeira, sendo que todo o período do teste foi cronometrado. A cronometragem inicia quando o idoso desencosta a coluna da cadeira e finaliza quando a encosta novamente. Foi utilizado um cronômetro digital e o local exato da cadeira, assim como o ponto de retorno, três metros à frente, foram claramente marcados com fita adesiva amarelo ouro. Todos os idosos pertencentes ao programa foram avaliados em um único mês, em uma sala ampla de treinamento esportivo da Arena Joinville. Conforme os resultados indicados por (PODSIADLO; RICHARDSON,1991): (1) TUGT até dez segundos - idoso sem alteração de equilíbrio e com baixo risco de quedas; (2) TUGT entre 11 e 20 segundos - idoso sem alteração importante de equilíbrio, mas apresentando alguma fragilidade e médio risco de quedas; (3) TUGT maior que 20 segundos e menor que 30 segundos - idoso com necessidade de intervenção; (4) TUGT maior que 30 segundos - idoso com alto risco de quedas e indivíduos dependentes em atividades de vida diária (AVDs) e com mobilidade alterada.

Neste estudo, foram investigados parâmetros de força muscular e mobilidade funcional dos membros musculares inferiores. Na análise da correlação de Pearson, é possível perceber uma alta correlação entre os testes entre TUGT (r>0,35) e para TSL e TUGT (r>0, 45) sobretudo, e para TVM; TSL(r>0, 68) TVM enquanto o valor (p 0,003), respectivamente, no qual apresenta-se um indicativo de validade significativo (p<0,05) (GARCIA, 2007).

Para avaliar o grau de mobilidade funcional, foi utilizado o teste do levantar e caminhar cronometrados (TUGT). Em seu resultado não foi detectada diferença estatística

entre as médias do TUGT apresentadas pelos sexos, tanto na comunidade ($p>0,05$), quanto na ILPI ($p>0,05$). Homens e mulheres residentes na ILPI apresentaram média de TUG significativamente maior que homens e mulheres da comunidade ($p<0,01$). Foi detectada diferença significativa entre as médias de TUG, quando comparadas em termos de faixa etária ($p=0,003$).

Considerando, que a mobilidade funcional é maior entre os idosos que residem na comunidade, e que os homens e mulheres apresentam nível semelhante de desempenho na mobilidade funcional, a qual decresce com a idade, em todas as faixas etárias. Em comparação com este estudo, apesar de ($n<$) os participantes obtiveram um resultado bastante expressivo no Teste TUG ($p 0,0022$), atribuindo assim que a prática tem trazido benefícios no fortalecimento muscular dos idosos.

Já no estudo realizado por Souza et al. (2013) o objetivo é avaliar e comparar uma medida de mobilidade funcional em idosos residentes na comunidade e em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), e verificar sua relação com idade e sexo de diferentes locais. Participaram deste estudo 413 idosos, sendo 72 institucionalizados (80,9 \pm 8,1 anos; 53 mulheres) e 341 da comunidade (69,8 \pm 7,5 anos; 269 mulheres).

DISCUSSÃO

O envelhecimento se dá conforme a idade vai avançando, as estruturas relacionadas à locomoção também são alteradas. Os ossos tornam-se mais frágeis e, assim, há maior risco de fraturas; acontece a perda de massa e de força muscular, ocorrendo dificuldades na manutenção do equilíbrio e, como consequência, o idoso pode apresentar diminuição da agilidade e o andar fica lento e arrastado (SANTOS, 2010). O presente estudo observou que a mobilidade funcional apresenta uma correlação entre TUGT, a idade e as demais variáveis, e que encontra-se preservada. Apesar de que a literatura apresenta que o envelhecimento pode causar várias modificações estruturais e funcionais nos idosos. Para este estudo não foram levadas em consideração as particularidades dos indivíduos e nem dados socioeconômicos. O grupo apresenta um bom nível de atividade física, porém encontram-se em sobrepeso.

No presente estudo foram correlacionadas os Testes TUGT, TSL e TVM entres elas e com as demais variáveis (IMC, Idade). E Lemos et al. (2006) destacam que a perda da independência funcional, decorrente da incapacidade de deambular nos idosos, vem sendo a principal causa da ocorrência da fratura de quadril, seja ela por limitação funcional ou por medo de quedas. Outro fator é a inatividade física que leva à piora da osteoporose e aumenta assim, ainda mais os riscos de quedas e consequentemente a novas fraturas.

Com base nos realizados por (MACIEL, et al., 2005; SIQUEIRA et al., 2007; ALVARES et al., 2010) no que se referem maior prevalência de quedas nos idosos, concluíram que quanto maior a idade do idoso, maior é o risco de queda, devido à redução na qualidade

e na quantidade das informações necessárias para o controle postural de forma eficiente.

Groisman (2002) explica que a velocidade de declínio das funções fisiológicas é exponencial, isto é, durante o processo de envelhecimento existem perdas funcionais que é acelerada com o aumento da idade. Neste sentido, há um efeito cumulativo de alterações funcionais, com degeneração progressiva dos mecanismos que regulam as respostas das fases celulares e orgânicas, associadas às agressões externas, levando ao desequilíbrio funcional do organismo em geral, por isso, a importância de ações de voltada à avaliação e na prevenção da saúde dos idosos (BRASIL, 2009).

Durante as fases da vida, o indivíduo sofre as principais alterações biológicas: diminuição da massa muscular e da densidade óssea; perda da força muscular; deficiência da agilidade, coordenação motora e equilíbrio; deficiência da mobilidade articular, maior rigidez das cartilagens, tendões e ligamentos; diminuição da capacidade termorreguladora; maior trabalho ventilatório aos esforços; deficiência das funções hepática e renal; menor número e tamanho dos neurônios; queda do tempo de reação e da condução nervosa (LIMA, 2014).

Moura et al. (2012) analisou os efeitos do treinamento de força, de equilíbrio e de alongamentos sobre a mobilidade funcional de idosos e observou benefícios nas idosas com baixa massa óssea tanto no grupo controle quanto no grupo treinado.

Kemmler et al. (2003;2007) mencionam quanto à prevenção da perda óssea, os exercícios de alto impacto mostraram-se mais eficientes, pois esse tipo de exercício exige uma maior resistência óssea, expondo, assim, esses ossos a episódios de estresse, e por um lado causando efeitos positivos quanto à rigidez desses ossos, mas que por outro lado pode ocasionar fraturas quando eles são expostos a extremo grau de estresse.

A partir dos dados obtidos no estudo realizado por Santos et al. (2010) pode-se concluir que o exercício físico é dado como fator importante tanto na prevenção quanto no tratamento da osteoporose. E que a maioria dos estudos apresentou temáticas voltadas à prevenção. Foi possível verificar que os exercícios possuem especificidades, e os mais utilizados no tratamento da osteoporose foram caracterizados como de baixa e média intensidade, uma vez que os ossos dos idosos acometidos pela osteoporose podem ser fraturados se empregados exercícios intensos e que produzam grandes impactos.

Destaca-se ainda, que os exercícios que agem na melhora do equilíbrio e coordenação são eficientes no tratamento, pois podem reduzir os riscos de quedas que poderiam vir a causar fraturas para o acometido pela doença. Também se observou que os exercícios utilizados na prevenção da osteoporose foram caracterizados como de alta intensidade, por aumentarem significativamente a densidade mineral óssea e porque como na prevenção a pessoa não apresenta osteoporose, é menor o risco de fraturas (SANTOS et al., 2010).

Logo, apontando os aspectos da mobilidade funcional e força muscular em idosos, é correto afirmar que, como as propriedades mecânicas do complexo músculo-tendão e

a capacidade muscular de produzir força levando o idoso a uma predisposição à queda e a possíveis fraturas ósseas, estudos apontam que exercícios de alongamento, às vezes associados a outros tipos de atividades, permitem aumento e manutenção da amplitude articular, pois alteram as características visco elásticas da musculatura e modificam seu comportamento em atividades dinâmicas.

Conforme o objetivo proposto deste estudo que foi de verificar se existe relação entre a força e a mobilidade funcional e assim contribuir para o planejamento das ações de atividades físicas do programa. Desse modo, o treinamento de força é uma das medidas terapêuticas para amenizar a fraqueza muscular com o avanço da idade. Uma modalidade esportiva que é capaz de proporcionar ganhos bastante expressivos na força dos músculos, que pode ser realizada com o auxílio de alguns materiais, como halteres, anilhas, barras, aparelhos elásticos, em clínicas de reabilitação e em academias de atividades físicas (MEDEIROS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo encontrou correlação entre a mobilidade funcional em função muscular de membros inferiores dos idosos através dos TSL e TVM; demonstrou que o grupo participante do programa apresentou resultados positivos. Isto indica a importância de otimização nos programas de prevenção e reabilitação para os idosos sejam incluídas atividades com exercícios de força, coordenação e equilíbrio e para manter a mobilidade funcional de idosos comunitários. Também destacamos que o grupo participantes apresenta sobrepeso, sugere-se intensificar atividades com objetivo na redução do IMC.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES L, LIMA R, SILVA R. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**. p. 26:31-40, 2010.

BARIN K, Dodson EE. **Dizziness in the elderly**. *Otolaryngol Clin North Am* 2011; 44(2): 437-54.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, p. 244, 2009.

CARDOSO, M. S. et. al. **A prática de exercícios físicos nas academias da terceira idade, prática de atividade física para idosos**. *Estação Científica Online*, v. 4, p. 1-13, 2012.

DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus, p.227, 1999.

FECHINE, Basílio Rommel TROMPIERI, Nicolino. **O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos.** Revista Científica Internacional. 20 ed. v. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica----es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

GARCIA. **Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population.** BMC Public Health.; p. 7 (2):1-9. 2007

GROISMAN, E.A., KAYSER, J., AND SONCINI, F.C. (2002) **REGULATION OF POLYMYXIN RESISTANCE AND ADAPTATION TO LOW-MG2+ ENVIRONMENTS.** J BACTERIOL. p. 179: 7040–7045.

KEMMLER W, ENGELKE K, VON STENDEL S, WEINECK J, LAUBER D, KALENDER WA. **Long-term four-year exercise has a positive effect on menopausal risk factors: the Erlangen Fitness Osteoporosis Prevention Study.** J Strength Cond Res.; p. 21(1):232-9, 2007.

KEMMLER W, ENGELKE K, WEINECK J, HENSEN J, KALENDER WA. **The Erlangen Fitness Osteoporosis Prevention Study: a controlled exercise trial in early postmenopausal women with low bone density-first-year results.** Arch Phys Med Rehabil. p. 84(5):673-82, 2003.

KEMMLER Georg, Weiss, Elisabeth M; Stadelmann, Edith; Kohler, Christian G; Brensinger, Colleen M; Nolan, Karen A; et al. **Journal of the International Neuropsychological Society : JINS; Cambridge.** Vol. 13, Ed. 5, p. 881-7, out/2003.

LEMOS, MCD, MIYAMOTO, S.T, VALIM, V, NATOUR J. **Qualidade de vida em pacientes com osteoporoze: correlação entre OPAQ e SF-36.** Rev Bras Reumatol. p. 46(5):323-8, 2006.

LIMA, A.C **Os benefícios do Pilates no processo de envelhecimento.** 2014.

LIMA, L.C. **A Escola como Organização Educativa: Uma Abordagem Sociológica.** São Paulo, Cortez. p. 189, 2003.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. **Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras.** Interface – Comunic., Saude, Educ., v.12, n.27, p.795-807, 2008.

LINS, Raquel Guimarães e CORBUCCI, Paulo Roberto. **A importância da motivação na prática de atividade física para idosos.** Estação Científica Online. Juiz de Fora, n. 04, abr/ mai 2007.

MACIELA, GUERRA R. Prevalência e fatores associados de equilíbrio em idosos. **Rev Bras Ciênc Mov.** p. 13:37-44, 2005.

MACIEL, Marcos Gonçalves. **Atividade Física e funcionalidade do idoso.** Motriz, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

MALFAIA, Felipe Lopes; BUGLIA, Susimeire. Prescrição de atividade física em idosos: Nunca é tarde demais para combater o sedentarismo. Rev DERC,v. 25, n. 1: p.14-18, 2019.

MEDEIROS, James Fernandes. **Efeitos do treinamento de força na saúde do idoso**. Buenos Aires: EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires, a.15, n 148, sept. 2010. Disponível em: Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd148/efeitos-do-treinamento-de-forca-do-idoso.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

MOTTA, L.B. Processo de envelhecimento. In: A.L. Saldanha e C.P. Caldas (Ed.), **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência. p.115- 124, 2004.

NAHAS, Markus Vinícius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6 ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NELSON, ME, REJESKI, WJ, BLAIR SN, DUNCAN PW, JUDGE JO, KING AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**; p.116:1094–105, ago 2007.

PODSIADLO D, RICHARDSON S. The Timed “Up and Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **J Am Geriatr Soc.**; p. 39:142-8, 1991.

RIKLI, Roberta; JONES, Jessie. **Teste de Aptidão Física para Idosos**. São Paulo: Manole, 2008.

SANTOS, Marcelo Lasmar dos; BORGES, Grasiely Faccin. **Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática**. **Fisioter. mov. (Impr.)**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 289-299, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502010000200012&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 July 2020.

SIQUEIRA, F, FACCHINI LA, PICCINI RX, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**. p.41:749-56, 2007.

SCHOENE, D.; WU, S.M.; MIKOLAIZAK, A. S.; MENANT, J. C.; SMITH, S. T.; DELBAERE, K.; LORD, S. R. **Discriminative Ability and Predictive Validity of the Time Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis**, *Journal American Geriatrics Society*, v.61, p.202- 208, 2013.

SOARES, A. V.; MARCELINO, E.; MAIA, K. **Relação entre mobilidade funcional e dinapenia em idosos com fragilidade**. *Revista Einstein*, São Paulo, v. 15, n. 47, p. 278 - 282, 2017.

SOUZA, Cibele Cardenaz de et al . Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 285-293, 2013. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 13 July 2020>.

TRIBESS S. Prescrição de exercícios físicos para idosos. *Saúde.com [periódicos na Internet]*. 2005 Dez [acesso em 06 ago 2020]; 1(2):163-72. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/58>

VALIM-ROGATTO, P. C.; CANDOLO, C. **Nível de Atividade Física e sua Relação com Quedas Acidentais e Fatores Psicossociais em Idosos de Centro de Convivência**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, maio, 2011.

WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO child growth standards based on length/ height, weight and age**. *Acta Paediatr Suppl*. 450:76–85, 2006.

WHO (World Health Organization) **World report on ageing and health**. Luxembourg: WHO; 2015. [acesso em 06 ago 2020]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA IDOSOS FRÁGEIS E SARCOPÊNICOS HOSPITALIZADOS: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 21/06/2021

Data da submissão: 04/06/2021

Tatiane Caroline Boumer

Fundação Estatal de Atenção à Saúde de
Curitiba
Curitiba, Paraná
ORCID: 0000-0001-8538-5410

Elizabete Cristina Faustino

Fundação Estatal de Atenção à Saúde de
Curitiba
Curitiba, Paraná
ORCID: 0000-0002-8355-3094

Flavia Dawidowicz Cania

Fundação Estatal de Atenção à Saúde de
Curitiba
Curitiba, Paraná
ORCID: 0000-0002-4746-4318

Helena Queiroz Moraes

Fundação Estatal de Atenção à Saúde de
Curitiba
Curitiba, Paraná
ORCID: 0000-0001-6517-4720

Regiane Mendes Tarocco Borsato

Fundação Estatal de Atenção à Saúde de
Curitiba
Curitiba, Paraná
ORCID: 0000-0002-5569-181X

Paulo Henrique Coltro

Fundação Estatal de Atenção à Saúde de
Curitiba
Curitiba, Paraná
ORCID: 0000-0002-0548-3561

RESUMO: A sarcopenia e a fragilidade podem ser onerosas ao sistema de saúde e aumentar a dependência de idosos hospitalizados, diante desse fato propostas de reabilitação no ambiente hospitalar podem auxiliar na recuperação cinético-funcional e até mesmo evitar a progressão das mesmas. Porém, questiona-se até que ponto intervenções nesse ambiente são eficazes. **Objetivo:** Buscar na literatura propostas de reabilitação, baseadas em exercícios físicos, no ambiente hospitalar para idosos frágeis e sarcopênicos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de maio à junho de 2020, em duas bases de dados eletrônicas em língua inglesa: *Science Direct* e *PubMed*, com os seguintes descritores: “*frail elderly*”, “*hospitalization*”, “*exercise therapy*” e “*sarcopenia*”, com as seguintes estratégias de busca: “*sarcopenia OR frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy*”, “*sarcopenia AND hospitalization AND exercise therapy*”, “*frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy*” e “*sarcopenia AND frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy*”. Dos 6957 artigos encontrados, 28 foram selecionados para leitura, 13 foram excluídos pelo resumo e 5 após leitura na íntegra, sendo assim, 10 artigos foram incluídos nessa revisão. **Resultados:** Os defechos das intervenções foram baseadas em avaliações clínicas (pré e pós) e resultados favoráveis foram encontrados pós-reabilitação: aumento da força e potência muscular, velocidade da marcha, funcionalidade e melhora do equilíbrio. Dentre as intervenções destacam-se a deambulação, exercícios resistidos para membros inferiores e exercícios com ênfase

no equilíbrio. **Conclusão:** Os protocolos de exercícios propostos pelos artigos incluídos nesta revisão de literatura apresentam resultados significativos na recuperação de idosos sarcopênicos e frágeis hospitalizados.

PALAVRAS - CHAVE: Terapia por exercício, Idoso Fragilizado, Sarcopenia, Hospitalização, revisão de literatura..

EXERCISE THERAPY FOR FRAGILE AND SARCOGENIC ELDERLY HOSPITALIZED: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Sarcopenia and frailty can be costly to the health system and increase the dependency of hospitalized elderly, in view of this fact, proposals for rehabilitation in the hospital environment can assist in the kinetic-functional recovery and even prevent their progression. However, it is questioned to what extent interventions in this environment are effective. Objective: to search the literature for proposals for rehabilitation, exercise therapy, in the hospital environment for frail and sarcopenic elderly. Methodology: This is a literature review carried out from May to June 2020, in two electronic databases in English: Science Direct and PubMed. Using the following described: “frail elderly”, “hospitalization” “exercise therapy” and “sarcopenia”, with the following search strategies: “sarcopenia OR frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy”, “sarcopenia AND hospitalization AND exercise therapy”, “Frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy” and “sarcopenia AND frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy”. Of the 6957 articles found, 28 were selected for reading, 13 were excluded from the abstract and 5 after reading in full, thus, 10 articles were included in this review. Results: The outcomes of the interventions were based on clinical evaluations (pre and post) and favorable results were found after rehabilitation: increased muscle strength and power, gait speed, functionality and improved balance. Among the interventions used, walking, resistance exercises for lower limbs and exercises with emphasis on balance. Conclusion: The exercise protocols proposed by the articles included in this review present significant results in the recovery of hospitalized sarcopenic and frail elderly.

KEYWORDS: Exercise therapy, Frail Elderly, Sarcopenia, Hospitalization, review.

INTRODUÇÃO

A sarcopenia é uma das doenças que mais compromete a qualidade de vida e funcionalidade dos idosos (BATSIS et al., 2015; JANSSEN; HEYMSFIELD; ROSS, 2002), a mesma também é onerosa (MIJNARENDS et al., 2018; SOUSA et al., 2016), pois além de gerar desfechos funcionais ruins, apresenta associações com outras comorbidades, entre elas, as doenças cardíacas (BAHAT; ILHAN, 2016), respiratórias (BONE et al., 2017) e cognitivas (CHANG et al., 2016) e podem aumentar até cinco vezes mais os gastos em saúde quando o idoso necessita de hospitalização (DOS SANTOS et al., 2017).

Já a fragilidade, conseqüentemente leva o idoso a possuir mais riscos de vulnerabilidade quando hospitalizados. Têm-se observado que idosos frágeis possuem maiores riscos de apresentar declínio funcional, e maior é a mortalidade quando submetidos

à hospitalização, além de maior tempo de internamento quando comparados aos idosos robustos (CUNHA et al., 2019).

Acredita-se que presença da sarcopenia e da fragilidade, podem ser potencializadas pela hospitalização (CARVALHO et al., 2018), devido a diversos riscos de vulnerabilidade que esse ambiente permite (HOOGENDIJK et al., 2019; SATO; FERREIRA; ROSADO, 2020).

Diante desse cenário, mais do que nunca a reabilitação foi tão essencial no processo de recuperação desses idosos, seja para intervir de forma profilática e evitar o desenvolvimento dessas condições crônicas de saúde durante a hospitalização, ou quando as mesmas já presentes, intervir e evitar sua progressão.

Embora essencial, existem algumas dificuldades no que diz respeito nas intervenções durante o período de hospitalização, seja pelo processo agudo da doença, que impede o idoso de realizar as propostas terapêuticas, pela aceitabilidade dessa população, em manter a motivação e frequência dos exercícios (O'HARE et al., 2017) e pela viabilidade de implementar as propostas nesse ambiente (BROWN et al., 2006).

Em 2006 Brown et al., (2006) relataram que um programa de exercícios não parecia ser viável durante cuidados agudos hospitalizados, em função das barreiras de recrutamento que incluíam a gravidade da doença, as curtas internações e a recusa do paciente. Porém, recentemente, em uma revisão sistemática (VALENZUELA et al., 2020), os autores chegaram a conclusão que exercícios realizados no ambiente hospitalar eram seguros e eficazes para melhorar e até de atenuar o declínio da independência funcional e desempenho físicos de idosos hospitalizados.

Baseado nesses achados, resta saber se propostas de intervenção, por meio de exercícios físicos, no ambiente hospitalar em idosos hospitalizados que possuem sarcopenia e fragilidade seriam capazes de auxiliar no processo de recuperação dessa população. Sendo assim, o objetivo desse estudo é buscar na literatura propostas de reabilitação no ambiente hospitalar para idosos frágeis e sarcopênicos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura que tem por objetivo reunir informações com relação a propostas de reabilitação de idosos frágeis e sarcopênicos no ambiente hospitalar.

A buscas dos artigos foram realizadas em duas bases de dados eletrônicas de artigos em língua inglesa, *Science Direct* e *PubMed* e foram utilizados os seguintes descritores: “*frail elderly*”, “*hospitalization*” “*exercise therapy*” e “*sarcopenia*”, com as seguintes estratégias de buscas: “*sarcopenia OR frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy*”, “*sarcopenia AND hospitalization AND exercise therapy*”, “*frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy*” e “*sarcopenia AND frail elderly AND hospitalization AND exercise therapy*”. Todo o processo de busca nos portais de periódicos ocorreu entre maio e junho de 2020.

Foram incluídos nesta revisão artigos com: população idosos frágeis e/ou sarcopênicos hospitalizados, que continham intervenções fisioterapêuticas no ambiente hospitalar e eram aplicadas na população. E foram excluídos os artigos: no qual a população idosa era da comunidade ou de instituições de longa permanência, revisões sistemáticas, metanálises e cartas de comunicação. Todo o processo de seleção dos artigos está apresentado na Figura 1.

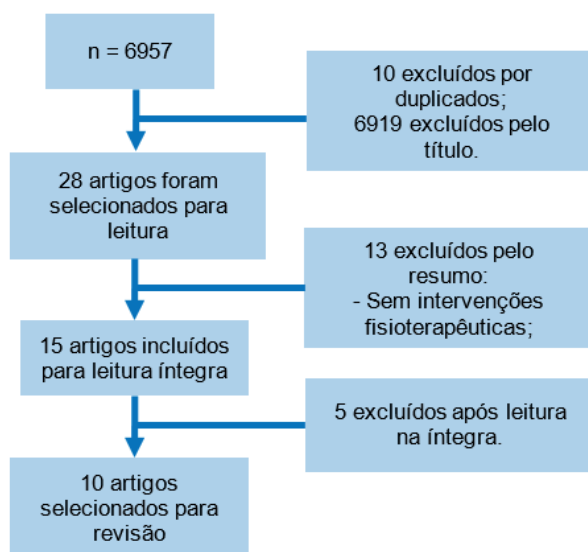


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos.

Depois da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura na íntegra dos artigos selecionados para revisão, foi desenvolvido um check-list para encontrar informações relevantes para esta revisão: autores/ano, amostra, objetivo do estudo, medidas clínicas utilizadas, protocolo de reabilitação e desfechos. Verificou-se também quais são as propostas mais comuns entre os protocolos utilizados nos estudos. Todos os dados foram compilados em planilha Excel e todo o processo de buscas, seleção, análise dos artigos e análise de qualidade foram realizadas por pelo menos dois pesquisadores.

Outro check-list avaliava a qualidade dos artigos, a pontuação percentual foi calculada como a razão entre a pontuação alcançada e a pontuação máxima possível, multiplicada por 100. Pontuava-se 2, quando a descrição ou justificativa era satisfatória, 1 quando os detalhes eram limitados ou 0 quando nenhuma informação eram relatada, a pontuação máxima foi de 10 pontos. A qualidade geral dos trabalhos foi classificada com base nos critérios sugeridos por (HOOTMAN et al., 2011): baixa qualidade (pontuação

<33), qualidade média (pontuação variando de 33 a 66%) e alta qualidade (pontuação >67%). Compunham a avaliação de qualidade dos artigos as seguintes questões: (Q1) Existe detalhamento das características amostrais?, (Q2) Os autores utilizaram medidas clínicas para avaliar os pacientes?, (Q3) Existe um protocolo de intervenções: tempo, frequência, intensidade?, (Q4) Existe grupo controle ? e (Q5) Os resultados foram descrito de forma clara?.

RESULTADOS

Dez artigos foram elegíveis para esta revisão. No Quadro 1, está apresentado o detalhamento dos estudos incluídos, baseado no check-list desenvolvido para esta pesquisa.

Autores/ano	Amostra	Objetivo	Medidas clínicas	Protocolo	Desfechos
Momosaki et al. 2015	GE: 16.835 (idade 85 ±6.8); GC: 51.749 (idade 85 ±7)	Examinar os efeitos da reabilitação precoce sobre a mortalidade hospitalar em 30 dias em pacientes idosos com pneumonia.	Não utilizaram	Revisão de prontuários. GC: sem reabilitação; GE: Tempo: 20 minutos; Frequência: 7 dias; Proposta: deambulação precoce e exercícios adaptativos ou assistenciais.	As taxas de mortalidade hospitalar em 30 dias foram de 5,1% no GE e 7,1% no GC; A reabilitação esteve associada a uma redução da mortalidade precoce em idosos, especialmente naqueles com pneumonia grave.
Motoky et al 2019	171 pacientes Grupo Barthel >60pts pré: 115 (idade 72); Grupo Barthel <60pts pré: 56 (idade 83)	Examinar o impacto da reabilitação cardíaca hospitalar na incapacidade e no prognóstico dos pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca aguda descompensada.	Índice de Barthel	Tempo: 30 minutos; Frequência: 5 dias por semana; Proposta: mobilização e deambulação precoce, atividade aeróbica (caminhada ou bicicleta ergométrica) e treinamento resistido (agachamento, fortalecimento da panturrilha e treinamento com pesos) com um valor de intensidade de Karvonen de 0,3 – 0,5 ou valor da escala de Borg de 11–13.	Melhores resultados no Índice de Barthel pós reabilitação cardíaca foram observados em pacientes com Barthel<60pts pré.
Asteasu et al 2019	GE: 65 (idade 86±5); GC: 65 (idade 88 ± 4). Idosos capazes de responder comandos, de deambular e que não apresentassem instabilidade clínica.	Analisar os efeitos de um treinamento multicomponente na função de mobilidade dos membros inferiores durante atividades de vida diária em idosos durante a permanência em uma unidade de cuidados intensivos para idosos.	Sort Physical Performance Battery (SPPB), Gait Velocity Test (GVT) + dupla tarefa, força muscular máxima e potência, Força de Preensão Manual (FPM).	GC: recebeu reabilitação quando necessário; GE: Tempo: 20 minutos; Frequência 2 sessões diárias, 5 a 7 dias por semana. Proposta: exercícios de resistência progressiva (2 e 3 séries de 8 e 10 repetições carga equivalente a 30% e 60% de 1 repetição máxima (RM)), deambulação e exercícios de equilíbrio estático e dinâmico: redução da base de suporte, caminhadas em linha reta e em superfícies instáveis, transferência de peso entre membros inferiores (3 a 8 repetições) com aumento do nível de dificuldade (privação da visão, alteração do posicionamento dos membros superiores). O atendimento era considerado concluído quando o paciente executava 90% dos exercícios propostos. 2º atendimento do dia: exercícios funcionais usando cargas leves (tornozeleiras de 0,5 e 1 kg - 2 a 3 séries de 10 repetições) e caminhada diária.	Na alta o GE mostrou um aumento médio de 1,7 pontos na SPPB e 0,14 m no GVT + dupla tarefa em relação ao GC. Benefícios significativos foram observados no GE na força e potência muscular.

Autores/ano	Amostra	Objetivo	Medidas clínicas	Protocolo	Desfechos
Asteasu et al 2020	GC: 185 (idade 87,1 ± 5,2); GE: 185 (87,6 ± 4,6). Idosos capazes de responder comandos, de deambular e que não apresentassem instabilidade clínica.	Avaliar os efeitos de uma intervenção com exercícios multicomponentes sobre a força muscular máxima isométrica e dinâmica de membros inferiores em pacientes idosos internados em unidades de cuidados agudos.	Força muscular máxima isométrica e dinâmica, potência muscular e FPM.	GC: recebeu reabilitação quando necessário; GE: Tempo: 20 minutos; Frequência 2 sessões diárias, 5 a 7 dias consecutivos; Proposta: exercícios resistidos para membros inferiores (2 e 3 séries de 8 e 10 repetições carga equivalente a 30% e 60% de 1RM) que incluíam: flexão de quadril e joelhos em cadeia cinética fechada, extensão bilateral de joelho, sentar e levantar, exercício de membro superior e exercícios de equilíbrio estático e dinâmico. O atendimento era considerado concluído quando o paciente executava 90% dos exercícios propostos. 2º atendimento do dia: exercícios funcionais usando cargas leves (tornozeleiras de 0,5 e 1 kg - 2 e 3 séries de 10 repetições), caminhada diária.	GE aumento de 19,6 kg no 1RM no exercício leg-press e 9,4 kg no 1RM do exercício de extensão do joelho. Para a força máxima isométrica dos membros inferiores, o GE apresentou melhora na extensão do joelho de 22,1 N e na flexão do quadril de 20,8 N. Na produção de força muscular, o GE apresentou melhora no pico de potência em 30%, 45%, 60% e 75% no 1RM.
Torres-Sánchez et al 2016	GE: 29 (idade 75,6 ± 6,2); GC: 29 (idade 72,1 ± 8,1)	Determinar se uma intervenção do exercício usando um cicloergômetro é capaz de reduzir a incapacidade em pacientes idosos frágeis com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) durante a hospitalização devido a uma exacerbação aguda	Dinamometria manual, equilíbrio unipodal, sentar e levantar e número de passos por dia.	GC: Nenhum exercício supervisionado ou progressivo foi realizado durante a hospitalização; GE: Tempo: não definido; Frequência: não definida; Proposta: cicloergômetro com um desenho incremental de tempo, velocidade e resistência, levando em consideração o nível basal. Tempo, velocidade, e intensidade foram adaptados aos níveis de dispnéia e fadiga. A atividade era interrompida se o paciente atingisse o nível 6 de dispnéia ou fadiga na escala de Borg.	Na comparação pré e pós-intervenção o GE apresentou maior força dos músculos de membros inferiores (mudança 10,5N), melhora do equilíbrio em apoio unipodal (mudança 6,5s), melhora no teste de sentar e levantar (mudança de 5 repetições a mais) e maior número de passos por dia (1162 passos). GC perdeu força muscular em membros inferiores (mudança -15N), piora do equilíbrio unipodal (mudança -3s), diminuição das repetições de sentar e levantar (-0,5 repetições) e menor número de passos por dia (451 passos) quando comparados ao GE.

Autores/ano	Amostra	Objetivo	Medidas clínicas	Protocolo	Desfechos
Takeuchi et al 2018	GE: 32 (idade 78,8 ± 5,1); GC: 31 (idade 80,9 ± 7,3).	Analisar se uma combinação de treinamento resistido e bolus de aminoácidos de cadeia ramificada (BCAA) e suplementação de vitamina D melhoraria a função física, força muscular e massa muscular em idosos sarcopênicos submetidos a reabilitação hospitalar.	Medida de Independência Funcional (MIF), FPM, circunferência de panturrilha e braço (CP e CB), Índice de Massa Corporal (IMC), Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF).	GC: Tempo: não definido; Frequência: 8 semanas; Proposta: série de exercícios de movimento, alongamento, treinamento de caminhada, atividades de vida diária (AVD) e facilitação de membros paréticos/plégicos; treinamento de resistência de baixa intensidade (flexão e extensão de quadril e joelhos em cadeia cinética fechada (20 a 30% de 1 RM) sentar e levantar (2 séries de 10 repetições)); GE: Tempo: não definido; Frequência: 8 semanas; Proposta: exercícios de movimento, alongamento, treinamento de caminhada, atividades de vida diária (AVD) e facilitação de membros paréticos/plégicos; treinamento de resistência de baixa intensidade (flexão e extensão de quadril e joelhos em cadeia cinética fechada (20 a 30% de 1 RM) sentar e levantar (2 séries de 10 repetições)) e suplementação de vitamina D e BCAA.	Os escores da MIF aumentaram em ambos os grupos; a FPM e CP aumentaram em ambos os grupos, mas com valores maiores no GE.
Sullivan et al 2001	amostra: 19 (idade 82,8 ± 7,9)	Determinar se pacientes idosos frágeis em recuperação de doenças agudas poderiam participar com segurança e obter uma melhora significativa na força muscular com o treinamento de força muscular de resistência progressiva.	Teste de sentar e levantar, Velocidade da marcha em 20s, força de membros inferiores e impedância elétrica.	Tempo: não definido; Frequência: 3 dias por semana durante 10 semanas; Proposta: três séries de 8 repetições cada de flexores de quadril e joelhos em cadeia cinética fechada (usando leg-press), respeitando FC de até 100 bpm, com intervalos de 3 a 5 minutos entre as séries. Na primeira semana: protocolo com intensidade muito baixa. Segunda semana: a carga foi determinada para que o paciente conseguisse levantar facilmente e depois um peso adicional foi adicionado em pequenos incrementos (1-5 kg), com 30 segundos de descanso entre os levantamentos, até que o peso máximo que o sujeito pudesse levantar totalmente fosse alcançado; 1RM serviu de base para definir a resistência do treinamento de exercício para as sessões subsequentes. Nas duas últimas sessões da semana, os sujeitos trabalharam a 50% de sua 1RM. Na terceira a décima semana: a resistência do treinamento aumentou para 80% de 1RM.	79% da amostra apresentou melhora no teste de sentar e levantar, 53% apresentaram aumento na velocidade da marcha. A força nos membros inferiores (1RM) aumentou 74% (média 20kg). Nas medições de análise de impedância elétrica, a variação média na massa corporal magra foi de 0,8 kg. No entanto, a mudança na massa corporal magra variou de uma perda de 7,9 kg a um ganho de 10,8 kg, sugerindo que grande parte da mudança pode ter sido secundária a flutuações na água corporal total.

Autores/ano	Amostra	Objetivo	Medidas clínicas	Protocolo	Desfechos
Mudje et al 2008	GE: 62 (81.7 ± 7.8); GC: 62 (82.4 ± 7.4)	Avaliar o efeito de um programa de reabilitação precoce estruturado e multicomponente sobre o estado funcional, delirium e resultados de alta de pacientes idosos agudamente hospitalizados.	Índice de Barthel, Timed up-and-go (TUG), Delirium, Quedas no hospital e tempo de hospitalização.	GC: cuidados habituais; GE: Tempo: não definido; Frequência: 2 vezes ao dia; Proposta: mobilização precoce; exercícios no leito, sentado, em pé e deambulação.	GE melhora do Índice de Barthel 8,5 (3-19), vs 3,5 (0-15) no GC. Não houve diferenças entre os grupos para a TUG. A ocorrência de delirium foi menor no GE, ocorrendo em 12 (19,4%) pacientes, em comparação com 22 (35,5%) no GC. Houve uma tendência a uma menor incidência de novo delirium durante a internação hospitalar (8,1% vs 14,5%) e a menos quedas no GE (4,8% vs 11,3%). Não houve diferença significativa entre os grupos no tempo de permanência (GE 10 dias vs 9 dias GC) ou taxa de readmissões de 30 dias (17,7%GE, 19,4%GC).

Quadro 1 – Detalhamento dos artigos incluídos na revisão, baseado no check-list.

O detalhamento da análise de qualidade e necessidades dessa revisão, demonstra que apenas dois artigos possuem média qualidade, os demais artigos enquadram-se nos critérios de alta qualidade (Quadro 2).

Autores/ano	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	%
Momosaki et al. 2015	2	0	1	2	1	60
Motoky et al 2019	2	2	2	0	2	80
Asteasu et al 2019	2	2	2	2	2	100
Asteasu et al 2020	2	1	2	2	2	90
Torres-Sánchez et al 2016	2	2	1	2	2	90
Takeuchi et al 2018	2	2	1	2	1	80
Sullivan et al 2001	2	2	1	0	1	60
Uehara et al 2018	2	2	1	0	2	70
Martínez-Velilla et al 2018	2	2	2	2	2	100
Mudje et al 2008	2	2	1	2	2	90

Quadro 2 – Detalhamento da análise de qualidade dos artigos incluídos na revisão.

DISCUSSÃO

A idéia de se manter o idoso restrito ao leito em função de disfunções agudas para poupá-lo, já foi refutada há algum tempo e os benefícios da intervenção precoce na reabilitação das capacidades funcionais desses já apresenta significativos avanços (CORTES; DELGADO; ESPARZA, 2019; ORTIZ-ALONSO et al., 2019; VALENZUELA et al., 2020).

Com base nesta revisão, foi possível observar que as propostas terapêuticas dão ênfase nas intervenções ativas baseadas na deambulação, exercícios resistidos para membros inferiores e treino do equilíbrio.

As posturas anti-gravitárias, como a sedestação em poltrona, ortostatismo e deambulação têm sido amplamente recomendadas, uma vez que, apresentam benefícios ventilatórios e motores (HICKMANN et al., 2020; ORTIZ-ALONSO et al., 2019). Na primeira, observou-se que pacientes que permaneceram em sedestação associados com exercícios ativos desenvolveram maiores capacidades de areação e expansão pulmonar, o que conseqüentemente, melhoraram a oxigenação (HICKMANN et al., 2020). Já a deambulação, além de facilmente aplicável naqueles que são capazes de realizar, traz benefícios hemodinâmicos, circulatórios e tem papel importante na recuperação do equilíbrio dinâmico.

Dentre os artigos revisados, a deambulação foi a conduta terapêutica mais frequente (ASTEASU et al., 2019, 2020; MARTÍNEZ-VELILLA et al., 2019; MOMOSAKI et al., 2015; MOTOKI et al., 2019; MUDGE; GIEBEL; CUTLER, 2008; SULLIVAN et al., 2001; TAKEUCHI et al., 2018; UEHARA et al., 2018). Isso porque o desempenho da marcha é fortemente relacionado ao nível de independência da população idosa, logo que alterações na mesma estão associadas a declínio funcional, maior dependência e comprometimento da qualidade de vida (CRUZ-JIMENEZ, 2017).

Existem evidências que alterações na composição muscular podem influenciar no desempenho da marcha, quanto mais gordura intramuscular está presente nos músculos dos membros inferiores, menor é a capacidade de gerar força muscular e quanto maior é essa gordura menor é a independência na marcha dos idosos (AKAZAWA et al., 2016), o que demonstra a importância dessa conduta em pacientes com sarcopenia.

Se a marcha do idoso sofre influência da perda de força muscular, os exercícios resistidos com ênfase no ganho de força também são de extrema relevância na reabilitação de idosos hospitalizados. Muitos dos artigos revisados neste estudo, propõe os treinos resistidos para membros inferiores com terapias de seus protocolos (ASTEASU et al., 2019, 2020; MARTÍNEZ-VELILLA et al., 2019; MOTOKI et al., 2019; SULLIVAN et al., 2001; TAKEUCHI et al., 2018; TORRES-SÁNCHEZ et al., 2016; UEHARA et al., 2018).

As recomendações de utilizar exercícios resistidos com pacientes idosos tem níveis elevados de evidência, pois os mesmos preservam a força muscular e função física (LEE; JACKSON; RICHARDSON, 2017), permitem aumentar a densidade mineral óssea e massa muscular (BENEDETTI et al., 2018). Mas para isso, devem existir frequência, intensidade e duração. Baseado nisso, e partindo do princípio da tríade da sarcopenia (fraqueza muscular, baixo volume e massa muscular) os exercícios resistidos são fortemente indicados no tratamento dessa doença muscular.

Entre os artigos revisados, a maioria considerou porcentagens de 1RM para determinar suas condutas, exercícios em cadeia cinética fechada que alternavam entre equipamentos de musculação (leg-press) até exercícios de sentar e levantar. Embora alguns recursos terapêuticos sejam difíceis de se adequar a realidade, o uso de tornozelas e as tarefas em cadeia cinética fechada são facilmente aplicáveis e acessíveis ao contexto de

saúde pública.

Mesmo que os artigos tenham como objetivos ganhos específicos no que diz respeito a recuperação do idoso, a maior premissa entre eles é a capacidade da recuperação cinética-funcional desse indivíduo. E quando o objetivo é esse, o desfecho almejado é devolver ao idoso sua independência funcional.

Para possuir essa independência, destaca-se a importância de associar o treino do equilíbrio e da marcha em terapias com esses indivíduos, pois a perda sensorial periférica, como consequência comprometimento do equilíbrio estático e dinâmico, é considerada um dos fatores de risco para quedas em idosos (LIPSITZ et al., 2018). E quando se fala em quedas, a taxa dependência física pode aumentar de maneira importante (TELES DA CRUZ; CRISTINA GONÇALVES LEITE, 2012).

Mesmo que o treino do equilíbrio seja indiscutivelmente necessário, apenas 4 artigos dessa revisão tinham propostas de exercícios que envolviam o equilíbrio estático e dinâmico. Vale ressaltar que as propostas abrangiam uma riqueza de tarefas, como por exemplo, superfícies irregulares, redução da base de suporte e privação da visão (ASTEASU et al., 2019, 2020; MARTÍNEZ-VELILLA et al., 2019; UEHARA et al., 2018) e merecem ser fortemente considerados na reabilitação.

CONCLUSÃO

As intervenções propostas pelos artigos incluídos nessa revisão de literatura apresentam resultados benéficos na recuperação funcional de idosos sarcopênicos e frágeis hospitalizados, como por exemplo: aumento da força e potência muscular, velocidade da marcha, funcionalidade e melhora do equilíbrio.

REFERÊNCIAS

AKAZAWA, N. et al. Relationships between intramuscular fat, muscle strength and gait independence in older women: A cross-sectional study. **Geriatrics and Gerontology International**, v. 17, n. 10, p. 1683–1688, 2016.

ASTEASU, M. L. S. DE et al. Physical Exercise Improves Function in Acutely Hospitalized Older Patients: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 20, n. 7, p. 866–873, 2019.

ASTEASU, M. L. S. DE. et al. Changes in muscle power after usual care or early structured exercise intervention in acutely hospitalized older adults. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, v. 11, n. 4, p. 997–1006, 2020.

BAHAT, G.; ILHAN, B. Sarcopenia and the cardiometabolic syndrome: A narrative review. **European Geriatric Medicine**, v. 7, n. 3, p. 220–223, 2016.

BATSIS, J. A. et al. Sarcopenia, sarcopenic obesity, and functional impairments in older adults: National Health and Nutrition Examination Surveys 1999-2004. **Nutrition Research**, v. 35, n. 12, p. 1031–1039, 2015.

BENEDETTI, M. G. et al. The Effectiveness of Physical Exercise on Bone Density in Osteoporotic Patients. **BioMed Research International**, v. 2018, 2018.

BONE, A. E. et al. Sarcopenia and frailty in chronic respiratory disease: Lessons from gerontology. **Chronic Respiratory Disease**, v. 14, n. 1, p. 85–99, 2017.

BROWN, C. J. et al. Exercise program implementation proves not feasible during acute care hospitalization. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, v. 43, n. 7, p. 939–946, 2006.

CARVALHO, T. C. et al. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 134–142, 2018.

CHANG, K. V. et al. Association Between Sarcopenia and Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 12, p. 1164. e7-1164.e15, 2016.

CORTES, O. L.; DELGADO, S.; ESPARZA, M. Systematic review and meta-analysis of experimental studies: In-hospital mobilization for patients admitted for medical treatment. **Journal of Advanced Nursing**, v. 75, n. 9, p. 1823–1837, 2019.

CRUZ-JIMENEZ, M. Normal Changes in Gait and Mobility Problems in the Elderly. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, v. 28, n. 4, p. 713–725, 2017.

CUNHA, A. I. L. et al. Frailty as a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, v. 56, n. June 2019, p. 100960, 2019.

DOS SANTOS, L. et al. Sarcopenia and physical independence in older adults: the independent and synergic role of muscle mass and muscle function. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, v. 8, n. 2, p. 245–250, 2017.

HICKMANN, C. E. et al. Acute Effects of Sitting Out of Bed and Exercise on Lung Aeration and Oxygenation in Critically Ill Subjects. **Respiratory Care**, n. C, p. respcare.07487, 2020.

HOOGENDIJK, E. O. et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. **The Lancet**, v. 394, n. 10206, p. 1365–1375, 2019.

HOOTMAN, J. M. et al. Reliability and validity of three quality rating instruments for systematic reviews of observational studies. **Research Synthesis Methods**, v. 2, n. 2, p. 110–118, 2011.

JANSSEN, I.; HEYMSFIELD, S. B.; ROSS, R. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 50, n. 5, p. 889–896, 2002.

LEE, P.; JACKSON, E.; RICHARDSON, C. Exercise Prescriptions in Older Adults - American Family Physician. **American Family Physician**, v. 95, n. 7, p. 425–432, 2017.

LIPSITZ, L. A. et al. The pace and prognosis of peripheral sensory loss in advanced age: Association with gait speed and falls. **BMC Geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 1–8, 2018.

MARTÍNEZ-VELILLA, N. et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 179, n. 1, p. 28–36, 2019.

MIJNAREND, D. M. et al. Muscle, Health and Costs: A Glance at their Relationship. **Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 22, n. 7, p. 766–773, 2018.

MOMOSAKI, R. et al. Effect of Early Rehabilitation by Physical Therapists on In-hospital Mortality After Aspiration Pneumonia in the Elderly. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 96, n. 2, p. 205–209, 2015.

MOTOKI, H. et al. Impact of inpatient cardiac rehabilitation on Barthel Index score and prognosis in patients with acute decompensated heart failure. **International Journal of Cardiology**, v. 293, p. 125–130, 2019.

MUDGE, A. M.; GIEBEL, A. J.; CUTLER, A. J. Exercising body and mind: An integrated approach to functional independence in hospitalized older people. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n. 4, p. 630–635, 2008.

O'HARE, L. et al. Frail older adults' perceptions of an in-hospital structured exercise intervention. **Physiotherapy (United Kingdom)**, v. 103, n. 4, p. 478–484, 2017.

ORTIZ-ALONSO, J. et al. Effect of a Simple Exercise Program on Hospitalization-Associated Disability in Older Patients: A Randomized Controlled Trial. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 21, n. 4, p. 531- 537.e1, 2019.

SATO, P. H. R.; FERREIRA, A. A.; ROSADO, E. L. The prevalence and risk factors for sarcopenia in older adults and long-living older adults. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 89, n. April, p. 104089, 2020.

SOUSA, A. S. et al. Financial impact of sarcopenia on hospitalization costs. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 70, n. 9, p. 1046–1051, 2016.

SULLIVAN, D. H. et al. Progressive resistance muscle strength training of hospitalized frail elderly. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 80, n. 7, p. 503–509, 2001.

TAKEUCHI, I. et al. Effects of branched-chain amino acids and vitamin D supplementation on physical function, muscle mass and strength, and nutritional status in sarcopenic older adults undergoing hospital-based rehabilitation: A multicenter randomized controlled trial. **Geriatrics and Gerontology International**, v. 19, n. 1, p. 12–17, 2018.

TELES DA CRUZ, D.; CRISTINA GONÇALVES LEITE, I. Quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 551–561, 2012.

TORRES-SÁNCHEZ, I. et al. Effects of an Exercise Intervention in Frail Older Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Hospitalized due to an Exacerbation: A Randomized Controlled Trial. **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v. 14, n. 1, p. 37–42, 2016.

UEHARA, A. et al. The baseline speed of 10-m gait predicts ambulatory discharge for hospitalized frail elderly after DOPPO rehabilitation. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 41, n. 4, p. 331–336, 2018.

VALENZUELA, P. L. et al. Effects of exercise interventions on the functional status of acutely hospitalised older adults: A systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, v. 61, n. March, p. 101076, 2020.

CAPÍTULO 6

EXAME FÍSICO DAS MAMAS: UMA VISÃO AMBULATORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Data de aceite: 21/06/2021

Data de submissão: 04/05/2021

Amanda Rezende Gonçalves

Universidade Federal de São João del Rei
São João del Rei – Minas Gerais (MG)
<http://lattes.cnpq.br/9236590626909369>

Ivana Ferreira Oliveira

Universidade Federal de São João del Rei
São João del Rei – Minas Gerais (MG)
<http://lattes.cnpq.br/5614622222800552>

Vivianne Aparecida Accarino Grobério

Universidade Federal de São João del Rei
São João del Rei – Minas Gerais (MG)
<http://lattes.cnpq.br/7951571794179417>

RESUMO: Ao longo do ambulatório de Saúde da Mulher da Universidade Federal de São João del Rei houve uma demanda sobre qual seria a melhor forma para realização do exame físico das mamas nas pacientes, integrando conhecimento científico, prática ambulatorial, o bem-estar da paciente e a realização de um bom exame semiológico. Para isso, foi observada a necessidade do conhecimento da anatomia da região mamária para então realizar um exame preciso e objetivo, com um entendimento fundamentado do que se procura. Nesse sentido, foi apresentada a anatomia da mama, desde a inervação, vascularização até a localização de linfonodos e em seguida descrito como um bom exame físico das mamas deve proceder, especificando o que é mais importante avaliar

em cada etapa. A proposta de compreensão da anatomia e de roteiro para exame foi organizada com base em informações extraídas de livros e manuais consagrados na área da saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Avaliação Ambulatorial; Exame Físico; Ginecologia; Mamas; Saúde da Mulher.

BREAST PHYSICAL EXAM: AN AMBULATORIAL VISION IN SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

ABSTRACT: Throughout the Women's Health Outpatient Clinic from the Universidade Federal de São João del Rei, there was a demand on what would be the best way to perform the breast physical exam in patients, integrating scientific knowledge, outpatient practice, the patient's well-being and the conduction of a good semiological examination. For this, it was observed the need for knowledge of the anatomy of the mammary region to then carry out an accurate and objective examination, with a well-founded understanding of what is sought. In this sense, the anatomy of the breast was requested, from innervation, vascularization to the location of lymph nodes and then described how a good physical examination of the breasts should proceed, specifying what is most important to evaluate at each stage. The proposal for understanding the anatomy and the script for the physical examination was organized based on information extracted from books and manuals established in the area of health.

KEYWORDS: Outpatient Evaluation; Physical Exam; Gynecology; Breasts; Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo do ambulatório de Saúde da Mulher da Universidade Federal de São João del Rei foi percebida a dificuldade dos alunos na realização de um Exame Físico de Mamas bem direcionado e criterioso, buscando contemplar toda a estrutura mamária e suas possíveis alterações.

Nesse sentido, foi observada a necessidade do conhecimento prévio da estrutura anatômica da mama para a realização de um exame físico preciso e objetivo. Nesse capítulo primeiramente será descrita a anatomia da região mamária, seguindo para um roteiro de exame físico das mamas.

2 | ANATOMIA

2.1 Estrutura da glândula mamária

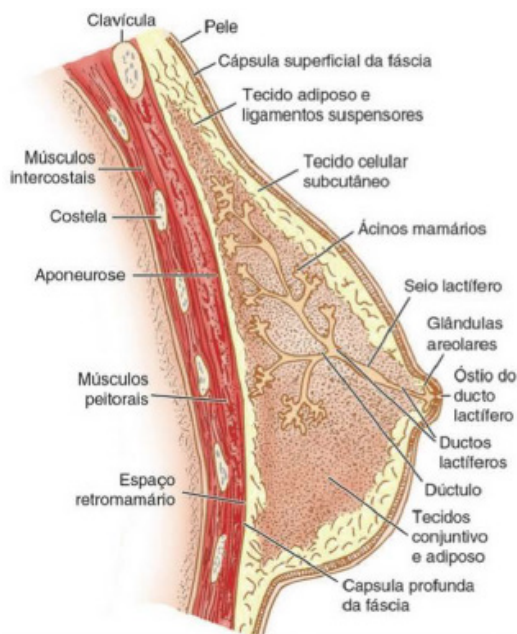


Imagem 1 - Anatomia da glândula mamária (Moore e Daley, 2018).

2.2 Suprimento arterial

O suprimento arterial das mamas é feito principalmente para três artérias, sendo elas:

- A. torácica interna (= mamária interna): irriga principalmente a região medial

da mama por meio de seus ramos perforantes e intercostais anteriores, que emergem do 3º ao 5º E.I. A A. torácica interna se origina da A. subclávia e é responsável pela irrigação de 60% da mama.

- A. torácica lateral (= mamária externa): é responsável pela irrigação de 30% da mama, mais especificamente da região lateral e pode se originar da A. axilar, da A. toracoacromial ou da A. subescapular.
- AA. intercostais posteriores: por meio de seus ramos perforantes, que emergem do 3º ao 4º E.I. Essas artérias se originam da A. aorta torácica.

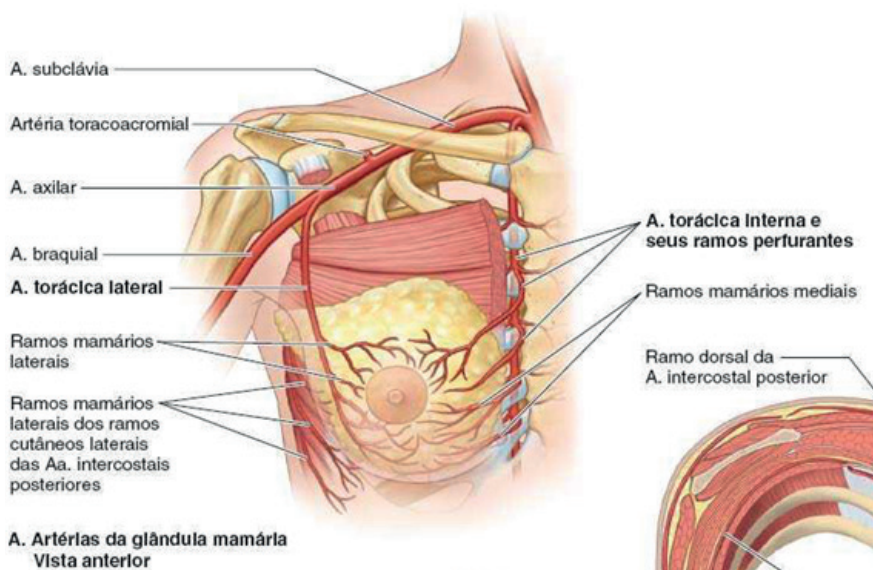


Imagem 2 - Suprição arterial da mama (Moore e Daley, 2018).

2.3 Drenagem venosa

A drenagem venosa das mamas é feita por veias superficiais e profundas que acompanham o suprimento arterial, de forma a drenarem o sangue para:

- Veia torácica interna (= mamária interna).
- Veia axilar, principalmente.

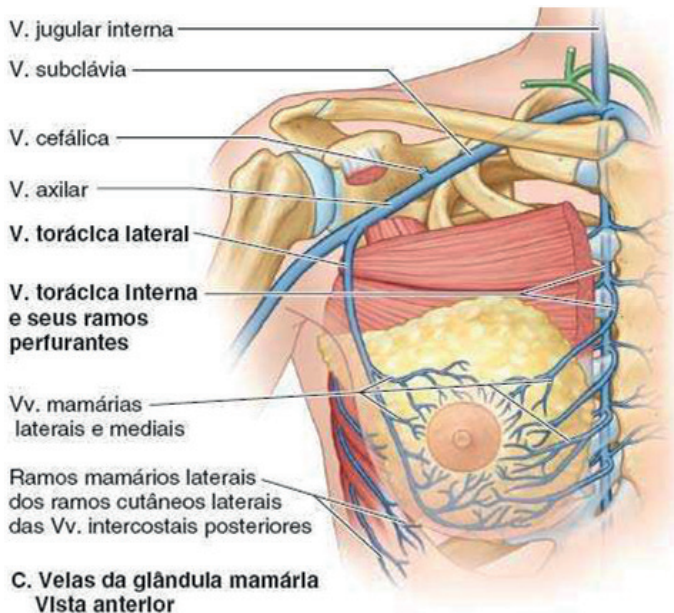


Imagem 3 - Drenagem venosa da mama (Moore e Daley, 2018).

2.4 Inervação

A inervação das mamas é feita pelos ramos cutâneos laterais e anteriores dos 2º ao 6º nervos intercostais. Eles realizam a inervação sensitiva da pele da mama e simpática dos vasos sanguíneos da mama, do músculo liso na pele e da papila mamária sobrejacente.

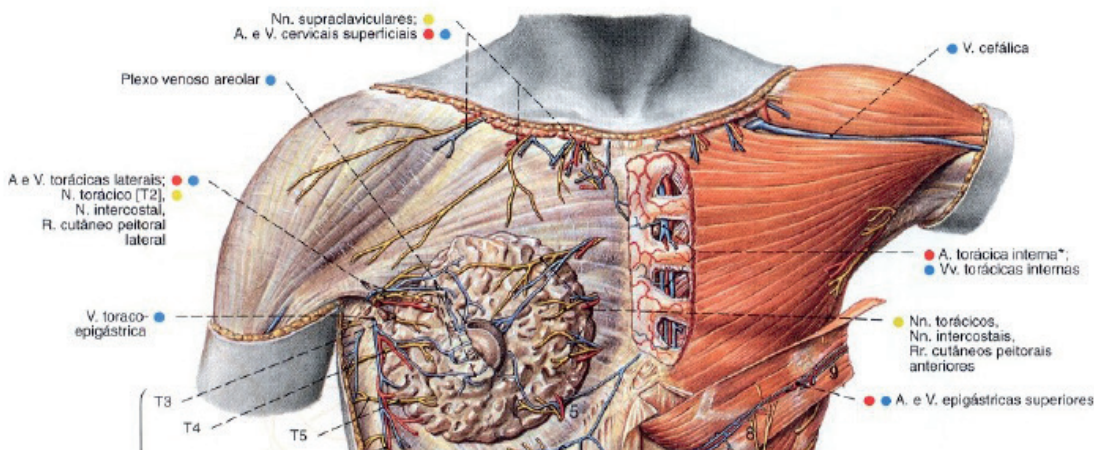


Imagem 4 - Irrigação arterial, drenagem venosa e inervação da mama (Sobotta, 2000).

2.5 Drenagem linfática

Será abordada posteriormente, junto à sessão 2.3.1 Palpação de Linfonodos.

3 | COMO COMEÇAR O EXAME FÍSICO DAS MAMAS?

A paciente deve estar sentada de forma confortável, com os pés apoiados na escada e voltada para o profissional que estará fazendo o exame. É importante que ela esteja usando um avental que proporcione privacidade até que o exame seja iniciado.

3.1 Inspeção Estática

Pede-se para que a paciente tire o avental até a cintura. Dessa forma, a inspeção será feita pelo examinador comparativamente entre as duas mamas enquanto a mulher mantém os braços relaxados posicionados ao longo do corpo.

O que avaliar?

- Volume: pequenas, médias, grandes, hipertróficas;
- Formato: cônicas, túrgidas, achatadas, flácidas, ptosadas;
- Pele: normal, presença de cicatrizes, circulação venosa, abaulamentos, retrações, edema, eritema, ulceração, aspecto de “casca de laranja”, presença de pelos;
- Papilas: normais, invertidas, retrações, edema, crostas, eritemas, ulcerações;
- Simetria;
- Número de mamas.

Obs.: Mamas muito volumosas ou flácidas: elevá-las para melhor observação do polo inferior e do sulco infra mamário.

3.2 Inspeção Dinâmica

A paciente realizará a movimentação da glândula mamária sobre a parede torácica a partir de **3 manobras distintas**.

1ª Manobra: Elevação dos Braços

Pede-se que a paciente eleve os braços progressivamente – levando-os desde os joelhos até a total extensão.

• O que avaliar?

Nessa manobra ocorre o aumento da tensão no **ligamento de Cooper**, possibilitando a percepção de retrações, assimetrias e avaliação de possíveis comprometimentos musculares causados por alguns casos de carcinoma.

2ª Manobra: Contração dos Músculos Peitorais

A paciente deve realizar a contração dos músculos peitorais através da pressão ao apertar um braço contra o outro – com os braços na frente do tórax. Ao contrair o **músculo peitoral maior**, pode-se realçar eventuais nódulos mamários que estejam aderidos a esta estrutura.

- **O que avaliar?**

Retrações e assimetrias. Atentar-se para alterações sutis.

3ª Manobra: Projeção dos Ombros para Frente e para Trás

A terceira manobra pode ser realizada a partir da extensão dos braços e flexão do tronco ou a partir da projeção dos ombros para frente e para trás.

- **O que avaliar?**

Verificar se há limitação da movimentação dos membros superiores, edema, presença de escápula alada ou linfonodos proeminentes/visíveis no espaço supra clavicular.

Importante: Nos 3 movimentos devemos observar assimetrias de contorno, retrações da pele, retrações e/ou desvios de papila e mobilidade da mama (nos casos de cânceres, geralmente está diminuída, por vezes há imobilidade na mama sede do tumor).

3.3 Palpação

3.3.1 Palpação de Linfonodos

Antes de iniciar a palpação, o profissional deve atentar-se sempre de limitar a exposição da paciente, mantendo sempre coberta a parte do corpo que não está sendo examinada.

A paciente deve continuar sentada de frente para o examinador, com o braço apoiado no ombro do profissional para um maior relaxamento da musculatura.

O examinador deve apoiar o pé na escada e com o braço contralateral ao braço da paciente apoiado em seu ombro, ele irá palpar a linha axilar média em todo gradil costal em direção ao oco axilar, à procura de linfadenomegalias. Seguindo com a palpação no Quadrante Superior Lateral Externo (QSLE). Posteriormente, são palpadas a cadeia ganglionar paraesternal, indo em direção ao ápice e em seguida palpar as cadeias ganglionares supra claviculares, infra claviculares e por fim cervicais. A seguir, realizar o mesmo procedimento do lado oposto.

- **O que avaliar?**

Presença de linfonodos palpáveis, localização, tamanho, consistência, mobilidade, relação entre si, aderência a planos profundos e ulcerações.

Sabe-se que os linfonodos presentes na região da mama são distribuídos em cadeias, que recebem denominação de acordo com suas respectivas localizações. As principais são: cadeia axilar, supraclavicular, subclavicular e paraesternal.

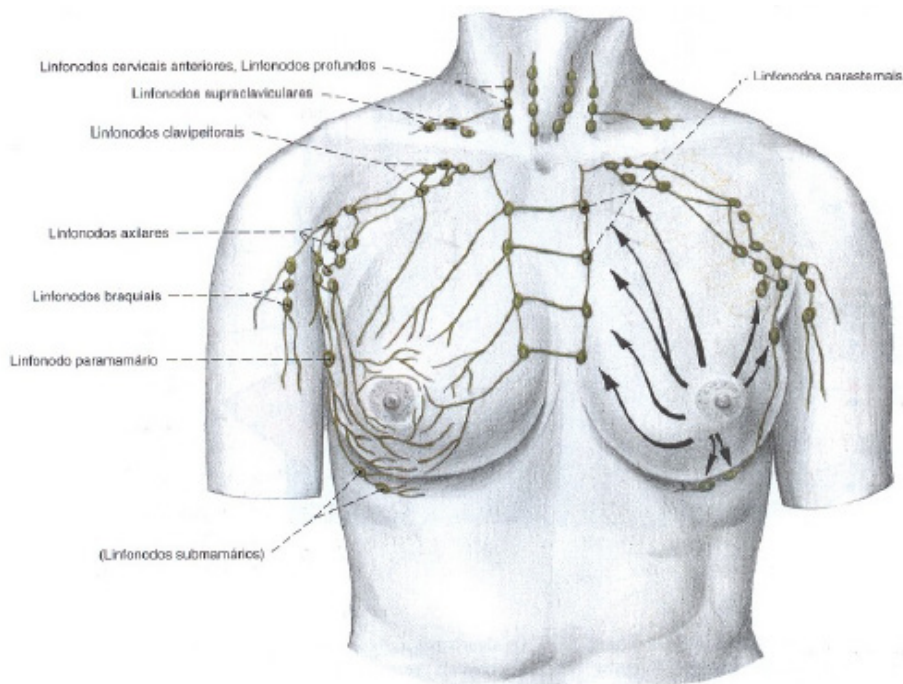


Imagem 5 - Drenagem linfática da mama (Sobotta, 2000).

Além disso, a drenagem linfática da mama é feita no seguinte sentido: os vasos linfáticos da papila, aréola e lóbulos da glândula mamária drenam para o plexo linfático subareolar, que por sua vez drenam para os linfonodos axilares (97% da linfa) e mamários internos (3% da linfa).

Os vasos linfáticos da mama drenam, em sua maioria, para um ou dois linfonodos axilares (linfonodos sentinelas). Por isso, normalmente, eles são os linfonodos envolvidos nas metástases de câncer de mama. Mas também há drenagem direta para linfonodos mamários, subclávios, axilares contralaterais ou abdominais.

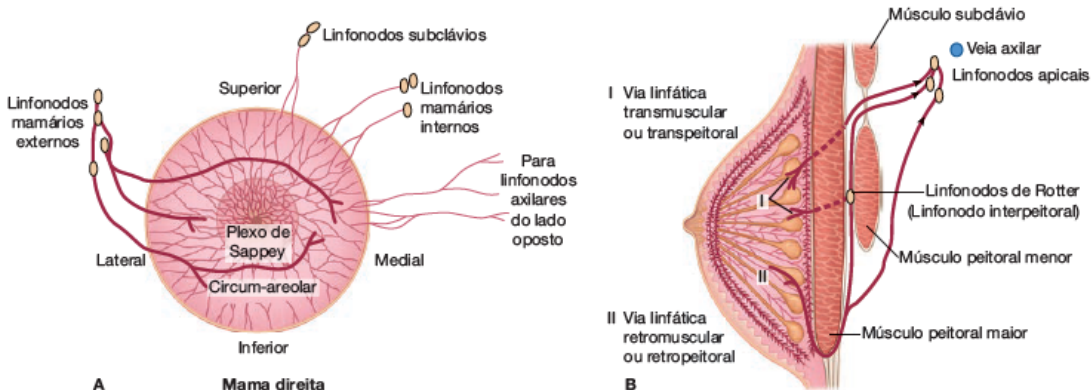


Imagem 6 - Drenagem linfática da mama (Williams, 2014).

Quanto aos linfonodos axilares, existem várias classificações para identificá-los. Uma das mais utilizadas é a Classificação de Berg, que usa como referência o M. peitoral menor. Dessa forma, eles são divididos em 3 níveis:

- Nível I: linfonodos laterais à borda externa do M. peitoral menor.
- Nível II: linfonodos sob e entre as bordas do M. peitoral menor, e os linfonodos de Rotter (interpeitorais).
- Nível III: linfonodos mediais à borda interna do M. peitoral menor.

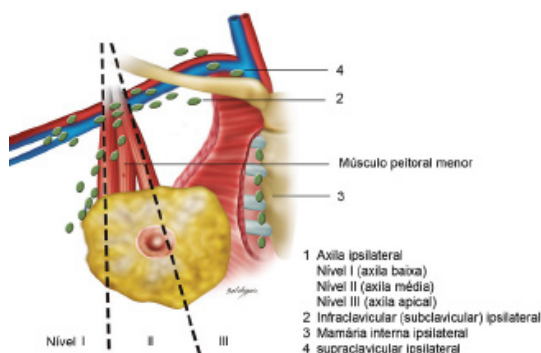


Imagem 7 - Linfonodos de Rotter (Sogimig, 2018). Imagem 8 - Linfonodos de Rotter (Medcurso, 2019).

3.4 Palpação das Mamas

Para palpação das mamas, solicita-se à paciente para posicionar-se em decúbito dorsal com os braços elevados e as mãos atrás da cabeça de forma que toda a mama se

distribua sobre a parede torácica. Lembrar-se sempre de limitar a exposição da paciente, mantendo sempre coberta a parte do corpo que não está sendo examinada.

- Deve-se utilizar a ponta e a polpa digital dos indicadores, médios, anulares e mínimos.
- A palpação pode ser radial, circular ou vertical, seguindo sempre o mesmo padrão ao longo do exame.
- É importante escolher o sentido horário ou anti-horário para a palpação, para um exame meticoloso, não esquecendo de nenhuma área.

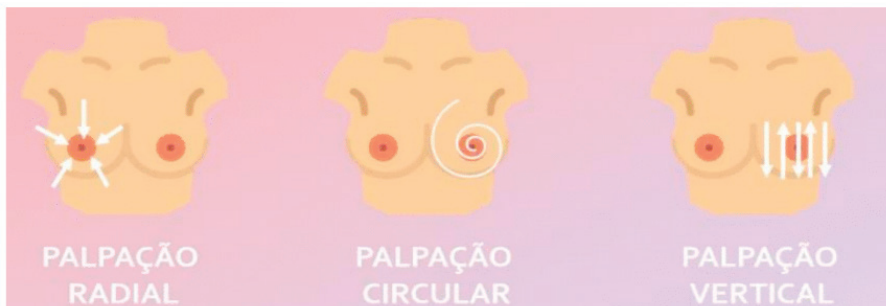


Imagem 9 – Sentidos da Palpação das Mamas (Medicplus, 2017)

- Para um exame e descrição mais acurados, dividimos a mama em 4 quadrantes, da seguinte forma:

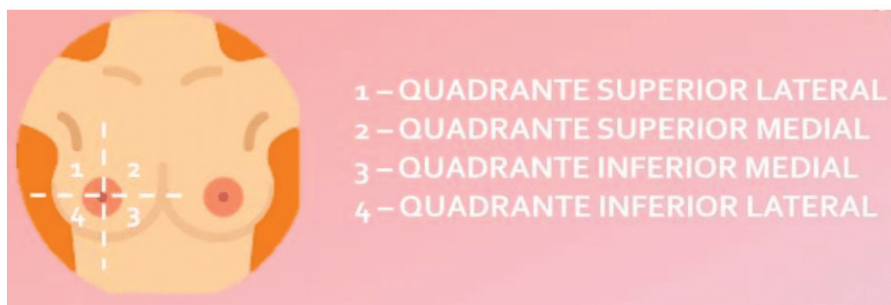


Imagem 10: Divisão anatômica das Mamas (Medicplus, 2017)

- Avaliar sempre bilateralmente e realizar comparações.

- **O que avaliar?**

Nódulos, espessamento, consistência do parênquima, temperatura e dor.

3.5 Expressão Papilar

Deve-se realizar delicada pressão de forma firme ao nível da aréola e da papila. Qualquer secreção deve ser submetida ao exame citológico.

- **O que avaliar?**

Caso ocorra a descarga papilar, observar característica (líquida, oleosa ou pastosa), coloração, volume, número de ductos excretorios, bilateralidade e presença de ponto gatilho.

4 | O QUE VARIA NA GRAVIDEZ?

- Aumento do volume e forma;
- Pode ocorrer dolorimento;
- Aumento da consistência do parênquima mamário;
- Aréolas mais pigmentadas e alargadas;
- Maior proeminência dos Tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas);
- Rede venosa de Haller (dilatação rede venosa superficial);
- Aparecimento de estrias cutâneas;
- Presença de colostro, com aumento do volume ao avançar da gravidez.

REFERÊNCIAS

DRAKE, Richard L., VOGL, A. Wayne, MITCHELL, Adam W. M. **GRAY'S Anatomia para estudantes**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. **Ginecologia de Williams**. 2ª. Ed. Porto Alegre: McGraw-Hill Artmed; 2013.

Medgrupo, **Ciclo 1: Gineco Vol. 4: Doenças da mama; Doenças benignas e malignas dos ovários**. Medyn, 2019.

Medicplus, **Ginecologia E Obstetrícia Na Atenção Básica: O Que Você Não Pode Deixar De Saber**. 2017.

MOORE, K. L.; DALEY II, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 8ª.edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

Paschoal M Simões, Jaime Iglesias Junior, Antônio Carlos Marcondes. **Rotinas De Ginecologia Da UFRJ.**

Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF/Fiocruz) – **Exame Clínico das Mamas**

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica.** 7.ed. Guanabara Koogan, 2014.

SOBOTTA, Johannes. **Atlas de Anatomia Humana.** 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SOGIMIG. **Manual de Mastologia- SOGIMIG.** 1ª edição. Medbook. 2018.

SOGIMIG. **Manual De Obstetrícia E Ginecologia.**

USP, Helio Humberto Angotti Carrara e Paulo Meyer de Paula Philbert – **Semiologia Mamária.**

PROTOCOLO PARA O USO DA BOLA SUÍÇA NO TRABALHO DE PARTO

Data de aceite: 21/06/2021

Juliana de Jesus Souza

Alfenas - Minas Gerais.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9607-2102>

Clícia Valim Côrtes Gradim

Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa - Paraíba.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1852-2646>

Estefânia Santos Gonçalves Félix Garcia

Centro Universitário do Sul de Minas Gerais.

Varginha - Minas Gerais.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8191-8547>

Eliana Peres Rocha Carvalho Leite

Universidade Federal de Alfenas.

Alfenas - Minas Gerais.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4506-8899>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A gestação e o parto vêm sofrendo transformações ao longo do tempo. A parturição passou de um acontecimento familiar e natural para hospitalar e intervencionista. Atualmente os esforços são para reincorporação do parto humanizado, com ênfase no protagonismo da mulher. Como estratégias para humanização do parto os métodos não farmacológicos (MNF) de alívio da dor são largamente utilizados e benéficos, dentre eles os exercícios com a bola suíça que promovem a liberdade de posição da mulher e auxiliam na progressão do trabalho de parto, entre outros benefícios. Diante da importância de seu

uso este trabalho objetivou elaborar um protocolo assistencial de Enfermagem para utilização da bola suíça na assistência à parturiente na fase ativa do trabalho de parto. Trata-se de um estudo metodológico conduzido através da construção do protocolo para a utilização da bola suíça na assistência à parturiente por meio de revisão da literatura, embasando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Foram apresentados exercícios com a bola suíça, modo de fazer, tempo, indicações e contra-indicações e associação com outros MNF. Assim como medidas de higiene, de segurança e pressão e tamanho da bola que precisam ter ao aplicar tais exercícios. Pode-se perceber que a construção do protocolo assistencial permite uma assistência de enfermagem segura e humanizada à parturiente, além de promover uma assistência menos invasiva no que se refere ao controle da dor na fase ativa do trabalho de parto resultando na qualificação da assistência obstétrica.

PALAVRAS - CHAVE: Dor de Parto; Trabalho de Parto; Terapia por exercício; Protocolo; Enfermagem Obstétrica.

PROTOCOL FOR THE USE OF SWISS BALL IN LABOR

ABSTRACT: Pregnancy and childbirth have undergone changes over time. Parturition went from a family and natural event to hospital and interventionist. Currently, efforts are being made to reincorporate humanized childbirth, with an emphasis on the role of women. As strategies for humanization of childbirth, non-pharmacological methods of pain relief are widely used and beneficial, among them exercises with the Swiss

ball that promote freedom of position for women and assist in the progression of labor, among others benefits. Given the importance of its use, this study aimed to develop a nursing care protocol for the use of the Swiss ball in assisting parturient women in the active phase of labor. This is a methodological study conducted through the construction of the protocol for the use of the Swiss ball in assisting the parturient woman through a literature review, based on good practices in childbirth and birth care. Exercises with the Swiss ball, way of doing, time, indications and contraindications and association with other MNFs were presented. As well as measures of hygiene, safety and pressure and size of the ball that you need to have when applying such exercises. It can be seen that the construction of the care protocol allows safe and humanized nursing care for the parturient, in addition to promoting less invasive care with regard to pain control in the active phase of labor resulting in the qualification of obstetric care.

KEYWORDS: Labor Pain; Labor, Obstetric; Exercise Therapy; Protocols; Obstetric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de parturição é uma das experiências que mais alteram a vida da mulher, uma vez que, além dos aspectos fisiológicos, influencia a autoconfiança, a autoestima da mulher e sua percepção da vida, de seus relacionamentos e de seus filhos e deve ser um momento em que se atenda a mulher com toda atenção, tornando-o esse momento agradável e positivo (WHO, 2018; REZENDE, 2011).

Por isso, a equipe que assiste à parturiente deve prestar uma assistência humanizada e qualificada capaz de atender às alterações fisiológicas e psicológicas inerentes ao trabalho de parto e ao parto, fazendo com que o desfecho seja positivo para a mulher e sua família, tendo técnicas eficazes e um bom relacionamento com a mesma (WHO, 2018).

O parto normal pode ser definido, como aquele de início espontâneo, de baixo risco do início e durante todo o processo, até o nascimento que ocorre de forma espontânea, feto em apresentação cefálica de vértice, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas completas e que após o nascimento, mãe e filho se encontram em boas condições (REZENDE, 2011; OMS, 1996).

A assistência ao parto normal deve valorizar a fisiologia do parto, incentivar a relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas e acima de tudo respeitar os direitos humanos. Segundo a entidade, o enfermeiro obstétrico é considerado o profissional com maior capacidade de desempenhar este papel de maneira mais adequada com melhor custo-efetividade, avaliando riscos e identificando complicações (WHO, 2018; OMS, 1996).

Cabe à enfermeira obstétrica, conforme a regulamentação legal, assistir somente parturientes submetidas a partos vaginais sem distócias, ou seja, sem anormalidades durante a avaliação no pré-parto. Apesar de todos os cuidados, algumas anormalidades podem ser constatadas durante o parto necessitando de intervenções do enfermeiro e a sua existência é reconhecida pelo Ministério da Saúde (COFEN, 2016; BRASIL, 1998;

COFEN, 1986).

No Brasil o parto foi institucionalizado no início do século passado e hoje, devido a várias intervenções não necessárias, o parto normal passou a ser estimulado, pois o índice de cesarianas chegou a 80% dos partos. Assim, o governo criou o programa Humaniza SUS em 2010 e a Rede Cegonha em 2011 no sentido de diminuir esse índice. Ao mesmo tempo estimulou a formação de enfermeiros obstetras por meio do estímulo das Residências em Enfermagem Obstétrica e reforçou a importância da enfermeira obstetra em acompanhar o parto (BRASIL, 2017; COFEN, 2016; BRASIL, 2011).

Mesmo assim, o índice de cesariana é alto no Brasil, sendo que ocupamos o 2º lugar no mundo, sendo que a OMS prevê 15% do total de partos (GUEDES, 2018).

Todas as legislações incentivam o parto normal e a introdução de práticas não farmacológicas para o parto, como o banho de aspersão, massagens, técnicas de relaxamento, a hidroterapia e cinesioterapia⁽⁹⁾. Com o tempo outras práticas como a bola suíça, a deambulação e a associação dessas entre si passaram a serem utilizadas na assistência prestada as parturientes para o alívio da dor e na evolução do trabalho de parto, inserindo ainda o acompanhante ativamente nesse processo (MIELKE et al., 2019; BARBIERE, 2013; OLIVEIRA; BONILHA; TELLES, 2012).

A bola suíça na obstetrícia

A utilização da bola suíça na assistência obstétrica está classificada pela OMS como conduta claramente útil e que deveria ser encorajada no trabalho de parto e no parto (BRASIL, 2003; OMS, 1996).

Dentre os benefícios trazidos pelo uso da bola no processo gravídico, há o relaxamento, alongamento e fortalecimento da musculatura pélvica; o estímulo para movimentação da parturiente; a facilitação da descida da apresentação fetal no canal de parto, devido ao relaxamento da musculatura e à ampliação da pelve; o alívio da dor; os benefícios psicológicos, devido à sua característica lúdica; o favorecimento de contrações mais eficazes e menos dolorosas; e a redução do tempo de trabalho de parto (SILVA et al., 2011).

Os exercícios realizados na bola suíça permitem a verticalização da mulher, além da correção da postura, o relaxamento, o alongamento e o fortalecimento da musculatura. A posição vertical trabalha a musculatura do assoalho pélvico, de maneira especial, os músculos levantadores do ânus e pubococcígeos e a fáscia da pelve (CARRIÈRE, 1999).

Como residente do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e observando a empregabilidade da bola suíça na maternidade de campo de prática, assim como nos grupos de gestantes existentes na atenção primária do município surgiu o interesse de potencialização do uso da bola no período perinatal, por meio da padronização e esclarecimentos das questões relativas ao seu uso.

Na referida maternidade, a bola suíça é largamente utilizada na fase ativa do período

de dilatação, porém não existe um protocolo que apoie a utilização de tal instrumento, fato observado também em outro estudo (SILVA et al., 2011).

Embora não haja uma vasta literatura pertinente ao tema, as experiências apontam para sua importância, estando inserida dentro das políticas públicas de atenção ao parto.

Diante dessa importância, mostra-se fundamental a criação de um protocolo para adequada utilização da bola suíça, de modo que as enfermeiras se sintam seguras e respaldadas institucionalmente com relação a essa prática, além de demonstrar a efetividade desse método na fase ativa do trabalho de parto, possibilitando a continuação de estudos sobre o tema.

Frente a utilização nos serviços esse estudo teve como objetivo elaborar um protocolo para o uso da bola suíça na assistência à parturiente durante o trabalho de parto.

2 | MÉTODO

É uma pesquisa que utilizou o estudo metodológico, que é aquele que visa desenvolver ou refinar métodos de obtenção, organização ou análise de dados. Os estudos metodológicos visam o desenvolvimento, da validação e avaliação de ferramentas para o uso de profissionais (POLIT; DECK, 2019).

O Protocolo é um conjunto de normas e regras que visam facilitar a comunicação e ação de profissionais para atuarem do mesmo modo. O Ministério da Saúde define protocolo como:

recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (BRASIL, 2008, p.2).

A construção do protocolo foi baseada nos estudos que explicam os exercícios que a parturiente pode realizar com a bola suíça durante o primeiro estágio do trabalho de parto (SILVA et al., 2011; CRAIG, 2011; ZWELLING, 2010; CRAIG, 2007; CARRIÈRE, 1999).

Após o levantamento da literatura sobre a bola suíça, se realizou fotos com uma gestante para ilustração e aí foi montado o protocolo.

O protocolo da Bola suíça visa detalhar como a parturiente deve realizar os exercícios com a bola suíça bem como os cuidados necessários para uma utilização segura, tornando-se um respaldo legal para uma prática responsável e efetiva por parte dos enfermeiros obstétricos.

As fotos são do arquivo pessoal de um dos autores e a gestante que serviu de modelo assinou um termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a divulgação

das mesmas.

3 | RESULTADOS

No Quadro 1 está a proposta de protocolo a ser utilizada com as parturientes com a bola suíça. Como todo protocolo ele inicia-se com a explicando para o que serve, os objetivos do mesmo, para qual profissional deve ser o executor, em quanto tempo deve ser e quais as atividades a serem executadas.

Introdução

Os exercícios realizados com a bola suíça permitem a verticalização da mulher, além da correção da postura, o relaxamento, o alongamento e o fortalecimento da musculatura. São realizados na fase ativa do trabalho de parto conforme a aceitação da parturiente.

Objetivos

- Estimular a movimentação da parturiente;
- Facilitar a descida da apresentação fetal no canal de parto, devido ao relaxamento da musculatura e à ampliação da pelve;
- Aliviar a dor;
- Benefícios psicológicos, devido à sua característica lúdica;
- Favorecer as contrações de maneira mais eficazes e menos dolorosas;
- Reduzir o tempo de trabalho de parto.

Competência: Enfermeiros obstétricos.

Revisão: a cada ano.

Material: bola suíça, forro perineal e tapete de pelos curtos, bacia ou um tapete emborrachado.

Local: os exercícios podem ser realizados nos quartos PPP, nos quartos e/ou no banheiro dos quartos.

Observações

- A escolha das posições na bola será de acordo com o desejo da parturiente.
- O tempo de permanência da parturiente nos exercícios com a bola suíça pode variar de acordo com o desejo da mesma, sendo o mais indicado de 30 minutos à uma hora, em cada posição.
- A aplicação do uso da bola é entre quatro e sete centímetros de dilatação cervical, correspondente ao início da fase ativa do trabalho de parto.
- O uso da bola suíça é contraindicado quando existentes doenças obstétricas, como a síndrome hipertensiva da gestação e o descolamento prematuro de placenta.
- A bola suíça pode ser usada juntamente com outros métodos não farmacológicos, como banho de aspersão e massagem.
- **Medidas de segurança:** local adequado é um solo firme e antideslizante. Se possível a parturiente deverá ficar descalço, diminuindo o risco de deslizar. Os exercícios com a bola suíça, ainda, podem ser feitos sobre um carpete de pelos curtos, fazer uso de uma bacia ou um tapete emborrachado, evitando que o paciente e a bola escorreguem. É necessária a presença do acompanhante, da doula ou do profissional de saúde para amparo e segurança ou de um apoio firme à frente, como leito ou barra de apoio fixado na parede.
- **Medidas de higiene:** lavar as bolas com água e detergente bactericida, depois enxaguar abundantemente em água corrente e secar com uma toalha limpa. É importante evitar colocar a bola no chão entre os exercícios. Para impedir contaminação cruzada, usar a mesma bola para a mesma paciente, lavando antes de usar com outra parturiente. Utilizar um forro por cima da bola aonde a parturiente irá se assentar, o mesmo é de uso individual e deverá ser encaminhado para lavanderia após uso.
- **Pressão e tamanho da bola:** a bola precisa estar firmemente inflada, apresentando consistência de firmeza. Para maior conforto, esvazie um pouco a bola quando posicionar a parturiente em posição de decúbito ventral sobre a mesma. A pressão precisa ser maior para pacientes mais pesados. A bola tem risco de estourar ou romper quando o nível da pressão ultrapassa os padrões adequados e esse pode ser observado quando a aparência da bola confere aspecto de que está comprimida e esticada ou justa. Outra forma de confirmar se a pressurização está correta é pela medida de seu diâmetro com uma fita métrica e a posterior confirmação com o manual do fabricante do instrumento. A bola deve ser repressurizada a cada três meses.
- Como a bola é fabricada em vários tamanhos, será selecionado o tamanho correto em função da estrutura física do paciente, considerando o tamanho do tronco e das pernas. O correto é que, em posição sentada, a perna flexionada forme um ângulo de 90 graus, ou pode se observar a permanência da coxa em posição paralela ao chão. O importante é que o paciente mantenha coluna ereta sem dificuldades ou sobrecarga adicional dos músculos, para isso precisa alinhar a pelve, o tórax e a cabeça, um sobre o outro.
- No que se refere às constituições corpóreas do paciente, será necessário observar para que bolas maiores (diâmetro de 65 cm ou mais) sejam utilizadas em pacientes com pernas longas e bolas menores (diâmetro de 55 cm ou menos) em casos de pacientes com pernas curtas.

PROCEDIMENTO PARA UTILIZAÇÃO



Em pé com o tronco apoiado sobre a bola

Procedimento

- Orientar a parturiente a arredondar as costas e inclinar para frente durante uma contração usando a bola suíça, isto é, debruçar sobre a bola com o tronco inclinado e encostado sobre a mesma, os pés deveram ficar ao lado da cama durante as contrações. O objetivo é que a mulher forme um “C” posição curva.



Sentada com a bola entre as pernas

Procedimento

- Colocar a parturiente sentada na cama e posicionar a bola entre suas pernas, orientar para que incline a região torácica sobre a bola e os braços ao redor da mesma.



Sentada abraça na bola

Procedimento

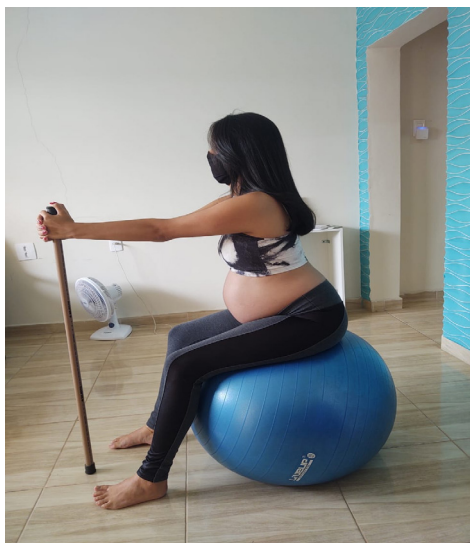
- Pernas cruzadas e braços apoiados na bola. Auxilia na descida do feto e promove o encaixe na pelve.



Balanço pélvico latero lateral

Procedimento

- Posicionar a parturiente sentada no centro da bola, joelhos acima dos tornozelos, pernas afastadas de modo a proporcionar estabilidade;
- Manter os pés apoiados e, utilizando os músculos abdominais deslocar a pelve para esquerda, elevando a crista ilíaca e depois deslocar a pelve para direita;
- Repetir o movimento.



Balanço pélvico anteroposterior

Procedimento

- Posicionar a parturiente sentada no centro da bola, joelhos acima dos tornozelos, pernas afastadas de modo a proporcionar estabilidade;
- Manter os pés apoiados e, utilizando os músculos abdominais, deslocar a pelve e realizar movimentos rolando a pelve para frente e para trás;
- Repetir o movimento para trás e para frente.



Rotação

Procedimento

- Posicionar a parturiente sentada no centro da bola, joelhos acima dos tornozelos, pernas afastadas de modo a proporcionar estabilidade;
- Manter os pés apoiados e realizar os movimentos de rotação, sendo desenhados círculos com a pelve em uma direção e depois inverter e desenha círculos na direção oposta;
- Repetir o movimento.

Quadro 1 – Protocolo com a bola suíça. Alfenas, MG, Brasil, 2020.

No Quadro 1 estão todos os passos e cuidados que se deve ter para a utilização da bola suíça na primeira etapa do trabalho de parto, assim como os cuidados de limpeza e

higiene que devem ser mantidos ao se utilizar essa prática não farmacológica para auxílio da dor no parto.

Além disso, os movimentos dos exercícios são apresentados nas fotos para facilitar o entendimento e estão baseados na literatura (SILVA et al., 2011; CRAIG, 2011; CRAIG, 2007; CARRIÈRE, 1999).

Estudos demonstram que o uso da bola suíça auxilia na diminuição da dor do parto, tida como fisiológica, e diminui o uso de medicamento no trabalho de parto e parto (CAVALCANTE et al., 2019; SCHVARTZ, 2016; BARBIERI et al., 2013; SILVA et al., 2011).

4 | CONCLUSÃO

Considerando a importância da utilização da bola suíça na assistência à parturiente na fase ativa do período de dilatação, espera-se que essa proposta de protocolo venha contribuir para promover uma assistência de enfermagem segura e humanizada às parturientes que utilizam métodos não farmacológicos e um suporte a enfermagem obstétrica.

O protocolo trás de maneira detalhada como a parturiente deve realizar os exercícios com a bola suíça bem como os cuidados necessários para uma utilização segura, tornando-se um respaldo legal para uma prática responsável e efetiva por parte dos enfermeiros obstétricos. Que sua utilização se dê de maneira uniforme e padronizada em todos os plantões visando uma continuidade da assistência.

Apesar do protocolo ser oferecido ao serviço que despertou a construção do mesmo; não foi medido a adesão por parte das enfermeiras ao protocolo, visto que o campo de estágio foi encerrado no serviço.

Porém um dos desafios encontrados quanto à utilização da bola suíça no trabalho de parto foi a escassez de literatura disponível, sobre os efeitos na parturiente sobre o seu uso, o que sugere a necessidade de ampliar pesquisas nesta área, visto seu crescente emprego nas políticas de humanização do parto.

REFERÊNCIAS

1. BARBIERI, M. *et al.* Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n.5, p. 478-484, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012>. Acesso em: 11 out. 2020.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.815**, de 29 de maio de 1998. Inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra”. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1998.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais**. Manual Operacional. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2008.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 05 out. 2020.
7. CARRIÈRE, B. **Bola suíça**: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica. São Paulo: Manole, 1999. 383 p.
8. CAVALCANTI, A. C. V. *et al.* Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>. Acesso em: 04 out. 2020.
9. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986.
10. COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 516**, de 24 de junho 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência nos Serviços de Obstetrícia. Brasília: COFEN, 2016.
11. CRAIG, C. **Treinamento de força com bola**: uma abordagem do pilates para otimizar força e equilíbrio. São Paulo: Phorte, 2007. 262 p.
12. CRAIG, C. **Pilates com a Bola**. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2011. 192 p.
13. GUEDES, A. Especialistas apontam epidemia de cesariana. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>. Acesso em: 10 out. 2020.
14. MIELKE, K. C.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, C. A. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **Avances Enfermeria**. v. 37, n.1, p. 47-55, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>. Acesso em: 11 out. 2020.
15. OLIVEIRA, L. L.; BONILHA, A. L. L.; TELLES, J. M. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. **Ciência Cuidado, Saúde**, v.11, n.3, p. 573-580, jul./set. 2012. Disponível em: [10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.17657](https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.17657). Acesso em: 04 out. 2020.
16. OMS - Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS. Tradução para Português: Organização Panamericana de Saúde, 1996.
17. POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.
18. REZENDE, J. **Obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1104 p.

19. SCHVARTZ, H. V. *et al.* Strategies for pain relief during labor and parturition: integrative review. **Nursing Health**, v. 6, n. 2, p. 355-356, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31731/bde-31731-582.pdf>. Acesso em: 04 out. 2020.
20. SILVA, L. M. *et al.* Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.5, p. 656-662, 2011. Disponível em: http://www.childbirthconnection.org/pdfs/LTMII_report.pdf. Acesso em: 06 out. 2020.
21. WHO - World Health Organization. Recomendaciones de la OMS. **Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>. Acesso em: 05 out. 2020.
22. ZWELLING, E. Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. **MCN American Journal Maternal Children Nursing**, v. 35, n.2, p. 72-78, mar. 2010. Disponível em: http://www.nursingcenter.com/Inc/pdf?AID=984128&an=00005721-201003000-00003&Journal_ID=54021&Issue_ID=984108. Acesso em: 04 out. 2020.

CAPÍTULO 8

AMAMENTAÇÃO NO PUERPÉRIO IMEDIATO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS

Data de aceite: 21/06/2021

Data de submissão: 29/04/2021

Francisca Kelle de Sousa Ferreira

Enfermeira. Especialista em Atenção Básica.
Residente Multiprofissional em Saúde Materno-
Infantil – Universidade Federal do Rio Grande
do Norte.
Currais Novos – Rio Grande do Norte.
<http://lattes.cnpq.br/4155709376866254>

Maciel Lopes da Silva

Farmacêutico. Residente Multiprofissional em
Saúde Materno-Infantil – Universidade Federal
do Rio Grande do Norte.
Currais Novos – Rio Grande do Norte.
<http://lattes.cnpq.br/5103321639983948>

Tâmara Stéphanie Lucena de Medeiros Costa

Fisioterapeuta. Residente Multiprofissional em
Saúde Materno-Infantil – Universidade Federal
do Rio Grande do Norte.
Currais Novos – Rio Grande do Norte.
<http://lattes.cnpq.br/3447461462166662>

Larissa Lucena de Araújo

Enfermeira. Residente Multiprofissional em
Atenção Básica – Universidade Federal do Rio
Grande do Norte.
Currais Novos – Rio Grande do Norte.
<http://lattes.cnpq.br/5648683834496363>

Bruna Cordeiro de Araújo

Farmacêutica. Residente Multiprofissional em
Terapia Intensiva Neonatal – Universidade
Federal do Rio Grande do Norte
Natal – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/4928410733355219>

Rita de Kássia Alves de Oliveira

Nutricionista. Especialista em Atenção Básica/
Saúde da Família pela Universidade Estadual
do Rio Grande do Norte.
Currais Novos – Rio Grande do Norte.
<http://lattes.cnpq.br/0439756355469891>

Maria Luiza de Oliveira Medeiros

Graduanda de Enfermagem – Faculdade de
Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN).
Currais Novos – Rio Grande do Norte.
<http://lattes.cnpq.br/0183019455714471>

Jéssica Jane Soares de Melo

Graduanda de Enfermagem – Faculdade de
Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN).
Currais Novos – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/2500621892720020>

Fernanda Figueiredo Cruz

Graduanda de Enfermagem – Faculdade de
Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN).
Currais Novos – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/6635390880066183>

Lívia Dayane de Medeiros Moura

Graduanda de Enfermagem – Faculdade de
Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN).
Currais Novos – Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/9493772027984111>

Ana Carine Arruda Rolim

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva
– Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.
Docente da Escola Multicampi de Ciências
Médicas da Universidade Federal do Rio
Grande do Norte.
Caicó – Rio Grande do Norte.
<http://lattes.cnpq.br/9471678445935347>

RESUMO: Trata-se de um estudo descritivo, com o objetivo de relatar a vivência de residentes multiprofissionais em saúde materno-infantil no incentivo ao aleitamento materno no puerpério imediato. Durante a atuação dos residentes são desenvolvidas intervenções voltadas à promoção da hora ouro, auxílio na amamentação através de técnicas para melhor pega e posicionamento, técnicas de translactação e relactação, auxílio na ordenha manual, educação permanente em saúde com os profissionais do serviço, educação em saúde com as pacientes através de orientações dadas tanto em visitas multiprofissionais, como através de cartilhas ilustrativas com informações relacionadas ao tema. O período de lactação é compreendido como fenômeno multifatorial tendo na figura da mãe o protagonismo desta prática. A atuação multiprofissional é fundamental para a garantia de uma assistência materno-infantil integral, resolutiva e de qualidade de modo a propiciar discussões das demandas da assistência na lactação e ações práticas dos atores, mãe-bebê, rede de apoio no geral, considerando os aspectos biopsicossociais.

PALAVRAS - CHAVE: Aleitamento materno. Alojamento conjunto. Materno-Infantil. Período pós-parto.

BREAST-FEEDING IN THE IMMEDIATE PUERPERSE: REPORT OF EXPERIENCE OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENTS

ABSTRACT: It's descriptive study, with the objective of reporting the experience of multiprofessional residents in maternal and child health in encouraging breastfeeding in the immediate puerperium. During the work of the residents, interventions are developed to promote the golden hour, aid in breastfeeding through techniques for better handling and positioning, translocation and relactation techniques, assistance in manual milking, permanent health education with service professionals, education in health with patients through guidelines given both in multiprofessional visits, and through illustrative booklets with information related to the topic. The lactation period must be understood as a multifactorial phenomenon with the mother as the protagonist of this practice. Multiprofessional action is essential to guarantee comprehensive and resolute maternal and child care in order to provide discussions on the demands of lactation assistance and the practical actions of the actors, mother-baby, support network in general, considering the biopsychosocial aspects.

KEYWORDS: Breast-feeding. Joint accommodation. Maternal-Child. Postpartum period.

1 | INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento mais completo e ideal para a criança nos seus primeiros meses de vida. Ele contém todos os nutrientes, como também os anticorpos essenciais para o recém-nascido necessários para sua proteção e prevenção de doenças comuns nessa idade e para um crescimento e desenvolvimento adequados (BRASIL, 2019; ESCARCE et al., 2013).

O ato de amamentar tem inúmeros benefícios, a curto e longo prazo, tanto para o bebê, como para a mãe (WERNET, 2014). Na criança, ele melhora sua imunidade, evita infecções, alergias, previne doenças crônicas, reduz o risco de desenvolver obesidade e

favorece também um desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Já para a mãe, reduz o risco de desenvolver câncer de mama, ovário e útero, osteoporose, obesidade, depressão no pós-parto e favorecer o emagrecimento (BRASIL, 2015; ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde brasileiro (MS) recomendam a lactação materna exclusiva até os primeiros seis meses de vida e após isso, pode ser ofertado juntamente com outros alimentos até dois anos ou mais (OPAS, 2016). Oferecer outros alimentos nos primeiros meses de vida, como o leite artificial, além de não ter necessidade, ainda pode ter malefícios na saúde do neonato (BRASIL, 2019).

Na prática, o tempo de lactação exclusiva no Brasil é curto e está distante do que é recomendado pela OMS. Ainda é muito inferior o número de mulheres que amamentam seus filhos até os seis meses ou mais (MORRISON et al., 2019; ESCARCE et al., 2013). Estudos apontam que o desmame precoce está associado ao retorno ao trabalho, baixa produção de leite, traumas mamilares, bem como a influência e apoio da família (PINTO et al., 2020; ALENCAR et al., 2017). A falta de conhecimento dos benefícios pela mãe, a inexperiência e despreparo dos profissionais de saúde, as práticas inadequadas nos serviços de saúde e o uso indiscriminado do leite artificial, também favorecem este cenário (SIQUEIRA, 2017; ESCARCE et al., 2013.).

Desse modo, o profissional de saúde desempenha papel fundamental na promoção e apoio a amamentação, sendo importante considerar além dos aspectos técnicos da lactação, as questões emocionais, culturais, a rede social e de apoio e o empoderamento e reconhecimento da mulher como protagonista nesse processo (BRASIL, 2015).

Uma equipe multiprofissional é importante neste momento, pois além de melhorar a assistência materno infantil, aumenta as taxas de sucesso no aleitamento materno exclusivo (AME). Essa equipe tem o papel de promover, incentivar e apoiar a amamentação, acolhendo, oferecendo suporte e informações corretas, dessa forma amenizando dúvidas e aflições durante todo o ciclo gravídico-puerperal (SIQUEIRA, 2017; ALMEIDA, LUZ, UED, 2015). Portanto, a finalidade deste estudo é relatar a experiência vivenciada por residentes multiprofissionais em saúde materno-infantil no incentivo ao aleitamento materno no pós-parto imediato.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência elaborado a partir da vivência multiprofissional dos residentes em saúde materno-infantil da Escola Multicampi em Ciências Médicas (EMCM) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no Hospital Regional Mariano Coelho (HRMC), durante o período de março a outubro de 2020, com o objetivo de relatar a atuação da equipe de residentes da enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição, psicologia e assistência social junto a profissionais do serviço, com o intuito de promover a saúde materno-infantil através do incentivo ao aleitamento materno,

considerando aspectos biopsicossociais das puérperas.

O hospital de vivência do qual trata este estudo, fica localizado no município de Currais Novos, região Seridó, interior do estado do Rio Grande do Norte. O hospital faz parte da estrutura que integra a rede de atenção hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN). É classificado como hospital geral de administração pública, estadual, sendo de média complexidade. Atualmente com 108 leitos, sendo 21 de Obstetrícia, 17 de Pediatria e 10 de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e demais, divididos em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI-adulto e Centro Obstétrico.

O estudo foi dispensado de avaliação por parte do comitê de ética em pesquisa, uma vez que as informações apresentadas são experiências pessoais vivenciadas. Contudo, ressalta-se que todos os princípios éticos foram seguidos conforme a resolução 466/2012.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O puerpério imediato é compreendido como o período do 1º ao 10º dia de pós-parto e é um momento de intensas modificações físicas e psicológicas. Neste período, é comum surgirem dúvidas e preocupações relacionadas à amamentação, por isso é necessária uma rede de apoio para a mulher que acabou de parir (ADAMY et al., 2017). No hospital que foi o cenário deste relato, os binômios ficam internados, em média, por um período de 48 horas, onde recebem assistência multiprofissional.

A prática do aleitamento materno aparenta ser algo simples e instintivo. Entretanto, para seu sucesso, requer a assimilação de diversos ensinamentos e um conjunto complexo de circunstâncias correlacionais no contexto social do binômio mãe-bebê (ROCHA et al., 2016; LIMA et al., 2016).

Neste sentido, residentes multiprofissionais em saúde materno-infantil, junto aos graduandos de enfermagem e profissionais do serviço, desenvolveram atividades que contribuíram para a promoção do aleitamento materno exclusivo por livre demanda, sendo o pós-parto imediato um momento oportuno para a atuação da equipe multiprofissional no intuito de promover e incentivar a amamentação.

Assim, atividades são realizadas visando alcançar estes objetivos e com isso melhorar a assistência no alojamento conjunto. São ações desenvolvidas pelos residentes, graduandos de enfermagem e profissionais do serviço, nos setores da obstetrícia (centro e clínica) e UCIN, entre elas, a implementação da hora ouro, auxílio na amamentação através de técnicas para melhor pega e posicionamento, técnicas de translactação e relactação, auxílio na ordenha manual, educação permanente em saúde com os profissionais, educação em saúde com as pacientes por meio de orientações dadas tanto em visitas multiprofissionais, como através de cartilhas ilustrativas com informações relacionadas ao tema.

A hora ouro consiste na prática de colocar o recém-nascido para ser amamentado logo após o nascimento ainda na sala de parto, desde que mãe e filho estejam bem. Amamentar na primeira hora de vida do lactente é considerada como fator protetor para a mortalidade neonatal (KHAN et al., 2014; BOCCOLINI et al., 2013). Estudos científicos comprovam que a amamentação na primeira hora de vida tem efeito protetor, devido à colonização intestinal de bactérias saprófitas encontradas no leite materno e aos fatores imunológicos bioativos adequados para o bebê, presentes no colostro materno (SANTOS et al., 2019; LONNERDAL, 2017).

A amamentação na primeira hora de vida é uma das ações realizadas buscando fortalecer e promover o contato da mãe com seu filho logo após o nascimento. No entanto, apresenta fragilidades quanto a promoção dessa prática de maneira efetiva que, vêm sendo superadas diante da inserção da equipe multiprofissional da residência. Assim, momentos de diálogo com os profissionais foram realizados no intuito de demonstrar a importância desse momento para a mãe e bebê, como também foi colocado em prática a hora ouro. Recentemente tem-se observado com maior frequência a amamentação na primeira hora de vida, principalmente nos casos de partos vaginais, porém também tem sido observado um aumento dessa prática nos partos cirúrgicos.

Refletindo sobre o processo de educação permanente, que segundo Merthy (2015) considera a busca por novos conhecimentos e novas formações, ambos construídos coletivamente a partir dos processos de trabalho. Foram realizados momentos com as equipes do centro e clínica obstétrica do referido hospital com intuito de promover discussão e atualizações sobre aspectos relacionados às práticas da amamentação.

No âmbito das estratégias de educação permanente, foi também disposto material complementar a respeito da influência do uso de medicamentos na lactação. Essas informações são importantes pois comumente se observa uma relação entre o uso de fármacos pela nutriz e a interrupção do aleitamento materno, demonstrando a importância da temática e a necessidade de constante atualização sobre a segurança dos fármacos utilizados durante a lactação. Contudo, deve-se atentar ao fato de que nem todos os fármacos são excretados no leite materno em quantidades clinicamente significativas, o que requer que a orientação pelo profissional de saúde a nutriz quanto à utilização de medicamentos, considere fatores relacionados ao fármaco, mãe e lactente para que assim ocorra uma efetiva avaliação do risco-benefício (PONTI et al., 2015; SACHS, 2013).

Outra estratégia comumente realizada pela equipe multiprofissional no alojamento conjunto e na UCIN são as técnicas de translactação e relactação. Essas, são utilizadas com recém-nascidos que possuem dificuldade na sucção, ou por algum motivo, não estão conseguindo mamar diretamente no seio materno, com intuito de promover o aleitamento materno e prevenir o desmame precoce. De acordo com Santana et al. (2014), a utilização da técnica de forma adequada é importante para o estímulo da sucção/deglutição/respiração, aumento da produção de leite materno e facilitação da introdução e manutenção

da amamentação.

A equipe atua diretamente com as puérperas e recém-nascidos fornecendo apoio e suporte, com intuito de prestar uma atenção pautada nas necessidades do binômio. Durante o puerpério imediato são desenvolvidas técnicas de lactação, estimulação de pega correta e posicionamento durante as mamadas, prevenção e manejo de intercorrências relacionadas à amamentação.

Durante a estadia da paciente no hospital, ela recebe orientações e auxílio dos profissionais de saúde na amamentação e, ao receber alta hospitalar, lhe é fornecida também uma cartilha com um compilado de informações importantes que são discutidas pela equipe em conjunto as puérperas, sendo apresentadas de forma detalhada e que irão auxiliá-las na prática em seu domicílio. Informações sobre benefícios da amamentação, cuidados com as mamas, sinais de fome, pega correta e posicionamento do recém-nascido, postura e conforto da mãe, massagem nas mamas, exercícios para prostrar os mamilos, alternar os seios a cada mamada, como também dialogar e desmistificar tabus relacionados a este tema.

O aleitamento materno vai além dos aspectos fisiológicos, é necessário ter um olhar mais integrado e holístico, englobando também os aspectos psicossociais, econômicos e culturais (BRASIL, 2019). Nesta experiência, foi observado que o período de permanência no alojamento conjunto é um momento oportuno para que as puérperas, em especial as primíparas, possam tirar suas dúvidas e anseios. Uma equipe multidisciplinar neste momento torna ainda mais provável esse sucesso, pois uma abordagem interprofissional, consegue fornecer subsídios para aumentar as chances de sucesso do aleitamento materno após a alta da maternidade e assim diminuir o risco de um desmame precoce (ANTUNES et al., 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período de lactação deve ser compreendido como fenômeno multifatorial tendo na figura da mãe o protagonismo desta prática. A atuação da equipe multiprofissional durante o início puerperal, que coincide com as primeiras horas de amamentação, é de fundamental importância para auxílio na lactação caso a díade mãe-bebê apresentarem plenas condições para tais. Durante este período se fazem necessários processos de educação permanente, de forma a considerar o aperfeiçoamento das habilidades no contexto multiprofissional, sendo fundamental a cooperação entre os profissionais para a fluidez do serviço de saúde e garantia de uma assistência materno-infantil de qualidade. Além disso, é crucial medidas de educação em saúde, para a discussão das demandas da assistência na lactação e ações práticas dos atores, mãe-bebê, rede de apoio no geral, considerando os aspectos biopsicossociais.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K. et al. **Amamentação no puerpério imediato: relato de experiência da implementação do processo de enfermagem.** Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [acesso em 2021 Abr 28];11(1):462-469. Disponível em: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201728

ALENCAR, A. P. et al. **Principais causas do desmame precoce em uma estratégia de saúde da família.** Saúde e Meio Ambiente: revista interdisciplinar, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 65, 20 dez. 2017. Universidade do Contestado - UnC. <http://dx.doi.org/10.24302/sma.v6i2.1456>.

ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. **Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura.** Revista Paulista de Pediatria, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 355-362, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>.

ANTUNES, M. B. et al. **Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional.** Avances En Enfermería, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 19-29, 1 jan. 2017. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>.

BOCCOLINI, C. S. et al. **Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality.** Jornal de Pediatria, [S.L.], v. 89, n. 2, p. 131-136, mar. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3> > Acesso em: 18 abr. 2021.

ESCARCE, A. G. **Influência da orientação sobre aleitamento materno no comportamento das usuárias de um hospital universitário.** Revista Cefac, [S.L.], v. 15, n. 6, p. 1570-1582, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462013000600020>.

KHAN, J. et al. **Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: effects on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis.** Maternal And Child Health Journal, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 468-479, 4 jun. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-014-1526-8>

LONNERDAL, B. **Bioactive Proteins in Human Milk-Potential Benefits for Preterm Infants.** Clin Perinatol [Internet]. 2017 [acesso em 2021 Abr 28];44(1):179-191. Disponível em: 10.1016/j.clp.2016.11.013.

MORRISON, A. H. et al. **Mothers' Reasons for Early Breastfeeding Cessation.** McN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, [S.L.], v. 44, n. 6, p. 325-330, nov. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nmc.0000000000000566>.

MERHY, E. E. **Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso.** Saúde em Redes [Internet]. 2015 [acesso em 2021 Abr 28];1(1):7-14. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Leis para proteger a amamentação estão inadequadas na maioria dos países.** 2016 Maio 09. [revisado 2020 Out 29; acesso em 2020 Out 13]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5094:leis-para-protoger-amamentacao-estao-inadequadas-na-maioria-dos-paises&Itemid=820.

PINTO, K. C. L. R. et al. **Prevalência do desmame precoce e suas principais causas.** Brazilian Journal Of Health Review, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 717-728, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n1-056>.

PRADO, C. V. C.; FABBRO, M. R. C.; FERREIRA, G. I. **Desmame precoce na perspectiva de puérperas: uma abordagem dialógica.** Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [cited 2021 Abr 28]; 25(2): e1580015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000200306&lng=en. Epub June 07,2016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001580015>.

ROCHA, I. S. et al. **Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Nov [citado 2021 Abr 20]; 23(11): 3609-3619. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103609&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20132016>.

Sachs Hari Cheryl, American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. **The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics.** Pediatrics [Internet]. 2013 Aug 26 [acesso em 2021 Abr 14];132(2):796-809. Disponível em: 10.1542/peds.2013-1985.

SANTANA, M. C. C. P. et al. **Atuação fonoaudiológica hospitalar junto a um processo de relactação e adoção: relato de caso.** Revista Cefac, [S.L.], v.16, n. 6, p. 2048-2052, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620148913>.

SANTOS, Daiane Costa dos *et al.* **A influência do leite materno na microbiota intestinal do lactente.** Análise Crítica das Ciências da Saúde 4, [S.L.], p. 34-45, 7 out. 2019. Atena Editora. <http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.7991907105>.

SIQUEIRA, F. P. C. et al. **A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno.** Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 171, 13 jan. 2017. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.ie19-1.acps>.

WERNET, M. et al. **The perception of the family health team concerning their support to breastfeeding.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 569-577, 20 ago. 2014. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400003>.

METÁSTASE CARDÍACA NO CÂNCER DE MAMA: UM RELATO DE CASO

Data de aceite: 21/06/2021

Luís Fillipe Torres Filgueira

Médico residente do Programa de Mastologia na Maternidade Escola Assis de Chateaubriand pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Gina Zully Carhuancho Flores

Orientadora. Supervisora da Residência Médica de Mastologia da Maternidade Escola Assis de Chateaubriand pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Médica Preceptora da Residência Médica de Mastologia do Hospital Geral de Fortaleza/SESA

Cristiane de Carvalho Coutinho

Médica coordenadora do Ambulatório de Mastologia da Maternidade Escola Assis de Chateaubriand pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Gerson Bruno Garcia de Souza Lima

Médico preceptor do Programa de Residência Médica em Radiologia da Maternidade Escola Assis de Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (UFC). Médico do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC).

RESUMO: As neoplasias cardíacas de origem secundária, são mais frequentes que as de origem primária, mas não se estabelecem de maneira comum, manifestam-se com sinais e sintomas inespecíficos. O carcinoma mamário é responsável por cerca de 7 % das metástases cardíacas. Objetivos: o estudo tem por objetivo

relatar o caso de paciente portadora de neoplasia mamária com metástase cardíaca, atendida na Maternidade Escola Assis de Chateaubriand, no ano de 2020. Metodologia: os autores descrevem o caso da paciente com metástase cardíaca no câncer de mama, a abordagem diagnóstica e terapêutica utilizada, comparando-as com os dados da literatura. Resultados: o diagnóstico tardio implica em um prognóstico ruim, a neoplasia se demonstra em avanço com aumento de lesões, importante derrame pericárdico e sinais de restrição diastólica. Conclusões: pode-se inferir a partir do caso descrito que pacientes portadores de neoplasia com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, deve-se suspeitar/investigar o envolvimento neoplásico do pericárdio, já que a presença deste piora ainda mais o prognóstico, com elevação das taxas de morbimortalidade. Sugere-se ainda, que se estabeleça um protocolo com inclusão de avaliação ecocardiográfica para auxiliar nas condutas terapêuticas, bem como melhorar a sobrevida dos pacientes.

PALAVRAS - CHAVE: Câncer de mama. Metástase neoplásica. Neoplasias cardíacas.

ABSTRACT: Cardiac neoplasms of secondary origin are more frequent than those of primary origin, but they are not established in a common way, they manifest with nonspecific signs and symptoms. Breast carcinoma is responsible for about 7% of cardiac metastases. Objectives: the study aims to report the case of a patient with breast cancer with cardiac metastasis, attended at the Maternidade Escola Assis de Chateaubriand, in 2020. Methodology: the authors describe the

case of the patient with cardiac metastasis in breast cancer, the diagnostic and therapeutic approach used, comparing them with data from the literature. Results: the late diagnosis implies a poor prognosis, the neoplasm is shown to be progressing with increased lesions, an important pericardial effusion and signs of diastolic restriction. Conclusions: it can be inferred from the case described that patients with neoplasia with signs and symptoms of heart failure, the neoplastic involvement of the pericardium should be suspected / investigated, since its presence further worsens the prognosis, with elevated morbidity and mortality rates. It is also suggested that a protocol be established with the inclusion of echocardiographic assessment to assist in therapeutic approaches, as well as to improve patient survival.

KEYWORDS: Breast cancer. Neoplastic metastasis. Cardiac neoplasms.

As neoplasias cardíacas de origem secundária, são mais frequentes que as de origem primária, mas não se estabelecem de maneira comum, manifestam-se com sinais e sintomas inespecíficos. O carcinoma mamário é responsável por cerca de 7 % das metástases cardíacas.

OBJETIVOS

O estudo tem por objetivo relatar o caso de paciente portadora de neoplasia mamária com metástase cardíaca, atendida na Maternidade Escola Assis de Chateaubriand, no ano de 2020.

METODOLOGIA

Os autores descrevem o caso da paciente com metástase cardíaca no câncer de mama, a abordagem diagnóstica e terapêutica utilizada, comparando-as com os dados da literatura.

RESULTADOS

O diagnóstico tardio implica em um prognóstico ruim, a neoplasia se demonstra em avanço com aumento de lesões, importante derrame pericárdico e sinais de restrição diastólica.

CONCLUSÕES

Pode-se inferir a partir do caso descrito que pacientes portadores de neoplasia com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, deve-se suspeitar/investigar o envolvimento neoplásico do pericárdio, já que a presença deste piora ainda mais o prognóstico, com elevação das taxas de morbimortalidade. Sugere-se ainda, que se estabeleça um protocolo com inclusão de avaliação ecocardiográfica para auxiliar nas condutas terapêuticas, bem como melhorar a sobrevida dos pacientes.

CAPÍTULO 10

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS ÓBITOS MATERNS OCORRIDOS EM MACEIÓ, AL, BRASIL (2010 – 2015)

Data de aceite: 21/06/2021

Aline Maria Fatel da Silva Pires

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas

Maria Lucélia da Hora Sales

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas

Sofia Soares Amorim

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas

Carlos Alberto de Lima Junior

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas;

Ingrid Rocha Antunes

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas

José Ismair de Oliveira dos Santos

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas

Rafaella Maria Bezerra Pinheiro Custódio

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas

RESUMO: Objetivo: Analisar as características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Maceió-AL, Brasil, no período de 2010 a 2015. **Métodos:** A análise dos óbitos maternos se deu através do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM e do Sistema de Informação de

Nascidos Vivos – SINASC, totalizando 32 óbitos por causa direta. Os dados foram analisados descritivamente e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23. **Resultados:** 46,8% das mulheres tinham entre 20 e 34 anos, e 56,2% eram pardas. Além disso, 53,1% eram solteiras e 34,3% possuíam apenas de 4 a 7 anos de estudo concluídos. Todas realizaram pré-natal, em que 96,8% tiveram apenas até 4 consultas pré-natais. O parto foi do tipo cesáreo em 84,3% e 62,5% dos óbitos se deu durante o puerpério precoce, principalmente, em maternidades de alto risco (59,4%). A principal causa básica de morte, segundo a CID-10, foi a infecção puerperal, com cinco casos (15,6%). **Conclusão:** A organização do processo de trabalho das equipes de saúde no tocante à saúde materna e qualificação profissional são fundamentais, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento dos indicadores de saúde e garantir o direito da mulher a cuidados de qualidade durante o período gravídico-puerperal, evitando danos desnecessários.

PALAVRAS – CHAVE: Mortalidade Materna; Epidemiologia; Saúde da mulher; Indicadores Básicos de Saúde.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MATERNAL DEATHS OCCURRED IN MACEIÓ, AL, BRAZIL (2010-2015)

ABSTRACT: Objective: To analyze the epidemiological characteristics of maternal deaths that occurred in Maceió-AL, Brazil, from 2010 to 2015. **Methods:** The analysis of maternal deaths was done through the Mortality Information (“Sistema de Informação de Mortalidade” – SIM),

and the Live Birth Information System (“Sistema de Informação de Nascidos Vivos” – SINASC), totaling 32 deaths from direct causes. The data were analyzed descriptively and the program used to obtain the statistical calculations was IBM SPSS in version 23. **Results:** 46.8% of women were between 20 and 34 years old, and 56.2% were black. In addition, 53.1% were single and 34.3% had completed 4 to 7 years of study. All performed prenatal care, in which 96.8% had only up to 4 prenatal consultations. Delivery was cesarean type in 84.3% and 62.5% of deaths occurred during the early postpartum period, mainly in high-risk maternity hospitals (59.4%). The main basic cause of death, according to the CID-10, was puerperal infection, with five cases (15.6%). **Conclusion:** The organization of the work process of the health teams with regard to maternal health and professional qualification are fundamental, in order to contribute to the improvement of health indicators and to guarantee the woman’s right to quality care during the pregnancy-puerperal period, avoiding harm unnecessary.

KEYWORDS: Maternal Mortality; Epidemiology; Women’s Health; Health Status Indicators

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde definiu morte materna como óbito de mulheres durante a gestação ou no período de até 42 dias após o parto, desde que as causas de morte não envolvam acidentes ou incidentes, independente da duração e localização da gestação, de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ^{1,2,3}.

Esta definição permite identificar as mortes, com base em suas causas, como direta ou indireta. Mortes obstétricas diretas são aquelas resultantes de complicações na gravidez, parto ou puerpério, a partir de intervenções, omissões e/ou tratamento incorreto. Já os óbitos por causa indireta são aqueles resultantes de doenças pré-existentes, que se desenvolveram durante a gestação ou que não foram devidas às causas obstétricas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez ^{2,3}.

Apesar dos avanços tecnológicos na área médica, a morte materna ainda é uma realidade, especialmente no sistema de saúde público dos países em desenvolvimento, decorrente da má qualidade da atenção obstétrica oferecida à população, uma vez que grande parte dos óbitos poderiam ser evitados ⁴.

Inúmeras ações foram desenvolvidas ao longo da história da política pública brasileira no tocante à saúde materno-infantil, antes mesmo do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1980, em conjunto com a Organização Pan- Americana da Saúde e com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, criou-se os “Comitês de Morte Materna”, que são organismos constituídos pelas instituições governamentais, Conselhos regionais de Medicina e Enfermagem, sociedade científica, universidades ligadas à área da saúde e movimentos de mulheres ^{5,6}.

Os Comitês de Morte Materna são responsáveis por avaliar cada caso de mortalidade materna, determinando sua causa, a fim de conduzir intervenções capazes de evitar novos óbitos. Portanto, após cada investigação, eles enviam a Ficha de Síntese aos Comitês

das Secretarias Estaduais de Saúde, que norteará ações para a redução da mortalidade materna ^{5,6}.

Em 1990, o Brasil se comprometeu junto aos países membros da Nações Unidas a cumprir, até 2015, os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”, em que um deles era voltado à saúde materna, especialmente à redução da razão de mortalidade desse grupo em três quartos ^{1, 7, 8}. Sabe-se, entretanto, que esse foi o objetivo que menos avançou, refletindo em milhares de óbitos maternos ^{1,4}.

De 1990 a 2010, o Brasil obteve resultados significativos, reduzindo a mortalidade materna em 52%, embora ainda não tenha cumprido a meta dos ODM ^{1,9}. Com a reorganização do sistema de saúde, em que o modelo assistencial vem sendo substituído pela atenção básica, a qual é voltada para a prevenção e promoção de saúde, surgem estratégias que buscam reduzir as taxas de mortalidade materna, como a criação da Rede Cegonha ¹⁰.

A Rede Cegonha surgiu em 2011, cujo objetivo é integralizar as políticas já existentes, promover assistência de qualidade durante à gestação, parto e puerpério de forma regionalizada, evitando superlotação de leitos e o deslocamento desnecessário da gestante, conforme o desenho diagnóstico de cada estado, assim como garantir o cuidado à criança até os dois anos de idade^{10,11}.

Maceió corresponde à primeira região de saúde, sendo responsável por toda primeira macrorregião do estado, no que diz respeito à vinculação da gestante às maternidades. Na capital alagoana, atualmente, todas as gestantes estão vinculadas a algum serviço obstétrico, sendo 57 unidades básicas de saúde, duas maternidades de risco habitual e duas de alto risco ¹¹.

É fundamental investigar as circunstâncias em que as mortes maternas ocorrem, a fim de direcionar estratégias de saúde pública capazes de reduzir tais ocorrências. Dessa forma, o presente estudo objetiva descrever as características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Maceió (AL), no período de 2010 a 2015.

MÉTODOS

Foi um estudo epidemiológico de corte transversal, retrospectivo e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado na cidade de Maceió- AL. A pesquisa abrangeu a totalidade dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas e indiretas de mulheres residentes na capital, ocorridos entre os anos de 2010 e 2015, somando 48 óbitos.

Os dados foram extraídos a partir de informações secundárias contidas no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados em planilha de excel pela Gerência de Análise de Estado de Saúde e pela Coordenação de Análise da Situação de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, mediante autorização legal.

As variáveis no SINASC, a partir da Declaração de Nascidos vivos (DN), incluíram número de consultas de pré-natal, duração da gestação, tipo de gestação e tipo de parto. Já as variáveis exploradas no SIM, a partir das Declarações de Óbitos (DO), abrangeram faixa etária das mulheres, raça/cor, escolaridade, estado civil e momento de ocorrência do óbito (na gravidez, no aborto, parto ou puerpério).

Identificou-se, a partir da 10ª Revisão da Classificação de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID – 10), as causas básicas da morte, as quais foram classificadas em diretas e indiretas. Todavia, as mulheres que faleceram por causa indireta, totalizando seis óbitos no período em questão, não apresentavam registro no SINASC, assim como dez mulheres que faleceram por causa direta. Sendo, portanto, excluídas da amostra, restando 32 óbitos maternos, todos por causa direta.

A organização dos dados foi realizada no Microsoft Excel 2013 e as variáveis foram agrupadas conforme a semelhança do conteúdo: características sociodemográficas, antecedentes obstétricos e causa básica do óbito. Também foi calculada a Razão de Mortalidade Materna anual (número de óbitos maternos dividido pelo número de nascidos vivos multiplicado por 100.000). Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais, e das taxas de ocorrência de óbitos por cada 100.000 nascimentos de crianças vivas. O programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), sob parecer 2.671.254, e não há conflito de interesse. Destaca-se que o Termo de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado ao CEP da UNCISAL, no qual foi assumido o compromisso de preservar a privacidade e manter a confidencialidade sobre as informações coletados no banco de dados do SIM e SINASC da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, bem como a privacidade de seus conteúdos. Neste termo, também foi assumido a responsabilidade de que todas as informações seriam utilizadas exclusivamente para execução do presente projeto, e a divulgação destas somente seriam realizadas de forma anônima.

RESULTADOS

Foram analisados 32 óbitos maternos por causa direta de residentes na cidade de Maceió no período estudado. Contabilizou-se, ainda, um total de 91.209 nascidos vivos.

Quanto aos óbitos maternos por causas obstétricas diretas observou-se que o maior número ocorreu nos anos de 2010 ($n = 9$ casos) e 2014 ($n = 8$ casos). A RMM apresentou um comportamento anual irregular, classificada em baixa apenas no anos de 2011 (RMM = 6,5) e 2012 (RMM = 13,4) [Tabela 1 e Gráfico 1].

ANO	Óbitos Registrados	Nº de nascidos vivos	RMM
2010	9	15229	59,1
2011	1	15477	6,5
2012	2	14883	13,4
2013	6	15196	39,5
2014	8	14852	53,9
2015	6	15572	38,5
TOTAL	32	91209	35,0

Tabela 1: Óbitos maternos por causas obstétricas diretas de mulheres residentes e Razão de Mortalidade Materna anual, em Maceió-AL, Brasil, no período de 2010 a 2015

Fonte: SIM/SINASC. Processamento: Coordenação de Análise de Tendência e Conjuntura/ Coordenação de Análise da Situação de Saúde. Acesso em: 30/10/2018

Na tabela 2 estão dispostas as características sociodemográficas dos óbitos maternos analisados. A maioria dos óbitos maternos ocorreu em mulheres pardas (n=18; 56,2%), solteiras (n=17; 53,1%) e naquelas que possuíam de 4 a 7 anos de estudo (n=11; 34,3%). A maior concentração de óbitos (n=15; 46,8%) ocorreu na faixa etária de 20 a 34 anos.

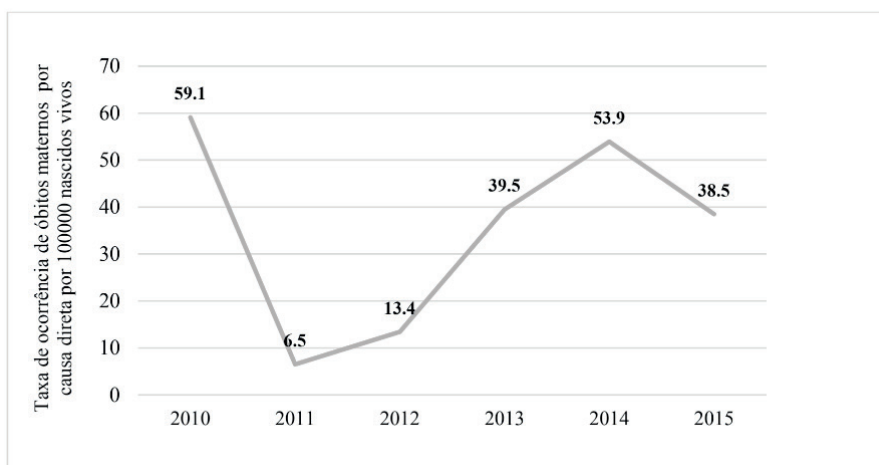


Gráfico 1: Razão de Mortalidade Materna (RMM) por causa direta, no período de 2010 a 2015, no município de Maceió-AL.

Fonte: SIM/SINASC. Processamento: Coordenação de Análise de Tendência e Conjuntura/ Coordenação de Análise da Situação de Saúde. Acesso em: 30/10/2018

Na tabela 3 verifica-se que 96,8% realizou até quatro consultas pré-natais (n=31) e o parto foi do tipo cesariano em 84,3% (n=27). Todas as mulheres tinham gestação única e a maioria apresentava idade gestacional de 37 a 41 semanas (n=20; 62,5%). Sobre o momento do óbito, 62,5% ocorreu durante o puerpério precoce (n=20), e 59,4% dos óbitos ocorreram em maternidades de alto risco (n=19).

Na tabela 4, destaca-se: “infecção puerperal” (15,6%), “eclampsia não especificada quanto ao período” (9,3%) e “outras formas de inércia uterina” (9,3%) como as principais causas básicas de óbito. As demais causas tiveram frequências que variaram de um (3,1%) a dois (6,1%) casos.

Características Sociodemográficas	N	%
TOTAL	32	100
Faixa etária (anos)		
14 a 19	10	31,2
20 a 34	15	46,8
35 a 46	7	21,8
Cor		
Branca	5	15,6
Parda	18	56,2
Preta	2	6,25
Não preenchido	7	21,8
Anos de escolaridade		
Nenhuma	1	3,1
De 1 a 3	5	15,6
De 4 a 7	11	34,3
De 8 a 11	2	6,2
12 ou mais	2	6,2
Não preenchido	6	18,7
Ignorado	5	15,6
Estado civil		
Casada	7	21,8
Solteira	17	53,1
Não preenchido	7	21,8
Ignorado	1	3,1

Tabela 2: Características sociodemográficos dos óbitos. Maceió-AL, 2010-2015

Fonte: SIM/SINASC. Processamento: Coordenação de Análise de Tendência e Conjuntura/
Coordenação de Análise da Situação de Saúde. Acesso em: 30/10/2018

Antecedentes Obstétricos	N	%
TOTAL	32	100
Número de consultas pré-natais		
Até 4	31	96,8
Mais que 4	1	3,1
Idade gestacional (semanas)		
De 22 a 27	1	3,1
De 28 a 31	1	3,1
De 32 a 36	7	21,8
De 37 a 41	20	62,5
Não preenchido	3	9,3
Tipo gestação		
Única	32	100
Tipo de parto		
Cesário	27	84,3
Normal	5	15,6
Momento do óbito		
Gravidez	6	18,7
Puerpério precoce *	20	62,5
Puerpério tardio **	3	9,3
Não preenchido	3	9,3
Local do óbito		
Maternidades de alto risco	19	59,4
Maternidades de risco habitual	13	40,6

Tabela 3: Antecedentes obstétricos e local dos óbitos. Maceió-AL, 2010-2015

* Óbito que ocorre até 42 dias após a gestação.

** Óbito que ocorre de 43 dias a menos de 1 ano do término da gestação.

Fonte: SIM/SINASC. Processamento: Coordenação de Análise de Tendência e Conjuntura/
Coordenação de Análise da Situação de Saúde. Acesso em: 30/10/2018

Causa Básica do Óbito (CID-10)	N	%
TOTAL	32	100
O00.9. Gravidez ectópica, não especificada	1	3,1
O01.9. Mola hidatiforme não especificada	1	3,1
O02.1. Aborto retido	1	3,1
O14.1. Pré- eclampsia grave	1	3,1
O15.2. Eclampsia no puerpério	1	3,1
O15.9. Eclampsia não especificada quanto ao período	3	9,3
O23.0. Infecções do rim na gravidez	1	3,1
O23.4. Infecção não especificada do trato urinário na gravidez	2	6,1
O23.9. Outras infecções e as não especificadas do trato urinário na gravidez	1	3,1
O26.9 Afecções ligadas a gravidez, não especificadas	1	3,1
O62.2. Outras formas de inércia uterina	3	9,3
O62.4. Contrações uterinas hipertônicas, incoordenadas ou prolongadas	1	3,1
O71.7. Hematoma obstétrico da pelve	1	3,1
O72.1. Outras hemorragias do pós parto imediato	1	3,1
O75.4. Outras complicações de procedimentos ou de cirurgia obstétrica	1	3,1
O75.9. Complicações do trabalho de parto e do parto, não especificadas	2	6,2
O85. Infecção puerperal	5	15,6
O86.2. Infecção das vias urinárias subsequentes ao parto	1	3,1
O86.4. Febre de origem desconhecida subsequente ao parto	1	3,1
O88.2. Embolia obstétrica por coágulo de sangue	1	3,1
O90.3. Cardiomiopatia no puerpério	1	3,1
O90.9. Complicação do puerpério não especificada	1	3,1

Tabela 4: Causas básicas dos óbitos maternos por causas diretas de mulheres residentes em Maceió-AL, 2010 a 2015, segundo a CID-10

Fonte: SIM/SINASC. Processamento: Coordenação de Análise de Tendência e Conjuntura/ Coordenação de Análise da Situação de Saúde. Acesso em: 30/10/2018

DISCUSSÃO

Grande parte dos óbitos maternos são evitáveis, indicando precárias condições socioeconômicas de um país, violação dos direitos humanos e falta de preocupação do Estado com a saúde e a vida da mulher, não garantindo-lhe o direito à maternidade segura^{4, 12}. A mortalidade materna é o melhor indicador de assistência à saúde das mulheres, considerada a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas para a redução de óbitos, que ocasionam grande impacto à família e à sociedade¹³.

No Brasil, poucos médicos conseguem identificar a causa básica de morte materna,

nem relacioná-la ao momento do óbito, culminando no preenchimento inadequado das Declarações de Óbito, embora a morte materna seja um evento de notificação compulsória. Além disso, o sub-registro das DO nos cartórios e os erros cometidos durante a digitação dos dados para os sistemas de informação pelas secretarias municipais de saúde são as principais causas que comprometem uma investigação eficaz sobre os óbitos de mulheres em idade fértil, prejudicando a criação de políticas públicas adequadas para a redução desses eventos ^{6, 14, 15}. Mesmo com estas limitações, somada a uma amostra pequena, observa-se que a mortalidade materna na cidade de Maceió apresentou características sociodemográficas e obstétricas importantes de serem destacadas.

Sabe-se que o risco maior de óbito materno ocorre em mulheres acima de 35 anos de idade ¹⁶. Este estudo, contudo, evidenciou uma proporção maior de óbitos em mulheres mais jovens (n=25; 78,1%), assim como o estudo de Correia *et al.*¹⁷, em que o óbito materno ocorreu em maior proporção em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, em Recife-PE, no período de 2000 a 2006.

A faixa etária mais jovem oferece menor risco para a gestante. A ocorrência de óbito nesse período demonstra uma assistência inadequada ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, e uma ineficiente detecção precoce das gestações de riscos ¹⁷.

Em relação à variável raça/cor, os óbitos maternos ocorreram especialmente em mulheres pardas (n=18; 56,2%). O fator raça/cor pode não esboçar a realidade social maceioense, tendo em vista a diversidade étnica do país e a dificuldade de entendimento da população quanto à classificação. Entretanto, no âmbito da mortalidade materna, é necessário perceber qual a raça ou cor de uma população vem sendo mais acometida, a fim de identificar grupos vulneráveis, o que reflete as desigualdades sociais ainda existentes no país e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de algumas populações ¹⁸.

O estado civil apresenta-se como uma variável a ser analisada no âmbito da mortalidade materna. A maioria das mães eram solteiras (n=17; 53,1%), demonstrando uma possível quebra de vínculo entre a mãe e o pai da criança diante da notícia da gravidez. A falta de apoio emocional, financeiro, afetivo e social contribuem para torná-las um grupo vulnerável. Desta forma, a presença de um companheiro no período gravídico-puerperal torna-se um fator de proteção relevante na redução da morbimortalidade materna ^{16, 18}.

Além disso, destaca-se que a maioria dos óbitos maternos ocorreram em mulheres com algum grau de escolaridade (n=20; 62,5%), embora grande parte tivesse menos de 7 anos de estudo (n=16; 49,9%). Sabe-se que o nível de escolaridade está intimamente relacionado à procura pelos serviços de saúde ¹⁷, fato que pode ser associado à grande proporção de mulheres que não realizaram adequadamente o pré-natal, com menos de quatro consultas (n=31; 96,8%) durante a gestação. Percebe-se, portanto, uma assistência ineficaz e/ou menor procura das mulheres aos serviços de saúde, ligada principalmente ao baixo nível de conhecimento.

Reis *et al.* ⁴, em sua revisão da literatura acerca deste tema, constataram que a

maiorias das mortes maternas ocorrem em países subdesenvolvidos e atingem em maior quantidade as mulheres de baixa renda, menor grau de escolaridade e negras. Fernandes *et al.*¹, reconhece a posição secundária da mulher na sociedade dos países da América Latina, especialmente pelo desrespeito aos direitos à saúde feminina, acometendo principalmente mulheres de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade.

Vale ressaltar que é grande o número de casos com escolaridade ignorada (n=5; 15,6%) ou que não teve o campo preenchido na DO (n= 6; 18,7%), demonstrando a fragilidade na coleta de dados. Desconhecer esses dados interfere nos indicadores de saúde, dificultando a promoção de ações preventivas¹⁹.

O presente estudo encontra-se em consonância com os dados nacionais demonstrados em uma pesquisa sobre todos os óbitos maternos registrados no Brasil de 2009 a 2013, a partir de informações secundárias do SIM/DATASUS. Constatou - se que a maior ocorrência dos óbitos nacionais foi entre mulheres de 20 a 29 anos, pardas, solteiras e com 4 a 7 anos de estudo¹³.

Em relação aos antecedentes obstétricos, chama a atenção a elevada proporção de óbitos maternos de mulheres que foram submetidas a partos cesarianos (n=27; 84,3%). O parto cesariano contribui para uma melhor assistência à saúde, sendo uma importante intervenção médica para a queda da mortalidade materna e neonatal. Entretanto, realizá-lo sem justificativa clínica pode acarretar riscos para a mãe e para a criança²⁰.

Este estudo não é suficiente para afirmar se todos os partos cesarianos que foram realizados em mulheres que vieram à óbito nos anos de 2010 a 2015 tiveram de fato indicação clínica justificável. Contudo, vale salientar, que a maioria dos óbitos ocorreram em instituições que assistem gestação de alto risco (n=19; 59,4%), com indicações para interrupção da gravidez em virtude dos fatores de risco materno e fetal²¹.

A cesariana eletiva, entretanto, quando comparada ao parto vaginal está relacionada com maior morbidade materna, como a necessidade de transfusão sanguínea, histerectomia, internação em unidade de tratamento intensivo (UTI) e piores desfechos neonatais, como o aumento de internação em UTI e mortalidade neonatal, além de maior permanência hospitalar²⁰. Associa-se também ao maior risco de infecção puerperal, principal causa básica de óbito materno neste estudo (n=5; 15,6%).

Além disso, o Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS em 2010, discutiu o tema de financiamento da cobertura universal, considerado como um dos elementos fundamentais para o avanço dos sistemas de saúde. Tomando como exemplo a epidemia de cesarianas, o relatório global concluiu que o número de cesáreas varia muito entre os países, com os mais ricos e os em transição registrando um recurso excessivo a este procedimento. Uma análise em nível nacional, baseada no método WHO-CHOICE (*Choosing Interventions that Are Cost Effective*), revelou que o custo global do excesso de cirurgias é superior a US\$ 2 bilhões anualmente. Devido à grande quantidade de cirurgias desnecessárias em países com elevados níveis de rendimento, o custo global do excesso

de cesáreas em 2008 poderia ter potencialmente financiado, por mais de seis vezes, os procedimentos realmente necessários nos países mais pobres ^{2,3, 22}.

Portanto, a elevada proporção de cesarianas sem indicação clínica gera consequências na saúde materna e neonatal e custos excessivos desnecessários ao sistema público de saúde.

Todos os óbitos maternos considerados neste estudo ocorreram por causas diretas, destacando-se “infecção puerperal” (n=5; 15,6%), “eclampsia não especificada quanto ao período” (n=3; 9,3%) e “outras formas de inércia uterina (n=3; 9,3%)”, conforme a CID-10. Outras pesquisas, no entanto, evidenciaram maior ocorrência de óbito materno por transtornos hipertensivos na gestação ^{1, 23}, principal causa direta de óbito materno no Brasil, demonstrando sério prejuízo na qualidade da atenção obstétrica e no planejamento familiar oferecido à população feminina ¹³.

Somado a isso, a maioria dos óbitos maternos ocorreram no pós-parto imediato (n=20; 62,5%), demonstrando o quanto essa fase é negligenciada no país. Salienta-se, portanto, que o puerpério é um dos momentos mais críticos do período gravídico-puerperal, necessitando de uma assistência de saúde qualificada às mulheres que se encontram nesse estado ¹⁶.

Por fim, a razão de mortalidade materna (RMM) consiste em um indicador que demonstra o risco de uma mulher morrer quando se encontra no estado gravídico ou puerperal ou durante o parto, sinalizando para a efetivação ou não das estratégias de promoção da saúde de mulheres em idade reprodutiva, sendo calculada pelo número de óbitos maternos dividido pelo número de nascidos vivos multiplicando por 100.000 ^{4, 8, 14, 15}.

Ressalta-se que a razão de mortalidade materna em países em desenvolvimento permanece bastante acima do preconizado pela OMS: RMM abaixo de 20 óbitos em 100 mil nascidos vivos ^{2, 3, 16}. Esse dado pode ser constatado através do presente estudo, em que a RMM na cidade de Maceió foi classificada em baixa apenas nos anos de 2011 (RMM = 6,5) e 2012 (RMM = 13,4). Talvez essa queda brusca da RMM, nesse período, em comparação ao ano de 2010 (RMM = 59,1), se relacione com o surgimento da Rede Cegonha.

Tendo em vista o investimento nos últimos 20 anos no fortalecimento da atenção básica e a ampliação da oferta do pré-natal, com a regulação dos leitos maternos a partir do advento da Rede Cegonha, esperava-se uma redução significativa dos óbitos maternos, especialmente de mulheres em idade fértil, no período em questão. Entretanto, vale ressaltar, que a RMM volta a crescer nos anos subsequentes [2013 (RMM = 39,5); 2014 (RMM = 53,9); e 2015 (RMM = 38,5)], o que pode demonstrar uma possível flexibilização na efetivação da Rede Cegonha, necessitando de um melhor preparo das equipes de saúde, de adequação física das unidades e de regulação da assistência prestada, a fim de garantir qualidade dos serviços de saúde na gestação, parto e puerpério e do cuidado à criança até os 2 anos de idade ¹⁰. Além disso, o acompanhamento adequado do pré-natal é questionada, considerando que apenas 44% do município tem cobertura da Atenção Básica. Uma outra

possibilidade que justifique o retorno ao aumento da RMM é a melhoria dos sistemas de informação, a partir da criação dos Comitês de Morte Materna, com melhoria dos registros e captação do óbito ¹⁹.

Este estudo possibilitou conhecer as características sociodemográficas maternas e os antecedentes obstétricos, relacionando-os com o desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno na cidade de Maceió-AL, demonstrando uma casuística de 32 óbitos maternos em seis anos.

De um modo geral, na análise da mortalidade materna identificou-se que a maioria das mulheres se encontravam em idade fértil, eram pardas e solteiras, e com 4 a 7 anos de escolaridade. A taxa de cesariana é alta e a aderência ao pré-natal é menor do que a esperada.

Além disso, a principal causa de morte direta foi a infecção puerperal e a maior parte dos óbitos ocorreram em até 42 dias após o parto, momento do período gravídico-puerperal que merece mais atenção da equipe saúde e das políticas públicas. Neste estudo, grande parte dos óbitos poderiam ser evitados, através de medidas assistencial e preventiva.

Todos os óbitos ocorreram em hospitais que possuíam atendimento especializado em obstetrícia. Somado a isso, a pesquisa em questão envolve instituições de referência em gestação de alto risco, fato que favorece uma maior taxa de mortalidade quando comparado aos locais que assistem gestantes de risco habitual.

A organização do processo de trabalho das equipes de saúde no tocante à saúde materna e qualificação profissional são fundamentais. Incentivar o parto normal, poupando as cesarianas para os casos de risco materno-fetal, reduzir as desigualdades de assistência durante o pré-natal e facilitar o acesso aos serviços de saúde são medidas que devem ser intensificadas para a efetivação da Rede Cegonha e melhoria da saúde materna, contribuindo para o aperfeiçoamento dos indicadores de saúde e a garantia ao direito a cuidados de qualidade durante o período gravídico-puerperal, evitando danos desnecessários.

AGRADECIMENTOS

Aos técnicos da Gerência de Análise de Estado de Saúde e pela Coordenação de Análise da Situação de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, que disponibilizaram todas as informações necessárias ao andamento do estudo. À coordenação de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas pelo apoio à realização do trabalho com o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), vinculada a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL).

REFERÊNCIAS

1. Fernandes BB, Nunes FBBF, Prudêncio PS, Mamede FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36 (esp): 192-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56792>
2. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Switzerland: World Health Organization; 2010 [acesso em mai 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44423/9789241500265_eng.pdf;jsessionid=0A712D0EFEFC6FF7854D06B3EC9B45D8?sequence=1
3. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010 [Acesso em mai 2019]. Disponível em: https://www.who.int/whr/2010/cover_en.pdf?ua=1
4. Reis LGCP, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. Physis (Rio J). 2011; 21 (3): 1139-60
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2º ed. Brasília (DF); 2002
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. 1º ed. Brasília (DF); 2009.
7. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33 (10):273-9.
8. Troncon JK, Netto DLQ, Rehder PM, Cecatti JG, Surita FG. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35 (9): 388-93.
9. Pícoli RP, Cazola LHO, Lemos EF. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2017; 17 (4): 739-747.
10. Fernandes RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19 (11): 4457-4466.
11. Alagoas. Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas. Mapa de vinculação da Rede Cegonha [Internet]. 2015 [citado em 21 jan 2019]. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Mapa-de-Vinculacao-C3%A7-C3%A3o-Rede-Cegonha.pdf>
12. Soares VMN, Souza KV, Azevedo EMM, Possebon CR, Marques FF. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(12): 536-43
13. Guimarães TA, Rocha AJSC, Rodrigues WB, Pasklan ANP. Mortalidade Materna no Brasil entre 2009 e 2013. Rev Pesq Saúde. 2017; 18 (2): 81-85
14. Martins HEL, Souza ML, Dalmas JC, Arzuaga-Salazar M. Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(5):1025-30

15. Ribeiro CM, Costa AJL, Cascão AM, Cavalcanti MLT, Kale PL. Estratégia para seleção e investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. Ver Bras Epidemiol. 2012; 15 (4): 725 - 36
16. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. Rev Bras Epidemiol. 2012; 15 (2): 396 – 406
17. Correia RA, Araújo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). Rev Bras Enferm. 2011; 64(1): 91-7. -7
18. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade Materna no Brasil: uma Realidade que Precisa Melhorar. Revista Baiana de Saúde Pública. 2012; 36 (2): 527 - 538
19. Mascarenhas PM, Silva GR, Reis TT, Casotti CA, Nery AA. Análise da Mortalidade Materna. Rev. Enferm. UFPE online. 2017; 11 (Supl.11): 4653-62
20. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2018; 34 (5): 01-15
21. Lima MRG, Coelho ASF, Salge AKM, Guimarães JV, Costa PS, Sousa TCC, Mattos DV, Sousa MAA. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. Cad. Saúde Colet. 2017; 25 (3):324-331
22. Serruya SJ. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34 (12): 531 – 5
23. Botelho NM, Silva IFMM, Tavares JR, Lima LO. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36 (7): 290-5

SOBRE O ORGANIZADORA

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI - Doutorado (2015) e Mestrado (2001) em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB. Atua na Saúde Pública há duas décadas no Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando Discentes e Residentes em Saúde. Coordena a Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, exercendo a docência em nível de Pós Graduação na modalidade de Residência nas disciplinas de Bioética, Promoção da Saúde, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Em 2016 enquanto devolutiva do processo de doutorado implantou o Projeto de extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS (em vigência) na Universidade de Pernambuco – UPE, orientando discentes e Residentes na área de saúde na modalidade de extensão universitária, desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aleitamento materno 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79

Assistência humanizada 61, 69

Atenção à Saúde 1, 3, 5, 9, 13, 22, 23, 37, 78

Atenção Primária à Saúde (APS) 3

C

Comitês de Morte Materna 83, 93

Consultório na Rua 6, 1, 2, 3, 6

COVID-19 6, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 22

D

Direitos Humanos 2, 10, 61, 89

E

Educação em Saúde 4, 13, 73, 75, 77

Educação Permanente em Saúde 14, 15, 16, 17, 21, 22, 73, 75

Enfermeiro Obstétrico 61

Envelhecimento 26, 27, 29, 32, 33, 35, 36

Envelhecimento Cronológico 27

Estudo de caso 5

Exame Físico de Mamas 50

Exercícios Físicos 7, 36, 37, 39

F

Formação em serviço 5, 6, 14, 15, 17, 19, 21, 23

G

Gestão em saúde 14, 16, 17, 21

I

Idosos 7, 5, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 47

J

Judicialização 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Judicialização da saúde 8, 9, 10, 11

L

Leite Materno 73, 76, 79

M

Ministério da Saúde 5, 6, 9, 10, 13, 15, 17, 23, 34, 61, 63, 69, 70, 74, 78, 94

Mobilidade Funcional 7, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36

Morte Materna 83, 89, 90, 93, 95

Mortes obstétricas 83

O

Organização Mundial da Saúde (OMS) 74

Oxigenoterapia 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

Oxigenoterapia Domiciliar 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13

P

Parturiente 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69

Pesquisa 2, 5, 8, 16, 17, 27, 28, 41, 63, 69, 70, 75, 84, 85, 91, 93, 94

População em situação de rua 1, 2, 6

Programa de Residência 15, 16, 20, 62, 80

Prolongamento da vida 6, 7, 8, 10, 11, 12

Protocolo 7, 40, 41, 60, 63, 64, 68, 69, 80, 81

R

Rede Cegonha 62, 70, 84, 92, 93, 94

Residentes Multiprofissionais Em Saúde 73, 74, 75

S

Sarcopenia 37, 38, 39, 44, 45, 46, 47

Sistema Único de Saúde - SUS 5, 16, 96

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:

**EXPERIÊNCIAS,
PESQUISA E PRODUÇÃO
DO CONHECIMENTO
PARA O SUS**

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:

EXPERIÊNCIAS,
PESQUISA E PRODUÇÃO
DO CONHECIMENTO
PARA O SUS