

Organizadores

Clóris Regina Blanski Grden

Luciane Patrícia Andreani Cabral

Everson Augusto Krum

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DO IDOSO:
experiências e reflexões**



*Editora
UEPG*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

REITOR EDITORA UEPG

Miguel Sanches Neto Beatriz Gomes Nadal

VICE-REITOR CONSELHO EDITORIAL

Everson Augusto Krum Beatriz Gomes Nadal (Presidente)

Adilson Luiz Chinelatto

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO Antonio Liccardo

E ASSUNTOS CULTURAIS Augusta Pelinski Raiher

Clóris Regina Blanski Grden Clóris Regina Blanski Grden

Dircéia Moreira

Giovani Marino Favero

Ivana de Freitas Barbola

Névio de Campos

Organizadores

Clóris Regina Blanski Grden
Luciane Patrícia Andreani Cabral
Everson Augusto Krum

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DO IDOSO:
experiências e reflexões**

Editora
UEPG

Copyright © by Clóris Regina Blanski Grden, Luciane Patrícia Andreani Cabral
Everson Augusto Krum orgs & Editora UEPG

Equipe Editorial

Coordenação editorial

Beatriz Gomes Nadal

Revisão de português

Fábia Mariela De Biasi

Foto da capa

Designed by rawpixel.com / Freepik

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Marco Aurélio Martins Wrobel

P964 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso: experiências e reflexões [livro eletrônico]/ Clóris Regina Blanski Grden; Luciane Patrícia Andreani Cabral; Everson Augusto Krum. (org.). Ponta Grossa: Editora UEPG, 2020. 148 p.; il. E-book PDF

ISBN: 978-65-86234-01-5

1. Residência médica. 2. Residência multiprofissional. 3. Hospital Universitário Regional – Ponta Grossa. 4. Idoso - saúde. I. Grden, Clóris Regina Blanski (org.); II. Cabral, Luciane Patrícia Andrani (org.). III. Krum, Everson Augusto (org.). IV. T.

CDD: 610.739

Ficha catalográfica elaborada por Maria Luzia F. Bertholino dos Santos – CRB 9/986

Depósito legal na Biblioteca Nacional

Editora filiada à **ABEU**

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Editora UEPG

Praça Santos Andrade, n. 1

84010-919 – Ponta Grossa – Paraná

Fone/fax: (42) 3220-3306

e-mail: vendas.editora@uepg.br

2020

“Não me roube a solidão sem
antes me oferecer verdadeira
companhia.”
Nietzsche

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
--------------------------	----------

PARTE I - CONCEPÇÃO, IMPACTO, FORMAÇÃO E REFLEXÕES

CAPÍTULO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL	12
--	-----------

Luciane Patrícia Andreani Cabral, Fabiana Bucholdz Teixeira Alves, Everson Augusto Krum e Tatiana Menezes Cordeiro

CAPÍTULO 2 - ASPECTOS LEGAIS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	18
---	-----------

Luciane Patrícia Andreani Cabral, Mirian Cristina Ribas e Tatiana Menezes Cordeiro

CAPÍTULO 3 - FATORES MOTIVACIONAIS E REFLEXOS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DO RESIDENTE.....	27
---	-----------

Thais Cristina Hermes, Danielle Bordin, Cristina Berger Fadel e Clóris Regina Blanski Grden

CAPÍTULO 4 - SATISFAÇÃO DE DIFERENTES CONJUNTURAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM OLHAR DO RESIDENTE	37
--	-----------

Danielle Bordin, Dyena Santos, Luciane Patrícia Andreani Cabral, Fabiana Bucholdz Teixeira Alves, Rodrigo Bordin e Cristina Berger Fadel

CAPÍTULO 5 - DESAFIOS NO PROCESSO FORMATIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ÓTICA DE DIFERENTES PROTAGONISTAS.....	49
---	-----------

Camila Zanesco, Jean Érick Langoski, Danielle Bordin, Luciane Patrícia Andreani Cabral e Cristina Berger Fadel

CAPÍTULO 6 - A IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	62
---	-----------

Clóris Regina Blanski Grden, Cristina Berger Fadel, Camila Zanesco e Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

PARTE II - TRABALHO, RELATOS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DO IDOSO

CAPÍTULO 7 - O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO	73
<i>Clóris Regina Blanski Grden, Luciane Patrícia Andreani Cabral, Fabiana Bucholdz Teixeira Alves e Everson Augusto Krum</i>	
CAPÍTULO 8 - COMUNIDADE RURAL COMO CENÁRIO DE PRÁTICA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO	84
<i>Danielle Bordin, Clóris Regina Blanski Grden, Franciely Costa Selonke, Sinvaldo Baglie e Edmar Miyoshi</i>	
CAPÍTULO 9 - AMBULATÓRIO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS COMO CENÁRIO DE ATUAÇÃO DO IDOSO	93
<i>Clóris Regina Blanski Grden, Fernando Antônio Lima Torres, Alessandra Rodrigues Martins, Tatiana Menezes Cordeiro e Everson Augusto Krum</i>	
CAPÍTULO 10 - PERFIL DE SAÚDE DE IDOSOS INTERNADOS E O PAPEL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	104
<i>Renata Cristini Fernandes Furquim, Melina Lopes Lima, Guilherme Arcaro, Danielle Bordin e Cristina Berger Fadel</i>	
CAPÍTULO 11 - O EXAME FÍSICO DE PELE NO IDOSO INTERNADO	115
<i>Clóris Regina Blanski Grden, Tais Ivastcheschen, Péricles Martim Reche, Carla Regina Blanski Rodrigues, Daniele Brasil e Simone Macedo Hanke</i>	
CAPÍTULO 12 - CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INTERNADOS E O PAPEL DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR.....	126
<i>Marceli Ferreira, Bianca Ochonski, Gabriel Andreani Cabral, Fabiana Bucholdz Teixeira Alves, Eduardo Bauml Campagnoli, Danielle Bordin e Cristina Berger Fadel</i>	
REFLEXÕES FINAIS	142
SOBRE OS AUTORES.....	143

APRESENTAÇÃO

Esta obra foi elaborada com o intuito de contribuir com sustentações teóricas e práticas assistenciais sobre o trabalho multiprofissional em saúde direcionado à população de idosos brasileiros. Por meio de uma linguagem franca e acessível, oferece subsídios para reflexões sobre a integralidade do cuidado ao indivíduo em seu processo de envelhecimento e promove discussões contemporâneas sobre condutas em saúde voltadas às reais necessidades e aos anseios dessa população.

A longevidade humana, suas barreiras no campo da saúde e a singularidade do cuidar de indivíduos idosos agiram como massa propulsora da presente proposta. Nela, profissionais de diferentes áreas de formação interagiram de modo abrangente sobre questões centrais afetas ao trabalho desenvolvido por um programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), considerando a complexidade da atuação de residentes, preceptores, tutores e gestores em cenários de prática intra e extra-hospitalar.

Este livro está organizado em duas partes (Parte I e II) e 12 capítulos, que tratam, sob a égide interdisciplinar, do caminho percorrido pelas RMS no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG), endossado pelo arcabouço legal, teórico e prático, na veleidade de dar subsídios ao leitor e bases para reflexão acerca da temática RMS, bem como, de forma mais aprofundada, sobre o constructo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, adentrando no universo teórico do ser residente e das experiências exitosas vivenciadas por todos os atores envolvidos ao longo de toda a trajetória do programa, considerando a tríade ensino-pesquisa-extensão.

Na Parte I, denominada “Concepção, impacto, formação e reflexões”, os Capítulos 1 e 2 apresentam, em suma, as bases teóricas e legais históricas da Residência Multiprofissional no campo da saúde e a experiência de implementação dos programas no HU-UEPG. Os Capítulos 3 e 4 trazem resultados de pesquisas qualitativa e quantitativa, respectivamente, e abordam trajetórias, histórias de vida, narrativas e estatísticas afetas ao contexto do profissional residente, sobretudo nas questões que envolvem os fatores motivacionais de escolha, a satisfação de residentes e os reflexos da RMS em sua vida diária. Na sequência, os Capítulos 5 e 6 buscam lançar reflexões sobre a relação dos

programas de RMS com o processo formativo profissional, ampliando a análise subjetiva das percepções sob a ótica de residentes, preceptores, tutores e coordenadores, além de discutir a representatividade da extensão universitária no contexto da formação dentro das RMS.

A Parte II, intitulada “Trabalho, relatos e experiências em saúde do idoso”, é organizada em seis capítulos e dedica-se ao universo da saúde do sujeito idoso, envolvimento tanto nas repercussões do próprio programa de residência quanto nos desdobramentos em seu processo saúde-doença. O Capítulo 7 examina todo o arcabouço legal e técnico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso (PRMSI) em questão, abordando particularmente seus aspectos pedagógicos. O Capítulo 8 valoriza as narrativas da experiência do programa em um cenário de prática rural: o chamado Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC). Os Capítulos 9, 10, 11 e 12 apresentam, de forma conjunta, a experiência e a atuação do PRMSI com práticas clínicas de saúde em um ambulatório de doenças crônicas não transmissíveis e em leito hospitalar. Nesses capítulos, há a expressão clara do envolvimento entre diferentes especialidades ou áreas de formação em saúde, contrapondo as dimensões teóricas em relação à disponibilidade, à oferta e à acessibilidade dos recursos terapêuticos para a população de idosos.

Vale destacar que as Residências Multiprofissionais foram implantadas no HU-UEPG e vieram consolidar a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) como centro de ensino e difusor de conhecimentos, em especial no processo ensino-aprendizagem por meio da educação em serviço, visto que a instituição já contava com especializações *lato sensu*, mestrados, doutorados e residências médicas. Com o advento das residências, foi possível avançar ainda mais na formação de profissionais dedicados à área da saúde com amplo conhecimento em ambiente, rotina e trabalho hospitalar. Não há dúvidas de que a atenção prestada aos pacientes em hospitais públicos, filantrópicos e privados está mudando com o cuidado dispensado por profissionais formados pelo HU-UEPG e pela UEPG e, neste livro, propõe-se expor essa trajetória.

Dito isso, almeja-se que os processos de trabalho, as fontes teóricas e as experiências aqui compartilhadas possam contribuir para o arcabouço de estratégias efetivas do cuidar do indivíduo idoso, auxiliando na retração das marcas físicas e psicológicas impostas pelos anos de vida. Também se espera

que a leitura colabore para encorajar a implementação de novos programas de RMS destinados ao apoio das condições de saúde da pessoa idosa.

A presente obra destina-se a profissionais de saúde, pesquisadores e sujeitos interessados em conhecer o universo de uma RMS, considerando suas potencialidades e situações desafiadoras, e aos que desejam aprofundar conhecimentos e práticas sobre o tema de saúde do idoso.

Os Organizadores

PARTE I

CONCEPÇÃO, IMPACTO, FORMAÇÃO E REFLEXÕES

CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL

Luciane Patrícia Andreani Cabral
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves
Everson Augusto Krum
Tatiana Menezes Cordeiro

Este capítulo apresenta, inicialmente, o percurso da idealização dos Programas de Residência Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no cenário nacional, atentando-se às diretrizes legais e às perspectivas teóricas para sua concepção. Em seguida, contempla a experiência de criação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG), principal objeto de interesse dessa matéria, trazendo reflexões sob a égide dos programas de residência como base de fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro, de sua integralidade e direcionalidade à qualidade de vida da população dos Campos Gerais.

INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde foram instituídos no país em 2005, com a promulgação da Lei nº 11.129, determinando a Residência em Área Profissional da Saúde como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, amparada na educação em serviço e orientada pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005). O público-alvo da estratégia foram profissionais das áreas da saúde de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Desde a promulgação da referida lei, o processo de implantação dos Programas de Residências foi construído por meio de muitas mobilizações. O ano de 2009 marca mais uma etapa importante quando a Portaria Interministerial nº 1.077/2009 instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), proporcionando mais legitimidade e regulação dos Programas (BRASIL, 2009). Em seu texto, a portaria determinou a responsabilidade conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde, a composição da Comissão e as atribuições sobre os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

A idealização dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde objetivou trilhar novos caminhos ao buscar favorecer a inclusão qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente em áreas prioritárias do sistema de saúde no país. Nesse sentido, tem sido considerada uma estratégia promissora de Educação Permanente em Saúde. Esse processo é promovido por suas características de funcionamento, valorizando o aprendizado em serviço a partir 80% de estratégias educacionais práticas de um total de 5.760 horas e 20% de estratégias educacionais teóricas ou teórico-práticas, realizadas em período mínimo de dois anos, distribuídas em carga horária de 60 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva e garantia de remuneração mensal aos profissionais residentes (BRASIL, 2005).

A popularização das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde fez crescer o número de profissionais residentes no Brasil. Segundo relatório do Ministério da Educação (MEC), de 2010 a 2014, houve aumento de 700% no número de bolsas concedidas em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde: em 2010, eram 414 bolsas, passando para 3.322 bolsas em 2014. Além disso, também houve alteração no perfil das residências, que estavam centradas na atenção básica e saúde mental, deslocando-se para a atenção hospitalar (BRASIL, 2014). Parte dessa alteração se deve ao incentivo do Ministério da Educação, que, em 2010, lançou o projeto de implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da rede de Hospitais Universitários Federais, incluindo incentivo financeiro.

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS (HU-UEPG)

As Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais “Wallace Thadeu de Mello e Silva” da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG) esteve dentro do momento de incentivo por parte do Ministério da Educação, incluindo a própria história do hospital, que teve início no ano de 2010. O Hospital Regional de Ponta Grossa Wallace Thadeu de Mello e Silva (HRPG) – como foi nomeado na época – estava vinculado à Secretaria de Estado da Saúde e foi inaugurado em 31 de março de 2010. Pouco tempo depois, em 12 de junho de 2013, por meio da Lei Estadual nº 17.589/2013 do Paraná, o HRPG passou a ser denominado de Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva (HU-UEPG) (PARANÁ, 2013).

O Hospital Universitário é uma instituição pública que presta atendimento exclusivamente pelo SUS e está vinculado à Universidade Estadual de Ponta Grossa, integrante da Rede Estadual de Atenção à Saúde, atendendo pacientes do município de Ponta Grossa e de 11 municípios que fazem parte da região, o que totaliza cerca de 750.000 habitantes. É referência para o diagnóstico e o tratamento de média e de alta complexidade, com o vigoroso compromisso de fortalecer a atenção integral à saúde junto à Rede de Assistência à Saúde. Com apoio do governo, investimentos e compromisso dos gestores, muitas conquistas ocorreram no campo de desenvolvimento, tecnologias e educação para saúde.

A implementação dos programas de residência em saúde acompanhou o crescimento do Hospital Universitário e as necessidades de saúde da população dos Campos Gerais, de modo que, em 2013, a primeira residência inaugurada foi a médica. Com o mesmo propósito, mas com foco específico para as demais áreas da saúde, houve a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso em 2014, iniciando a caminhada do Hospital com as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. O Programa de Saúde do Idoso propõe entrada anual de seis profissionais residentes enfermeiros, dois farmacêuticos, dois fisioterapeutas, dois cirurgiões-dentistas e dois assistentes sociais.

Após a primeira experiência positiva, em 2016 foram iniciados mais dois programas de residência: o Programa Multiprofissional em Intensivismo e o

Programa Uniprofissional em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. O Programa de Bucomaxilofacial tem fluxo anual de dois profissionais residentes cirurgiões-dentistas, e o Programa de Intensivismo, de quatro enfermeiros, dois farmacêuticos, dois farmacêuticos bioquímicos, dois fisioterapeutas, dois cirurgiões-dentistas e dois assistentes sociais.

Após a estruturação dos setores de maternidade e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no hospital e diante da crescente demanda de reabilitação hospitalar, em 2017 foram inaugurados os seguintes programas de residência: Programa Multiprofissional em Neonatologia, Programa Multiprofissional em Reabilitação e Programa Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica. Para o Programa de Obstetrícia, há entrada anual de quatro profissionais residentes enfermeiros; o Programa em Neonatologia conta, anualmente, com dois enfermeiros, dois farmacêuticos, um farmacêutico bioquímico, dois fisioterapeutas, dois cirurgiões-dentistas e dois assistentes sociais; e o Programa de Reabilitação recebe, por ano, dois educadores físicos, dois fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos e dois assistentes sociais.

Portanto, muito próximo de completar dez anos de funcionamento, o Hospital Universitário dispõe de dois programas uniprofissionais e cinco programas multiprofissionais, além das residências médicas e de projeções futuras de outras residências, tais como saúde mental e epidemiologia. Há, então, um número expressivo de profissionais residentes somando e desenvolvendo atividades diariamente junto aos profissionais que compõem o quadro funcional da instituição, com apoio dos departamentos acadêmicos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e com parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa (SMS).

O crescimento com relação às residências no Hospital Universitário foi notável em pouco tempo desde o seu primeiro programa, assim como as mudanças vindas dos próprios agentes imbricados nesse processo, principalmente da comunidade, enfatizada pela melhor qualidade e integralidade do atendimento recebido. O crescimento profissional e pessoal dos profissionais residentes a partir das experiências em situações de assistência e relações interdisciplinares proporcionadas diariamente é incontestável. De forma gradual, mas igualmente essencial, o envolvimento do quadro de funcionários do Hospital com os programas de residência fortaleceu ainda mais o compromisso

das residências na busca por um Sistema Único de Saúde que seja integral e de qualidade para a população dos Campos Gerais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diálogo entre universidade, serviço e comunidade ocorre na formação de profissionais de saúde por meio das residências multiprofissionais. Nesse contexto, a Universidade, junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, é uma instituição que desempenha um papel fundamental na formação de mão de obra qualificada e no desenvolvimento do perfil sócio-econômico-cultural da comunidade envolvida. Segundo Caldarelli et al. (2017), as universidades estão atentas aos modos de produção e aos mecanismos de interação com o sistema produtivo. Ao assim fazer, tornam-se importantes parceiras do desenvolvimento regional, particularmente pela identificação de estudos e de projetos que tenham significado para a região em que estão inseridas.

A residência multiprofissional proporciona uma grande e competente estrutura de experiência clínica, pesquisa científica e atividades extensionistas, formando anualmente um número considerável de profissionais qualificados. Como resultado, é reconhecida a importância de publicações para a disseminação científica. Ainda assim, existem muitos desafios a serem superados, tornando-se importante compartilhar e despertar o gosto pela aprendizagem em serviço, e tal motivação provém de experiências de sucesso no aprendizado. Nesse sentido, a continuidade de investimento na formação é fundamental, pois profissionais inovadores possibilitam a melhoria da qualidade de vida. Como já sinalizado, a experiência e o conhecimento científico precisam ser disseminados para auxiliar em ações estratégicas que encurtem o caminho e derrubem as barreiras que impedem ou atrapalham os objetivos a serem alcançados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1º jul. 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaatualizada-pl.html>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014**. Brasília: MEC, 2014.

Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16762-balanco-social-sesu-2003-2014&Itemid=30192. Acesso em: 19fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 19 dez. 2019.

CALDARELLI, C. E. et al. Análise de indicadores de produção científica e geração de conhecimento das universidades estaduais paranaenses. In: RATHER, AP. **As universidades estaduais e o desenvolvimento regional do Paraná**. Ponta Grossa: Ed. da UEPG, 2017. e-book. Disponível em: <http://sintesu.org.br/wp-content/uploads/2017/12/as-universidades-estaduais-e-o-desenvolvimento-regional-do-parana.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

PARANÁ. Lei nº 17.589, de 12 de junho de 2013. Autoriza transformar o Hospital Regional Wallace Thadeu de Mello e Silva, da Secretaria do Estado – SESA, em Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva e transferi-lo para a Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO2013/ResolucaoConjSETISESA022013.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS LEGAIS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Luciane Patrícia Andreani Cabral
Mirian Cristina Ribas
Tatiana Menezes Cordeiro

O presente capítulo busca aprofundar o conhecimento sobre o panorama legal dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), trazendo em seu bojo a exposição de aspectos estruturais dos programas de residência pensados sob a dimensão multi e interprofissional. Aspectos de carga horária e mecanismos de ingresso e remuneração nas RMS são abordados, assim como são explicitadas as instâncias colegiadas que geram essa modalidade de formação em saúde, considerando-se os âmbitos local e nacional. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) são apresentadas ao leitor como instrumentos norteadores e viabilizadores do funcionamento das RMS, com diferenciação teórica de seus perfis estruturais.

ARCABOUÇO LEGAL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

No que tange ao aspecto legal das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), cumpre ressaltar que as disposições se concretizam por meio de leis, portarias, decretos, resoluções e pareceres. Contudo, nada ocorre de forma engessada, uma vez que são diversas as transformações na conjuntura social.

Embora a legislação que envolve os programas de residências esteja sempre passando por mudanças em seu processo de regulamentação, destaca-se que existem algumas fragilidades no que se refere às regras mais específicas

e direcionadas, o que dificulta a construção do entendimento relacionado às especificidades dos programas.

Dado o exposto, este capítulo objetiva compreender, em perspectiva de síntese, algumas das interfaces acerca dos aspectos legais das RMS. Sob esse viés, busca-se contemplar o debate acerca do amparo legislativo que ancora a RMS a partir de pesquisa documental.

Criação das RMS

As Residências Multiprofissionais em Saúde constituem-se em ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinado a profissões da área de saúde sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, de acordo com o art. 1º da Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008 (BRASIL, 2008). Elas foram criadas com a promulgação da Lei nº 11.12/2005, sendo orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nas necessidades e nas realidades locais e regionais (BRASIL, 2005).

Na descrição da Lei nº 11.129/2005, os programas de residência são cooperações intersetoriais que visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005). De acordo com a Resolução CNS nº 287/1998, perpassam essas categorias profissionais os graduados nos seguintes cursos: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998; 2012a).

Em meados de 2010, com a participação do Ministério da Educação (MEC), criou-se um perfil dos programas de residência, agora voltados à atuação em hospitais (BRASIL, 2014a). Sobre a participação do MEC e a alteração do perfil dos programas, Mendes (2013, p. 187) assinala: “[...] passaram a se deslocar da atenção básica e saúde mental para a atenção de média e alta complexidades, que caracterizam a oferta de serviços dos hospitais de ensino”.

Inúmeras mudanças ocorreram desde o processo de implantação dos Programas de Residência na área da Saúde, nas modalidades uni e multiprofissional, e a própria nomenclatura, até a Portaria nº 16/2014, eram designadas como Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional

da Saúde (BRASIL, 2014b). Todavia, as resoluções expedidas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a partir de 2014 (Resolução nº 5/2014), passaram a utilizar Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2014a).

Estruturação das Residências Multiprofissionais em Saúde

Carga horária

As Residências Multiprofissionais em Saúde, via de regra, têm duração de 02 (dois) anos, com carga horária de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, distribuídas em atividades teóricas/práticas, sob a forma de treinamento em serviço, equivalente a 60 (sessenta) horas/semanais (BRASIL, 2014a).

A duração de 03 (três) anos em programas de residência é específica para situações em que se requer o exercício profissional de especialidade, segundo deliberação à permissão para seu exercício ou conforme recomendação formalizada em instâncias da empregabilidade e gestão do trabalho em saúde, a exemplo do Programa em Bucomaxilofacial (BRASIL, 2014).

A carga horária nesse período de residência deve ser distribuída em: 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas; e 20% sob a forma de atividades teóricas e/ou teórico-práticas, contando com a supervisão de um preceptor (profissional de serviço) e de um tutor (docente de instituição de ensino superior) (BRASIL, 2012a; 2014).

A Resolução CNRMS nº 3, de 17 de fevereiro de 2011, disciplina que o residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos ou dois períodos de 15 (quinze) dias de descanso, a cada ano do programa, preferencialmente, nos meses de julho, dezembro e janeiro, por se tratar de janela de férias (BRASIL, 2011).

Ainda, tal resolução estabelece que o residente também tem direito a afastamento, sem reposição, nas seguintes hipóteses, que se iniciam no mesmo dia do evento: núpcias, óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela, nascimento ou adoção de filho, eventos científicos (BRASIL, 2011). Dessa forma, o residente que se afastar do programa por motivo devidamente justificado deverá completar a carga horária prevista, repondo as atividades perdidas em razão

do afastamento, garantindo a aquisição das competências estabelecidas pelo Programa (BRASIL, 2011).

Mecanismo de ingresso e remuneração

Para ingressar na referida residência, o interessado deve ser aprovado em teste seletivo público realizado por instituições de ensino superior que oferecem essa modalidade de especialização *lato sensu*. Cumpre destacar que o edital publicado pela instituição de ensino deve explicitar como ocorrerá o processo seletivo, que deve ter etapas bem definidas: fase eliminatória e fase classificatória ou de seleção, por exemplo. Além disso, devem cumprir os seguintes requisitos mínimos: ter diploma de graduação ou comprovante equivalente em cursos de graduação na área da saúde, estar inscrito no conselho de classe, dedicar-se exclusivamente ao curso, não possuir qualquer tipo de vínculo empregatício, entre outros.

O residente também deve ter dedicação exclusiva, não podendo desenvolver outras atividades profissionais no período de realização do curso. Para cursar a residência, o cursista recebe uma bolsa financiada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, atualmente na importância de R\$ 3.330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos) mensais, o que não gera vínculo empregatício (BRASIL, 2009; 2012b).

INSTÂNCIAS COLEGIADAS QUE GEREM AS RMS

Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 e é coordenada, conjuntamente, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2009). Tem como objetivos o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes e a melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes (BRASIL, 2009).

Com vistas à garantia de seus objetivos, a CNRMS desenvolve atribuições como: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS e que atendam às necessidades socioepidemiológicas da

população brasileira; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde, bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar os certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa (BRASIL, 2009).

A oferta dos programas de residências pode ser realizada por instituições proponentes, devendo submeter o projeto ao edital anualmente lançado pela CNRMS, visto que lhe cabe: “autorizar, reconhecer e renovar o reconhecimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde” (BRASIL, 2014b).

Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu)

A Coremu (Comissão de Residência Multiprofissional), por sua vez, é um órgão subordinado à CNRMS, de instância local, ou seja, na própria instituição proponente das RMS; de caráter deliberativo, visto que funciona com regimento próprio; e composta pelos representantes dos programas: coordenadores, tutores, preceptores, residentes e gestor local. É responsável por toda a comunicação e tramitação de processos junto à CNRMS (BRASIL, 2015).

É da responsabilidade da Coremu coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar os programas de residência que a ela estiverem vinculados (BRASIL, 2015). Compete a ela o planejamento, a coordenação, a supervisão e a avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde, bem como deliberar sobre os programas de residência oferecidos anualmente, fazer cumprir o regimento interno, zelar pela manutenção da qualidade dos programas de residência, solicitar credenciamento e credenciamento de programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC), empreender esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos programas de residência. As decisões inerentes aos Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde serão deliberadas em reunião da Coremu, que, conforme as normativas legais aplicáveis, mantém-se soberana.

A Coremu será constituída por:

- a) coordenador e vice coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde;
- b) coordenador de cada programa de residência;
- c) um representante de cada área profissional que participa da residência;
- d) um representante de tutores por *campus*;
- e) um representante de preceptores por *campus*;
- f) um representante dos residentes por *campus*;
- g) um representante do gestor local do Sistema Único de Saúde;
- h) um representante das instituições conveniadas.

O residente está subordinado ao Regimento Interno da Coremu, que, usualmente, prevê o regime disciplinar, podendo o profissional, em caso de descumprimento das disposições ali previstas, sofrer as penalidades cabíveis, a depender do caso em concreto.

Portanto, em situações em que a legislação não é objetiva acerca das dúvidas que surgem ao longo do processo, a interpretação e as decisões ficam a cargo das Coremus, que, por muitas vezes, acabam tomando decisões baseadas no processo de vivência em que estão envolvidas, o que evidencia a importância de normatização e do amparo legal, garantindo, desse modo, a melhoria da formação dos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Denota-se um grande esforço em torno das políticas públicas de saúde para a qualificação dos profissionais. Sob essa ótica, os programas de Residência Multiprofissionais em Saúde corroboram como instrumentos de suma importância e viabilizadores desse processo de formação.

Os programas de residência são extremamente significativos tanto para a instituição quanto para os residentes, que, notadamente, tornam-se profissionais preparados e atentos ao bem maior que é a vida, em sua integralidade, de forma humanizada.

Outro ponto positivo é que o processo de trabalho que envolve os programas de residência possibilita a reorganização da atenção e dos serviços e impulsiona o trabalho em equipe multiprofissional, demonstrando que o programa tem potencial de transformação.

Muitos são os desafios, pois as residências nas modalidades uni e multiprofissional são relativamente novas, as normativas ainda são esparsas, os sistemas não são integrados, sendo imprescindível a capacitação de todos os envolvidos no processo. Nesse sentido, refletir sobre a formação dos profissionais de saúde na modalidade de residência provoca apontar todos envolvidos no processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-atualizada-pl.html>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abr. 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº. 754, de 18 de abril de 2012. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 18 abril 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0754_18_04_2012.html. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012b. Disponível em: Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/247-programas-e-aco-es-1921564125/residencia-medica-2137156164/12500-legislacao-especifica>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/247-programas-e-aco-es-1921564125/residencia-medica-2137156164/12500-legislacao-especifica>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015a.

Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=16&data=22/07/2015>. Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998. Dispõe sobre a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constituir um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 out 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 3, de 17 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 fev. 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15451-resol-cnrms-n3-17fev-2011&Itemid=30192. Acesso em: 19 dez. 2019.

MENDES, A. G. Serviço social, saúde e interdisciplinaridade. In: SILVA, L. B; RAMOS, A. (Org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 49-64.

CAPÍTULO 3

FATORES MOTIVACIONAIS E REFLEXOS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DO RESIDENTE

Thais Cristina Hermes
Danielle Bordin
Cristina Berger Fadel
Clóris Regina Blanski Grden

Com o objetivo de apreender os fatores motivacionais que levaram à escolha pela RMS e seus reflexos na vida dos residentes do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, delineou-se o terceiro capítulo. Os resultados aqui alcançados revelam que a busca por experiência profissional e pelo primeiro emprego são os principais fatores indutores dessa escolha e que a vivência de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi central para o desenvolvimento dos sentimentos de segurança e autonomia profissional. Ressalta-se, contudo, que a análise dos fatores aqui considerados contraproducentes, os quais envolveram o desempenho de preceptores e o contingenciamento de carga horária e de atividades, originou base importante de discussão para o aprimoramento do presente Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

A história da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no país começou oficialmente em 2005, com a promulgação da Lei nº 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* oferecida para todos os profissionais da área da saúde, com exceção da categoria médica.

Desde então, a RMS vem ganhando espaço como uma estratégia promissora de Educação Permanente em Saúde (EPS), com alto potencial de

transformação do perfil profissional atuante do Sistema Único de Saúde (SUS) e do padrão assistencial prestado, pois busca romper a fragmentação entre os saberes das diversas profissões, permitindo a complementariedade entre as práticas (MIRANDA et al., 2017).

Estudos recentes identificaram a interdisciplinaridade no discurso de residentes de diferentes profissões da área da saúde, destacando que as estratégias utilizadas, de fato, têm permitido a prática colaborativa e o reconhecimento dos limites de cada área de atuação pelos residentes multiprofissionais (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2018; FERNANDES; MASIERO; KUHNEN, 2015; GOMES et al., 2017; SILVA et al., 2015).

A partir dos princípios do SUS e da interdisciplinariedade, a RMS caminha na perspectiva de qualificar profissionais para o sistema de saúde do país, diante de um novo cenário de ensino-aprendizagem, buscando a integralidade no cuidado em saúde da população. Questiona-se, no entanto, para onde caminham e quais as implicações dessas transformações para aqueles que foram incumbidos de ser os agentes de mudança. Nesse sentido, o capítulo buscou compreender os fatores motivacionais de escolha e os reflexos da RMS na vida de residentes de um hospital universitário.

MÉTODO

Trata-se de um trabalho qualitativo, descritivo-exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma instituição de ensino superior (Parecer nº 2.461.494/2018) e desenvolvido junto ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG) no ano de 2018. A população de interesse foi formada pela totalidade de residentes multiprofissionais em saúde (n = 45) que haviam cursado o primeiro ano de residência dos quatro programas: neonatologia, intensivismo, reabilitação e saúde do idoso.

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2018, a partir de questionário simples para a caracterização dos sujeitos e de entrevista em Grupo Focal (IERVOLINO; PELICIONI, 2001) por meio de um roteiro de tópicos, desenvolvido especialmente para o estudo. Os resultados foram tratados de acordo com a técnica da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2004), sendo as categorias e subcategorias da análise apresentadas por meio de tabela, destacando-se a frequência relativa das respostas a partir do número

total de ocasiões que cada uma foi citada, considerando que o entrevistado poderia fazer menção a mais de uma resposta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos participantes revelou prevalência do sexo feminino, tempo médio da conclusão do curso de graduação em saúde de 2,2 anos, sem atuação profissional anterior no campo da saúde (69%) e primeiro curso de pós-graduação (93%). A formação profissional era assim caracterizada: 12 enfermeiros, 9 farmacêuticos, 8 assistentes sociais, 7 fisioterapeutas, 5 cirurgiões-dentistas, 2 fonoaudiólogos e 2 educadores físicos.

Esses dados se aproximam dos encontrados na literatura, mostrando que, nos últimos anos, o perfil traçado dos profissionais residentes tem circundado os recém-graduados, sem especialização e sem experiência profissional na área de formação (NASCIMENTO; BARBOSA, 2017; OSHIMA et al., 2018; SENGGER et al., 2018; SOUSA et al., 2016). Além disso, esse perfil apresenta relação direta com os fatores de motivação para ingresso nas residências, que serão discutidos na sequência.

Os fatores motivacionais sobre a escolha da RMS e contribuição da RMS na vida profissional formam a primeira e a segunda categorias, respectivamente, determinadas a partir da análise das falas. A primeira categoria destaca as seguintes subcategorias, segundo frequência de aparição: experiência profissional; primeiro emprego; junção entre teoria e prática; titulação acadêmica. A segunda categoria destaca: conhecimento; segurança; autonomia; interdisciplinaridade (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo referente à temática: motivos de escolha e os impactos da RMS na vida de residentes – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2018

Categoria 1: Fatores de motivação		
Subcategoria de respostas	Elementos formadores	Frequência de respostas
Experiência profissional	Dimensão do contato clínico	37%
Primeiro emprego	Adversidade do mercado de trabalho	25%
	Remuneração	
Junção teoria e prática	Presença de preceptores	22%
	Presença de professores/tutores	
Titulação acadêmica (especialização)	Carga horária ampliada	15%
	Ausência de investimento financeiro	
	Remuneração	
Categoria 2: Contribuição profissional		
Segurança	Tomada de decisão	42%
	Ocupação de outros postos de trabalho	
Autonomia	Empoderamento Desenvolvimento de competências e habilidades	38%
Interdisciplinaridade	Comunicação interpessoal	19%
	Amparo técnico	
	Resolutividade	
Conhecimento	Ampliação dos saberes	16%

Diante dos elementos da categoria sobre os fatores de motivação que levaram os residentes à escolha da RMS, a busca por experiência profissional e pelo primeiro emprego foram os que mais frequentemente apareceram na fala dos residentes:

[...] o que mais conta é a experiência e por ser um hospital, um lugar que tem uma alta complexidade. Então é aqui que a gente vai pegar casos novos, ver coisas diferentes e, quando a gente for para fora, a gente já vai estar mais entendida sobre isso. (Residente em Saúde do Idoso)

Aí eu encontrei na residência uma oportunidade muito boa para a minha formação profissional, eu acho que foi deficiente assim (na graduação), e eu encontrei na residência a oportunidade de ter experiência, aperfeiçoamento profissional, para eu também poder me destacar no mercado de trabalho. Numa entrevista de emprego,

por exemplo, eles vão perguntar: “Você tem experiência?”, “Ah! Eu fui residente e eu tenho título de especialista!”. É muito melhor... (Residente em Neonatologia)

Para nós enfermeiros, para a minha turma, praticamente 80% da turma fez a prova, fez para UTI, fez para outras áreas. Então, você já pensa que no final do curso vai prestar prova, escolhe uma especialidade e, se não passar, provavelmente você vai fazer depois, porque você já se insere no mercado de trabalho. Eu fiquei bem feliz, bem aliviado, a minha sensação foi essa, de ter a garantia de dois anos com salário garantido. (Residente em Intensivismo)

A escolha da residência pelos profissionais parece ter relação multifatorial com as próprias exigências e dificuldades para aqueles que ingressam no mercado de trabalho, incluindo a cobrança para o futuro funcionário de prática especializada (PÜCHEL et al., 2017; SENGGER et al., 2018), a concorrência aumentada de determinadas profissões no mercado de trabalho (COSTA; ROCHA, 2017) e a insegurança relacionada à falta de experiência para atuação na vida profissional (COSTA et al., 2017; GOMES et al., 2017; LIMA et al., 2017; MOREIRA et al., 2018).

No mesmo sentido, mas com outro foco, autores têm apontado motivos distintos, evidenciando a especialização como favorecedora da inserção no mercado de trabalho (GOMES; RAMOS, 2015; SENGGER et al., 2018), de melhores colocações (MOREIRA et al., 2018) e de remuneração estável (OSHIMA et al., 2018). Portanto, a fala dos profissionais da saúde entrevistados neste estudo destaca elementos relacionados com as dificuldades de inserção no mercado de trabalho como motivo principal, mas também aponta esses novos temas positivos relativos ao primeiro emprego, uma vez que a residência responde a todos esses ensejos.

Além disso, com menor frequência, os residentes apontaram o acesso ao título de especialista como agente de motivação da escolha de uma RMS, somado ao acesso a uma modalidade de pós-graduação com proposta de junção entre aspectos teóricos e práticos:

Eu acho que a questão de ser aliança da teoria com a prática, ao mesmo tempo que a gente está trabalhando aqui, a gente também está tendo aula, a gente também está aprendendo. A gente está colando em prática tudo aquilo que a gente está aprendendo, e tudo que a gente tem dúvida na prática a gente traz para sala de aula também.

Isso uma coisa vai auxiliando a outra. Se fosse especialização, no caso, digamos assim, a parte, normalmente, é só a parte teórica, aqui a gente consegue ter esses dois. Acho que é o modelo mais completo hoje. (Residente em Saúde do Idoso)

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, de um total de 5.760 horas, os programas de RMS devem oferecer aos residentes 80% da carga horária destinada a atividades práticas em diferentes cenários e 20% devem constituir estratégias educacionais teóricas, incluindo aulas presenciais ou à distância e horas destinadas à produção científica (BRASIL, 2014). Ainda há um repasse financeiro ao residente, na forma de bolsa-auxílio, por um período de até dois anos, a qual permite que o período dedicado à especialização na modalidade residência sirva também de veículo de treinamento e aperfeiçoamento profissional.

Na segunda categoria, que expressava a contribuição da RMS na vida profissional dos residentes, houve predominância de respostas nos elementos segurança e autonomia relacionada ao processo de trabalho em um hospital:

Mas quando eu sair daqui, por exemplo, ano que vem, no início do ano eu já me sentiria segura para assumir um hospital ou qualquer outro lugar que eu fosse trabalhar. Eu já adquiro essa segurança assim, não tenho todo o conhecimento ainda, acho que tenho muito que aprender, mas esse ano eu já consegui visualizar o que eu não tinha até então depois que eu me formei: que é ter essa segurança, uma segurança minha que eu preciso ter para agir profissionalmente. Agora, eu me sinto segura para pega um plantão sozinha. (Residente em Saúde do Idoso)

[...] eu me sinto proativa, com mais capacidade de tomar decisões, sem ter que consultar ou esperar que alguém fale o que eu preciso fazer. Então assim, aconteceu um problema naquele momento, eu aprendi com a residência quais são os caminhos e o que eu devo fazer para não surtar e resolver o problema. Eu acho que se você sai da residência, você trabalha em qualquer lugar. Acho que você vai sair preparado para tudo. (Residente em Reabilitação)

Com menor frequência, o acesso ao conhecimento foi apontado pelos residentes como um dos fatores que contribuem em sua vida profissional, assim como a presença da interdisciplinaridade no dia a dia dos residentes, como demonstrado nos discursos que seguem.

[...] acho que a evolução profissional é bem descarada assim, em todas as pessoas. Você entra bem cru e sai já bem preparado. Pelo menos a residência está nos preparando bem para isso, porque não é fácil ter o conhecimento que a gente tem aqui. (Residente em Saúde do Idoso)

É porque junta o conhecimento de duas áreas ou mais. Isso facilita o processo de trabalho. O paciente como um todo né, não isolado. Não só chama “Ah, venha aqui dá uma olhada”, mas discute: “É, mas o que você acha? Será que é isso mesmo, está certo?”. Resolve rápido. Tem essa resolutividade. (Residente em Intensivismo)

Ambos os sentimentos relatados pelos residentes – de segurança frente ao trabalho e de autonomia profissional – mostram forte relação com o conhecimento, também citado por eles, o qual é resultado da prática associada à teoria proporcionada pela RMS. O residente está frequentemente envolvido com situações reais enfrentadas no dia a dia do Sistema Único de Saúde (GOMES et al., 2017; PEREGO, 2016; SILVA et al., 2015) e, também, com seu papel na equipe multiprofissional (CASANOVA et al., 2018). Portanto, familiarizar-se com as situações diárias permite desencadear no residente a percepção de aquisição de conhecimento e, conseqüentemente, os sentimentos de segurança e de autonomia.

Com relação à interdisciplinaridade, ela de fato foi idealizada a partir da formação interdisciplinar, de modo que se compartilhassem conhecimentos, mas também mantendo a singularidade e a especificidade de cada profissão (MENESES et al., 2018; SILVA et al., 2015; SILVA, 2018). Para os residentes, a interdisciplinaridade foi percebida a partir da comunicação interpessoal, do amparo técnico e da resolutividade, que são condições que diferenciam os programas de RMS das demais especializações (CASANOVA et al., 2015, FERNANDES et al., 2017; SILVA et al., 2015) e que se mostraram como agentes propulsores dos sentimentos de segurança e de autonomia entre os residentes analisados neste estudo.

Além disso, o trabalho integrado da equipe multiprofissional das RMS contribui para ampliar a capacidade resolutiva das necessidades dos usuários do SUS, a partir da troca de conhecimentos e de saberes dos diferentes profissionais residentes e dos demais atores do processo (FERNANDES et al., 2018; MENESES et al., 2018; PEREGO, 2016), o que retroalimentaria positivamente os sentimentos expostos pelos residentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu apreender os motivos de escolha e os impactos da RMS na vida de residentes de um hospital universitário, revelando a aquisição de experiência profissional e a busca pelo primeiro emprego como os principais fatores à realização da RMS. Quanto à contribuição da RMS para a vida profissional, os participantes destacaram a segurança diante das situações diárias do trabalho e a autonomia profissional como elementos principais.

Alguns dados mostraram-se também importantes nesse contexto, uma vez que revelaram algumas dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde no mercado de trabalho, principalmente pelos recém-formados, com destaque para a saturação de profissionais e para as exigências relativas à formação e à experiência profissional. Esses fatores parecem incentivar a busca pelos programas de RMS, o que nem sempre se traduz na inserção de profissionais com perfil desejado para atuação nesse espaço.

No entanto, o estudo permite inferir que a garantia da qualificação e do aprimoramento da prática profissional dos residentes independe dos motivos de escolha que os levaram a adentrar na RMS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional nº 5, de 07 de novembro de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Resolucao-cnrm-5-2014.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, Supl. 1, p. 1.325-1.337, 2018.

COSTA, D. S.; ROCHA, M. P. O cirurgião-dentista e o mercado de trabalho no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Id on-line Rev. Psic.**, v. 11, n. 38, p. 102-14, 2017.

COSTA, M. L. et al. Multiprofessional Residency in Health and the World's Physiotherapist Job. **Tempus Actas de Saúde Colet.**, v. 10, n. 4, p. 101-10, 2017.

FERNANDES, E. G. S.; MASIERO, A. V.; KUHNEN, M. Percepção de cirurgiões dentistas inseridos na estratégia de saúde da família sobre o trabalho multiprofissional. **Revista Gepes Vida**, v. 1, n. 2, p. 56-70, 2015.

FERNANDES, M. N. S. et al. Satisfaction and Dissatisfaction of Multiprofessional Residents in Health in the Perspective of Professional Training. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 1-10, 2017.

FERNANDES, M. N. S. et al. Suffering and Pleasure in the Process of Forming Multidisciplinary Health Residents. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 90-97, 2015.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. A subjetividade do profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética e especialização. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, n. 2, p. 451-472, 2015.

GOMES, E. R. et al. Psicólogos na residência multiprofissional em atenção básica: estudo a partir de documentos e sujeitos. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 271-282, 2017.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

LIMA, A. F. et al. Egressos de enfermagem: potencialidades no processo de formação profissional para inserção no mercado de trabalho. **Indagatio Didactica**, v. 9, n. 4, p. 65-80, 2017.

MENESES, J. R. et al. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: CECCIM, E.B. et al. (Org.). **Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. p. 33-48.

MIRANDA, S. A. B et al. Residência multiprofissional em saúde: apontamentos sobre a inserção do serviço social. **Rev. Serv. Social Perspectiva**, v. 1, n. 1, p. 126-145, 2017.

- MOREIRA, L. R. et al. Percepção do enfermeiro acerca da formação acadêmica para o exercício profissional. **Enferm. Rev.**, v. 21, n. 1, p. 34-50, 2018.
- NASCIMENTO, P. N.; BARBOSA, M. C. L. Perspectivas dos graduandos de enfermagem frente ao mercado de trabalho. **Id on-line Rev. Psic.**, v. 11, n. 35, p. 267-78, 2017.
- OSHIMA, A.M.M.Y. et al. Perfil, atuação e satisfação de cirurgiões-dentistas em residências multiprofissionais em saúde da Região Sul do Brasil. **Revista da Abeno**, v. 18, n. 1, p. 134-145, 2018.
- PEREGO, M. G.; BATISTA, N. A. Shared Learning in the Multiprofessional Healthcare. **Residency Tempus**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 39-51, 2016.
- PÜSCHEL, V.A.A. et al. Nurses in the labor market: professional insertion, competencies and skills. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 6, p. 1.220-1.226, 2017.
- SENGER, M.H. et al. Trajetória profissional de egressos do curso de Medicina da Universidade de Campinas (Unicamp), São Paulo, Brasil: o olhar do ex-aluno na avaliação do programa. **Interface**, Botucatu, v. 22, Supl. 1, p. 1443-55, 2018.
- SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enferm.**, v. 28, n. 2, p. 132-8, 2015.
- SILVA, L. B. Multi-professional Residency in Health in Brazil: Some Aspects of the Historic Trajectory. **Rev. Katálýsis**, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018.
- SOUSA, C. S. et al. Perfil do ingressante na residência multiprofissional e em área de saúde de um hospital privado brasileiro. **Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm.**, v. 6, n. 4, p. 26-32, 2016.

CAPÍTULO 4

SATISFAÇÃO DE DIFERENTES CONJUNTURAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM OLHAR DO RESIDENTE

Danielle Bordin

Dyena Santos

Luciane Patrícia Andreani Cabral

Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Rodrigo Bordin

Cristina Berger Fadel

Seguindo o interesse central deste livro, qual seja, subsidiar os processos de implantação e melhoria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso no HU-UEPG, este capítulo analisa a satisfação dos residentes acerca da satisfação com o hospital e com seu próprio programa de residência, considerando as oportunidades de desenvolvimento trazidas pelo programa. Apesar dos altos níveis de satisfação alcançados pela maioria das variáveis analisadas, atenção especial foi dada para questões que dialogam com o capítulo anterior, de preceptoria, carga horária e atividades que transcendem o âmbito hospitalar. Esses achados impulsionaram a criação de um novo cenário de prática para os residentes em saúde do idoso, a ser tratado na Parte II, Capítulo 8.

INTRODUÇÃO

Favorecer a reorientação da formação na área da saúde, tendo como pontos de sustentação os princípios da integralidade do cuidado e da humanização em saúde, sem dúvida, tem sido facultada pelas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), por meio da quebra da dicotomia entre ensino e serviço de saúde. Dessa forma, o sítio pedagógico não se esgota na detenção teórica do conhecimento, mas exige a vivência de distintos cenários de práticas e de seus desdobramentos, visando ao desenvolvimento, além da técnica, também da criatividade e da criticidade no trabalho.

Essa vivência, porém, e em virtude da responsabilização contínua de todos os envolvidos nos processos de práticas hospitalares, ensino e aprendizagem, pode influenciar no comportamento do profissional residente, promovendo sentimentos de satisfação e insatisfação com o curso. A satisfação pode ser compreendida como um estado emocional prazeroso que resulta de múltiplos aspectos do trabalho e que pode ser influenciada pela concepção de mundo, por aspirações, vivências e características individuais de cada trabalhador (MELO et al., 2011). Apesar de autores afirmarem que a satisfação no trabalho está mais associada a fatores intrínsecos do que a extrínsecos (KLEIN; MASCARENHAS, 2016), deve-se aqui considerar que esses sentimentos podem implicar o processo de adoecimento do profissional (SARQUIS; FELLI, 2009), as faltas e as negligências no trabalho, bem como a tomada diária de decisões (FLEURY et al., 2017). Assim, é possível, então, ponderar a satisfação no binômio ensino e trabalho como um importante determinante de saúde.

Diante da relevância de subsídios sobre o assunto em questão, o presente capítulo objetiva analisar a satisfação de residentes do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG) acerca de diversas dimensões que compõem o constructo das residências multiprofissionais em saúde.

MÉTODO

Trata-se de um trabalho transversal, quantitativo, realizado em 2018 com a totalidade de residentes ($n = 46$) concluintes do primeiro ano das residências multiprofissionais de: Saúde do idoso ($n = 12$), Intensivismo ($n = 13$), Neonatologia ($n = 11$) e Reabilitação ($n = 8$) do HU-UEPG.

As informações foram coletadas de forma coletiva, em momento considerado oportuno para cada grupo de residentes, por intermédio de um instrumento adaptado que abordou diversas variáveis referentes às seguintes dimensões: “satisfação com o programa de residência”, “oportunidade de desenvolvimento” e “satisfação com o hospital”. Ao respondente foi solicitado que manifestasse seu grau de satisfação, assinalando apenas uma das alternativas, em uma escala tipo *likert* de cinco pontos, na qual são apresentados os extremos: (1) nada satisfeito e (5) totalmente satisfeito.

Os dados foram analisados individualmente e agrupados por meio da média dos valores e do desvio-padrão, com vistas à obtenção do nível de satisfação geral dos residentes e, também, em cada dimensão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos, mediante Parecer nº 2.461.494/2018, respeitando os ditames da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O constructo da satisfação no trabalho é um dos maiores desafios atuais em razão da subjetividade inerente à avaliação do profissional. Uma teoria com forte ressonância na literatura é a que compreende a satisfação no trabalho sob uma concepção bidimensional: intrínseca e extrínseca (FERREIRA, 2016). A dimensão intrínseca, qualitativa e simbólica, é originária de características individuais, como iniciativa, relacionamento com superiores ou trabalho que executa. A extrínseca é dependente da situação do ambiente, como salários, promoção ou segurança. A associação dessas dimensões é uma proposta para a satisfação global.

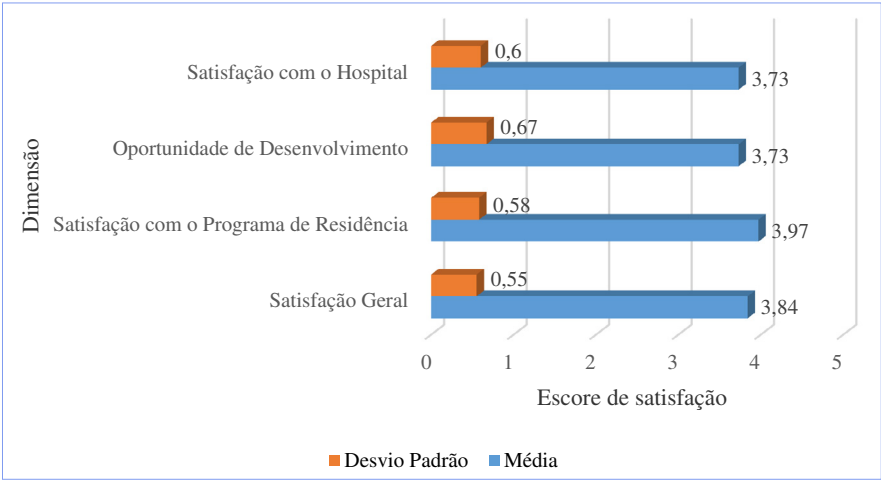
A variável satisfação é identificada na literatura como possível indicador da motivação e do envolvimento no trabalho, interferindo na qualidade dos serviços prestados (ARANTES, SOUZA; ALMEIDA, 2016) e no relacionamento com equipe de saúde e pacientes (CASTANEDA; SCANLAN, 2014). Portanto, a satisfação no trabalho, incluindo o trabalho desenvolvido por profissionais residentes, deve ser uma preocupação constante na agenda de gestores da saúde.

A satisfação dos profissionais residentes de todos os programas pesquisados apresentou escores altos nas três dimensões analisadas: (a) satisfação com o programa de residência, (b) oportunidade de desenvolvimento e (c) satisfação com o hospital universitário (Figura 1).

A satisfação global elevada entre os profissionais de saúde analisados estaria atrelada à criação de vínculo com a equipe de saúde do hospital e à crença na efetividade desse processo interdependente e integrado de trabalho, revelada pela literatura como influência positiva para a satisfação (PUENTE-PALACIOS; VIEIRA, 2010). Outras proposições seriam a remuneração estável do residente por meio de bolsa de auxílio financeiro destinada a apoiar a realização do seu curso de pós-graduação *lato sensu*, bem como os sentimentos de segurança e autonomia que um programa de residência oferece a seus residentes.

De fato, o fator salarial está associado à satisfação no trabalho (ARANTES et al., 2016), assim como as contribuições das residências sobre competências, autoconfiança e segurança profissional (DIAS et al., 2016).

Figura 1 – Média e desvio padrão de satisfação de residentes, segundo as dimensões avaliadas – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2018



A satisfação com o programa de residência exposta pelos residentes do HU-UEPG mostrou-se positivamente atrelada a relacionamentos interpessoais e a questões específicas do universo de ensino e aprendizagem, com ênfase para o relacionamento com o coordenador geral da residência (Tabela 1).

Tabela 1 – Satisfação de residentes com o programa de residência, segundo média e desvio padrão das variáveis formadora da dimensão (n=46) – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2018

Satisfação com o programa de residência	Média (Desvio Padrão)
Relacionamento com os professores/tutores	4,20 (0,86)
Relacionamento com os preceptores	3,78 (1,28)
Relacionamento com os colegas da residência	4,59 (0,78)
Relacionamento com os coordenadores do curso	4,09 (1,07)
Relacionamento com o coordenador geral da residência	4,67 (0,60)
Interesse dos professores/tutores em atender os residentes durante as aulas	4,20 (1,02)
Interesse dos preceptores em atender os residentes durante as práticas de trabalho	3,54 (1,31)
Conhecimento dos professores sobre o conteúdo das disciplinas que ministram	4,37 (0,95)

continua

conclusão

Satisfação com o programa de residência	Média (Desvio Padrão)
Conhecimento dos preceptores sobre as práticas de trabalho	4,26 (0,93)
Capacidade dos preceptores em transmitir o conhecimento	3,72 (1,22)
Reconhecimento por parte dos tutores do envolvimento com minha formação	3,80 (1,00)
Reconhecimento por parte dos preceptores do envolvimento com minha formação	3,65 (1,10)
Avaliação proposta pelos professores/tutores	4,11 (0,95)
Estratégia de aula utilizada pelos tutores	3,65 (0,99)
Disponibilidade dos tutores em atender os alunos fora da sala de aula	3,70 (0,96)
Adequação do conteúdo da residência para a formação	3,93 (0,90)
Adequação dos campos de estágios da residência para a formação	3,83 (1,18)
Adequação entre as tarefas exigidas na residência e o tempo estabelecido pelos tutores para realização	3,22 (1,30)
Relevância do conteúdo das disciplinas	3,74 (1,06)
Compromisso da instituição com a qualidade de formação	4,24 (0,82)
Adequação entre o envolvimento pessoal na residência e o desempenho acadêmico obtido	4,07 (0,93)

Estudos sobre relacionamento interpessoal e sua contribuição para a satisfação no trabalho demonstraram o risco ocasionado pela má comunicação da equipe, com ênfase para o autoritarismo e para as divergências de condutas entre profissionais (WANG, 2016). Fatores semelhantes podem impactar os processos de ensino e a satisfação acadêmica (FADEL et al., 2018). A qualidade da relação entre residentes e coordenador destaca-se, no presente trabalho, como fator que favorece as relações de reciprocidade entre eles, em busca da superação da fragmentação do processo de trabalho e das relações humanas. De fato, líderes engajados em liderança denominada “promotora de saúde” podem influenciar diretamente o bem-estar de seus trabalhadores ou indiretamente suas relações de trabalho (JIMÉNEZ et al., 2017).

De forma contrária, impactos negativos sobre a satisfação de residentes foram relacionados à carga horária e ao relacionamento com profissionais preceptores (Tabela 1). De fato, os programas de residência superam a carga horária mínima obrigatória dos cursos tradicionais de especialização *lato sensu* e agregam, além do ensino e da pesquisa, a dimensão do serviço (BRASIL, 2007). Estudo recente com residentes multiprofissionais em saúde aponta igualmente relação entre insatisfação e limitações impostas pela extensa carga horária,

pela falta de tempo para a concretização de planos e projetos idealizados por residentes (FERNANDES et al., 2017). Quanto à relação preceptor-residente, a insatisfação pode ocorrer pelas responsabilidades múltiplas de preceptores, o que poderia sobrecarregar seus atributos como interlocutor entre os espaços de aprendizagem e ser um profissional de referência para a formação do residente. Logo, professores e tutores passam a assumir, de forma mais próxima, maior compromisso pela formação do residente no trabalho, e isso sugere proporcionar aos residentes dessa pesquisa segurança em expor dúvidas e considerações que promovam aperfeiçoamentos em suas áreas.

A segunda dimensão avaliada, que se refere à satisfação do residente perante sua oportunidade de desenvolvimento, apresentou escore igualmente elevado, com destaque para o envolvimento pessoal nas atividades da residência, para o incentivo financeiro e para as condições oferecidas para o desenvolvimento profissional e para o ingresso no mercado de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2 – Satisfação de residentes com a oportunidade de desenvolvimento, segundo média e desvio padrão das variáveis formadora da dimensão (n=46) – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2018

Oportunidade de desenvolvimento	Média (Desvio Padrão)
Envolvimento pessoal nas atividades da residência	4,43 (0,72)
Currículo da residência	3,78 (1,05)
Carga horária dedicada ao ensino	3,76 (0,99)
Carga horária dedicada à pesquisa	2,93 (1,50)
Carga horária dedicada às práticas	3,93 (1,20)
Diversidade das atividades extracurriculares oferecidas pela instituição	3,24 (1,27)
Condições oferecidas para o meu desenvolvimento profissional (conhecimento e habilidades para a atuação)	3,98 (0,80)
Eventos sociais oferecidos pela instituição	3,37 (1,25)
Programas ou serviços de apoio aos residentes oferecidos pela instituição	3,24 (1,29)
Programa de apoio financeiro (bolsa) oferecido pela instituição	4,15 (0,89)
Oportunidade de desenvolvimento pessoal oferecida pela instituição	3,91 (1,07)
Condições para ingresso na área profissional (estratégias de inserção e contato com mundo do trabalho)	4,00 (0,87)

O envolvimento pessoal com a profissão escolhida abrange múltiplos fatores, entre eles a consciência, a informação e o esclarecimento das atividades que desenvolvem (SPINDOLA, 2011), sendo esta uma premissa importante para o compromisso com o trabalho. Em estudo recente sobre a satisfação com um programa de residência médica, o compromisso, ou *engagement*, no

trabalho foi associado à dedicação, que está relacionada a um senso de significado pelo trabalho, a sentir-se entusiasmado e orgulhoso com relação ao seu labor, sentindo-se inspirado e desafiado por ele (TEIXEIRA et al., 2017). Assim, o residente comprometido com o trabalho, afetivamente, pode tornar-se um ativo valioso para o sucesso das organizações de saúde.

O incentivo financeiro na residência multiprofissional em saúde, também apontado como formador da satisfação do residente, ocorre na forma de bolsa auxílio e permite preservar a missão de hospital de ensino, permitindo que este sirva de veículo de treinamento e aperfeiçoamento profissional por um período de até dois anos. A bolsa deve prover aos residentes seus custos pessoais enquanto realizam o curso de especialização, além de propiciar garantias trabalhistas a eles. Essas características parecem dar suporte aos interesses dos pesquisados. Quanto ao desenvolvimento profissional e ao ingresso no mercado de trabalho, sabe-se que o programa de especialização na modalidade residência avaliza profissionais com extensa credibilidade e respeito, garantindo boas colocações no mercado de trabalho, assim como aprimoramento curricular, com ganho na qualidade da assistência prestada.

De outro lado, a baixa carga horária dedicada à pesquisa, a pouca diversidade de atividades extracurriculares e a falta de serviços de apoio foram apontados como fatores de insatisfação sobre sua oportunidade de desenvolvimento (Tabela 2). Nos programas analisados, 1.152 horas (aproximadamente 20% da carga horária total) constituem carga horária teórica (presenciais ou à distância), incluindo aulas e horas destinadas à produção científica. Atividades como a participação em estudos clínicos, palestras e jornadas relacionadas a temáticas médicas, campanhas e eventos públicos também foram percebidas como insuficientes. As atividades extracurriculares auxiliam na construção de um vasto currículo paralelo, bem como proporcionam múltiplas motivações (PERES; ANDRADE; GARCIA, 2007), melhorando o desenvolvimento profissional nas instituições.

A falta de serviços ou programas de apoio ofertado pelas instituições apresenta um fenômeno crescente de índices de evasão, ansiedade, síndrome de Burnout, etc. (SILVA et al., 2016; MOREIRA et al., 2016). Considerando o universo de profissionais residentes, a falta de preocupação com esses indivíduos pode favorecer o aparecimento de comportamentos prejudiciais ao seu desenvolvimento como pessoa e como futuro profissional (BARDAGI; HUTZ,

2005). Assim, reforça-se a importância de gestores de instituições de saúde e, em especial, de programas de residência quanto ao acolhimento de demandas intrínsecas desses profissionais, considerando que o residente vivencia uma situação nova e até geradora de conflitos, a qual pode levá-lo a enfrentar momentos de crise.

Na última dimensão avaliada, que relaciona a satisfação do residente com o hospital, os indicadores de escores mais elevados estiveram relacionados ao atendimento e à clareza das informações oferecidas pelos coordenadores e funcionários da instituição, bem como à estrutura física e aos equipamentos do hospital (Tabela 3).

Tabela 3 – Satisfação de residentes com o hospital, segundo média e desvio padrão das variáveis formadora da dimensão (n=46) – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2018

Satisfação com o hospital	Média (Desvio Padrão)
Atendimento e clareza das informações oferecidas pelos funcionários da instituição	3,91 (0,96)
Atendimento e clareza das informações oferecidas pelos coordenadores da residência	4,20 (0,91)
Recursos e equipamentos audiovisuais disponíveis na instituição	3,98 (0,91)
Equipamentos e <i>softwares</i> de informática oferecidos pela instituição	3,54 (1,07)
Equipamentos para desenvolvimentos das práticas em saúde	3,83 (0,85)
Infraestrutura física da instituição	3,93 (0,85)
Infraestrutura física das salas de aula	3,78 (1,05)
Limpeza da instituição	4,24 (0,90)
Conforto das instalações da instituição	3,83 (0,97)
Localização dos diferentes setores que compõem a instituição (sinalização)	4,07 (0,80)
Segurança oferecida pela instituição (portaria, seguranças)	3,28 (1,28)

Nas organizações, hospitalares ou não, verifica-se uma preocupação crescente para a promoção de um ambiente favorável ao trabalhador. Quando este se sente acolhido e integrado aos arranjos institucionais, e não apenas inserido de maneira distal, as possibilidades de o trabalhador se sentir motivado a cumprir e comprometer-se com o trabalho e com seus desdobramentos são maiores. Essa lógica pode, então, ser adaptada ao ambiente das residências em saúde, o qual conta com liberdade de expressão e atuação, gerenciamento flexível e amparo técnico-científico, encorajando profissionais a tomadas mais assertivas de decisão.

Ainda nesse sentido, atribui-se certificação de maior qualidade aos serviços em organizações de saúde que acolham as necessidades em saúde da população, com segurança, estrutura física e tecnologias adequadas (MAURO et al., 2010), e esse parece ser o sentimento exposto pelos residentes quanto ao hospital investigado.

Com relação aos indicadores que apresentaram baixos escores de satisfação do profissional residente com o hospital, denota-se a questão da segurança (Tabela 3) – condição que reflete o modelo ineficiente de estratégias e abordagens em segurança pública no Brasil (ROLIM, 2007), em que pese a grave situação política, econômica e de planejamento de espaços públicos. Nessa visão reducionista de segurança no trabalho considerada pelo instrumento de coleta de dados do presente estudo, uma vez que o mesmo desconsidera outras medidas envolvidas na minimização da exposição de riscos a trabalhadores, considera-se a insatisfação dos residentes para alertar gestores locais, municipais e regionais para a destinação de recursos físicos e humanos contra perigos intencionais a toda a população de usuários, gestores e trabalhadores da instituição sob investigação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que os residentes investigados, de modo geral, apresentam-se satisfeitos com relação à vivência na residência e com os meios e intermeios que o hospital de ensino investigado oferece para fomentar sua formação profissional e acadêmica.

Maior satisfação foi atribuída a aspectos inerentes às relações interpessoais (professores, coordenadores e colegas), ao desenvolvimento pessoal, às condições oferecidas para o ingresso na área profissional, ao incentivo financeiro (bolsa), bem como à estrutura física e aos equipamentos. Em contrapartida, escores menores de satisfação foram atrelados a aspectos envolvendo a relação e o desempenho de profissionais envolvidos na formação (preceptores), a carga horária para o fomento do ensino e da pesquisa, a diversidade das atividades extracurriculares e dos programas ou serviços de apoio ofertados aos residentes pela instituição e, ainda, à segurança.

Tendo em vista que pesquisas tipo inquérito, como adotado no presente estudo, são fundamentais para o planejamento e aprimoramento de propostas institucionais, almeja-se que o reconhecimento das percepções de satisfação

e de insatisfação aqui expostas por residentes possa contribuir para o fomento de estratégias que visem qualificar o processo formativo educacional das residências multiprofissionais no país, propiciando, desse modo, ensino, assistência e recursos humanos de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, I. S.; SOUZA, I. F.; ALMEIDA, R. J. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em Saúde Mental. **Rev. de Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 1, p. 92-100, 2016.
- BARDAGI, M.; HUTZ, C. S. Evasão universitária e serviços de apoio ao estudante: uma breve revisão da literatura brasileira. **Rev. de Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 279-301, 2005.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 1, de 8 de junho de 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007.
- CASTANEDA, G. A.; SCANLAN, J. M. Job Satisfaction in Nursing: a Concept Analysis. **Nurs Forum**, v. 49, n. 2, p. 130-138, 2014.
- DIAS, B. A. et al. Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. **Sci. Med.**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2016.
- FADEL C. B. et al. Satisfaction with the Academic Experience among Graduate Students of a Brazilian Public University. **Rev. Gaúcha Odontol.**, v. 66, n. 1, p. 50-59, 2018.
- FERNANDES, M. N. S. et al. Satisfação e insatisfação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 1-10, 2017.
- FERREIRA, C. A. A. Percepção da motivação e satisfação no trabalho pelos trabalhadores de uma instituição psiquiátrica no Brasil. **Revista Capital Científico**, v. 14, n. 2, p. 1-17, 2016.
- FLEURY, M. J.; GRENIER, G.; BAMVITA, J. M. A Comparative Study of Job Satisfaction among Nurses, Psychologists/psychotherapists and Social

Workers Working in Quebec Mental Health Teams. **BMC Nursing**, v. 16, n. 62, p. 1-12, 2017.

JIMÉNEZ, P. et al. Enhancing Resources at the Workplace with Health-Promoting Leadership. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 10, p. 1-12, 2017.

KLEIN, F. A.; MASCARENHAS, A. O. Motivação, satisfação profissional e evasão no serviço público: o caso da carreira de especialistas em políticas públicas e gestão governamental. **Rev. Adm. Pública**, v. 50, n. 1, p. 17-39, 2016.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2010.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1.047-1.055, 2011.

MOREIRA, A. P. F. et al. Avaliação da qualidade de vida, sono e síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 5, p. 393-402, 2016.

PERES, C. M.; ANDRADE, A. S.; GARCIA, S. B. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 203-211, 2007.

PUENTE-PALACIOS, K. E., VIEIRA, R. A. Desenvolvimento de uma medida de comprometimento com a equipe. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 10, n. 1, p. 81-92, 2010.

ROLIM, M. Caminhos para inovação em segurança pública no Brasil. **Rev. Brasileira de Segurança Pública**, v. 1, n. 1, 2007.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 5, n. 62, p. 701-704, 2009.

SILVA, S. B. et al. A escolha de um caminho: desistência de um programa de residência multiprofissional. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, v. 10, n. 4, p. 215-227, 2016.

SPINDOLA, T. et al. Significado da profissão para alunos que ingressam na graduação em enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 725-731, 2011.

TEIXEIRA, P. R. et al. Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 41, n. 1, p. 126-133, 2017.

WANG, C. J. Does Leader-Member Exchange Enhance Performance in the Hospitality Industry? The Mediating Roles of Task Motivation and Creativity. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, v. 28, n. 5, p. 969-987, 2016.

CAPÍTULO 5

DESAFIOS NO PROCESSO FORMATIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ÓTICA DE DIFERENTES PROTAGONISTAS

Camila Zanesco
Jean Érick Langoski
Danielle Bordin
Luciane Patrícia Andreani Cabral
Cristina Berger Fadel

Avançando o caminhar sobre o interesse pela qualificação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, este capítulo amplia o cenário de sujeitos de interesse e investiga opiniões não somente de residentes, mas também de preceptores, tutores e coordenadores. A abordagem integral dos diferentes atores envolvidos nos programas reforçou a necessidade de aprimoramentos sob a ótica da gestão pedagógica e do serviço de saúde em si, agregando, agora, novos aspectos, como os estruturais e os relativos aos recursos físicos.

INTRODUÇÃO

O redirecionamento dos serviços e processos de saúde, no sentido de postergar o modelo médico centrado, vem-se debruçando sobre uma formação profissional generalista, com enfoque multidisciplinar, que contemple de maneira integral as demandas e as especificidades do indivíduo (DIAS et al., 2016; LINS et al., 2017; MENDES et al., 2011).

Avançando nesse viés e almejando a redução do déficit de profissionais qualificados para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), surgiram os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) (DIAS et al., 2016; MENDES et al., 2011), os quais se configuram como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, que conserva as diretrizes e os princípios do SUS (BRASIL, 2005; MENDES et al., 2011).

Nesses programas, o ponto central é o binômio ensino-serviço, com ênfase para a humanização, a ampliação da compreensão da integralidade e o acolhimento em saúde (BEZERRA et al., 2016). Dessa forma, o profissional residente apropria-se de papel central no processo formativo (FERNANDES et al., 2017; LINS et al., 2017), com envolvimento imprescindível da atuação de profissionais nas funções de preceptoria, tutoria e coordenadoria.

No cenário, o preceptor é o profissional incumbido para acompanhar diretamente o residente no campo prático, congregando o fazer técnico ao conhecimento científico (RIBEIRO; PRADO, 2014). Na perspectiva acadêmica, o tutor ocupa papel de destaque, sendo responsável pela implantação das estratégias pedagógicas, ao passo que o coordenador é incumbido de assegurar o correto trâmite de aspectos burocráticos e de garantir o desenvolvimento de tópicos previstos na legislação (BRASIL, 2012; RIBEIRO; PRADO, 2014).

Todas as ocupações supracitadas encontram-se inter-relacionadas, e delas depende a efetividade das RMS como espaço formativo em saúde. A apropriação dos papéis exige comprometimento e esforço, além de demandar constantes redirecionamentos com relação à organização e ao planejamento na esfera pessoal e ampliada das RMS. Considerando o exposto e sua relevância, os estudos sobre a compreensão ampliada do panorama das RMS, com envolvimento de todos os atores que atuam nesse processo, caracterizam-se em termos inéditos na literatura nacional.

Desse modo, buscou-se descrever a percepção de diferentes atores envolvidos em programas de RMS a respeito do universo próprio das residências como ferramenta de gestão da força de trabalho em saúde, bem como da qualificação desses programas.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo, qualitativo, realizado junto à totalidade de profissionais de saúde envolvidos na residência multiprofissional em saúde de um hospital universitário na região Sul do Brasil, considerando-se exclusivamente o cenário hospitalar. Participaram 54 residentes (R), 60 preceptores (P), 36 tutores (T) e 7 coordenadores (C) dos programas de residência vigentes na instituição investigada, em exercício na função há 12 meses ou mais.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a março de 2018, por meio de questionário individual, aplicado em momento e horário oportuno

aos envolvidos, no próprio ambiente de trabalho, por pesquisador único. Foi assegurado que a pesquisa não comprometeria a sua estabilidade na instituição, além do critério de voluntariedade e confidencialidade.

Os dados utilizados neste estudo foram resultantes da seguinte questão norteadora: “Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade da residência nesta instituição? Por favor, fale sobre todos os aspectos”.

As informações angariadas foram avaliadas pela técnica da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), sendo as categorias e as subcategorias encontradas na análise dispostas em quadro, com frequências absolutas e relativas, considerando-se o número total de ocasiões em que cada resposta foi citada.

Todas as etapas aconteceram posteriormente à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos por meio do Parecer nº 2.461.494/2018 e pela direção técnica do referido hospital de ensino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 46 residentes, 34 preceptores, 6 tutores e 7 dos coordenadores, atingindo, desse modo, 93 indivíduos na amostra total.

Os resultados encontrados foram analisados e expressos em duas categorias e em cinco subcategorias, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Representação das categorias e subcategorias emergidas da análise, quanto à frequência e porcentagem para cada categoria profissional participante (n=93) – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2018

1ª CATEGORIA: Gestão pedagógica e de serviço					
Subcategorias de respostas	Residentes n (%)	Preceptores n (%)	Tutores n (%)	Coordenadores n (%)	Geral n (%)
Fomento do ensino, organização das atividades pedagógicas e em serviço	35 (76)	7 (21)	2 (33)	2 (29)	46 (49)
Relacionamento interpessoal	9 (20)	13 (38)	---	3 (43)	25 (27)
Capacitação profissional dos envolvidos na RMS	9 (20)	6 (18)	1 (17)	5 (71)	21 (23)
2ª CATEGORIA: Aspectos estruturais, insumos e recursos humanos da instituição promotora das residências multiprofissionais					
Infraestrutura física	15 (33)	4 (12)	1 (17)	6 (86)	26 (28)
Equipamentos, insumos e recursos humanos	17 (37)	6 (18)	4 (67)	5 (71)	32 (34)

Na sequência, são apresentadas as categorias com as respectivas subdivisões, de maneira a fomentar os principais achados em cada uma.

Primeira Categoria: Gestão Pedagógica e de Serviço

Fomento do ensino, organização das atividades pedagógicas e em serviço

Esta subcategoria incluiu as respostas nas quais os investigados relataram suas sugestões sobre a organização das atividades curriculares e os processos de trabalho, como a ampliação e a qualificação de aulas teóricas e práticas voltadas especificamente a cada uma das diferentes áreas de graduação e residência e, também, o estímulo à participação em pesquisas e eventos científicos. Destacou-se a prevalência de discurso entre os residentes (76%) em relação às demais categorias profissionais da RMS. As falas em seguida exprimem de maneira global a subcategoria:

R3: “Mais aulas/palestras/cursos voltados à área de formação da residência.”

R34: “Existe cobrança com teoria quando não existe tempo para estudar. Adequação entre práticas e tempo para estudo.”

C10: “Disponibilizar recursos para cursos com profissionais específicos da área de treinamento [...]”

P1: “Muitas atividades extraordinárias ocorrem sem conhecimento do preceptor, o que acaba atrapalhando atividades que já teriam sido programadas.”

Em suma, evidencia-se a necessidade de modificações relacionadas ao processo formativo das RMS na instituição em questão, espaços para educação permanente em saúde, reflexões sobre as atividades executadas (ROSA; LOPES, 2016), associações teórico-práticas (BEZERRA et al., 2016), além da organização do cronograma de modo potencial para promover a interação entre os envolvidos (SILVA et al., 2016), respeitando-se o preconizado na legislação e a carga horária destinada semanalmente às atividades práticas e às estratégias educacionais teóricas (20%) (BRASIL, 2005, 2012).

Entretanto, no processo pedagógico, os preceptores apoiaram-se na necessidade intensa de aulas práticas, de forma controversa ao discurso dos residentes e dos coordenadores, como, por exemplo:

P7 - “Acredito que seja necessário pensar na residência como formação em serviço, evitando ao máximo o excesso de momentos teóricos...”

A formação do preceptor deve ser vista como prioridade nas instituições formativas em saúde, tanto com relação à sua atualização profissional quanto no que se refere às suas funções de ensino, visto que assumem o compromisso com a aprendizagem e a capacidade de incentivar o residente (ROCHA; RIBEIRO, 2012), denominados modernamente por Ceccim et al. (2018) como “professores de campo”. No entanto, torna-se premente que esse profissional de saúde desempenhe a nova função ancorada em treinamento, capacitação e sensibilização permanente em saúde. O planejamento deve ser organizado de forma que os preceptores se percebam como protagonistas do processo de mudança, sendo indispensável uma atuação de forma crítica, reflexiva e problematizadora, prontamente participante no caminho para o fortalecimento das diretrizes do SUS (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

De forma análoga aos preceptores, os tutores também defendem a ênfase da carga horária nas atividades práticas da residência, como expresso a seguir:

T8: “... redução da carga horária teórica e ampliação da prática...”

A incumbência da tutoria exige a formação mínima de mestre e experiência profissional igual ou superior a três anos (BRASIL, 2012; CECCIM et al., 2018). Compreende-se que a vivência e o acúmulo das experiências permitem um processo contínuo de construção, influenciando a condução do papel ocupado. Portanto, os achados outorgam a reflexão sobre a compreensão de cada profissional atuante na residência com relação aos reais objetivos da proposta e das responsabilidades vinculadas aos envolvidos, com o intuito de capacitá-los e de minimizar os impasses descritos.

Relacionamento interpessoal

A integração e relacionamento entre os envolvidos também esteve expressivamente presente nos discursos dos entrevistados, os quais evidenciaram uma falta de aproximação generalizada entre os profissionais:

R1: “Melhorar o acolhimento por parte da equipe de trabalho aos residentes.”

C3: “Maior inter-relação entre áreas disponíveis no hospital.”

C4: “[...] melhora da comunicação entre as coordenações e residentes [...]”

P19: “Desenvolver maior integração entre preceptores, tutores e professores.”

Quando os desafios emergem de diferentes naturezas, eles demandam esforços recíprocos entre todos os envolvidos para o sucesso de causa comum. Compreende-se que a aproximação interpessoal é um processo gradual e progressivo, pautado na confiança e no conhecimento do real papel ocupado pelo residente, de forma a possibilitar uma atuação em âmbito multiprofissional e fortalecer as ações de saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). As especificidades de cada relacionamento interpessoal baseiam-se em trocas de sentimentos e experiências, e é necessário o empenho de todas as partes para que esse convívio seja o mais harmonioso possível (CARDOZO; SILVA, 2014). Todavia, o pensamento de alguns atuantes na preceptoría pode dificultar a aproximação e engajamento dos profissionais, como:

P21: “Fazer com que os residentes entendam e respeitem a hierarquia dos preceptores.”

Como já mencionado, a atuação do preceptor associa as práticas assistenciais às de ensino e, portanto, não constitui tarefa simples, pois exige dedicar mais tempo aos residentes, bem como discutir as necessidades de aprendizagem individuais. Muitas vezes, os preceptores podem sentir-se inseguros para exercer a função de preceptoría, perpetuando uma visão hierarquizada do processo ensino-aprendizagem, a qual diverge radicalmente daquela preconizada pelos programas de RMS, pautados na interdisciplinaridade e na construção mútua do conhecimento (AUTONOMO et al., 2015; BOTTI; REGO, 2011). Essas características de formação moderna e permanente em saúde buscam e permitem uma aproximação maior entre todos os sujeitos, facilitando a aproximação e convívio diário. Os entrevistados apontaram a realização de mais encontros e reuniões periódicas como uma forma de amenizar esses entraves:

R7: “Mais discussões de caso com as preceptoras.”

C5: “Reuniões pedagógicas mensais com todos os programas...”

Distinguindo das demais categorias, os tutores não apontaram demandas no contexto do relacionamento interpessoal. Sendo figuras longitudinais nos programas e processos de aprendizagem, e responsáveis pela interlocução

do ensino e serviço, faz-se imprescindível a completa participação e sintonia desses com os demais agentes das RMS.

Capacitação dos profissionais envolvidos

Essa subcategoria expressa a inquietude dos envolvidos nos programas de RMS quanto à necessidade de capacitação profissional, visto que tal demanda teve representação majoritária entre os coordenadores (71%). Compreende-se, por meio do delineado nos discursos, a complexidade e o entrelaçado entre os achados:

C1: “[...] no quesito humano: melhoria na capacitação dos preceptores (em serviço) para que se sintam capazes em participar do processo de formação do residente, prezando muito mais pela qualidade da capacitação técnica [...]”

C2: “[...] Treinamentos dos preceptores sobre formas de atuação e metodologias ativas [...]”

A capacitação dos recursos humanos representa estratégia potencialmente transformadora e contribui para o fortalecimento das atividades e para a manutenção da qualidade no processo formativo das RMS (PEREIRA; NASCIMENTO JUNIOR; GALVÃO, 2018; ROSA; LOPES, 2016;). Para os coordenadores, como líderes no processo de formação, a qualificação dos profissionais configura-se como impulsionadora para a efetivação de planejamento, coadjuvando para melhorias em aspectos gerais.

Tal demanda foi exposta de maneira semelhante pelos residentes, preceptores e tutores:

R14: “Capacitação dos preceptores e orientações quanto o funcionamento da residência.”

P34: “Incentivar o desenvolvimento dos preceptores através de cursos, especializações, etc.”

T7: “Poderíamos ter mais eventos de instrução e capacitação de tutores e preceptores.”

Os resultados reiteram a conexão dependente entre a teoria e a prática, na qual o aporte teórico beneficia a atuação dos profissionais, o aprendizado e a repercussão nos serviços de saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). Logo, qualificar a atuação de profissionais, mediadas pela comunicação e pela

cooperação entre os envolvidos, é favorecer um espaço coletivo de aprendizagem e de soluções satisfatórias (ROSA; LOPES, 2016).

Compreende-se que profissionais capacitados inseridos no serviço são disseminadores de informações, quesito imprescindível para o entendimento e a aceitabilidade das RMS na rede de saúde (ROSA; LOPES, 2016), impulsionado as relações humanas. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve permear as estratégias e as ações nas RMS, promovendo a qualificação e a transformação da atenção à saúde, da organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas em saúde (SILVA et al., 2016), motivando a adesão de novos profissionais.

Segunda Categoria: Aspectos Estruturais, Insumos e Recursos Humanos na Instituição Promotora das Residências Multiprofissionais

Infraestrutura física

As demandas estruturais foram demasiadamente relatadas pelos entrevistados. Todas as categorias participantes expressaram exiguidades estruturais, com maior representatividade entre os coordenadores (86%). Em geral, os aspectos elencados concentraram-se em quesitos pertinentes à totalidade de envolvidos.

C1: “Reestruturação de salas nos setores para discussão de casos com os residentes [...]”

C3: “[...] de infraestrutura, ambulatorios que possibilitem a atuação multiprofissional, salas de apoio as profissões, ou seja, por ex., uma sala para a odontologia ter como referência no hospital e sala de atuação dos residentes com o público (palestras) [...]”

A implantação dos programas de RMS na instituição em questão aconteceu sem modificações radicais na estrutura física e, mesmo sendo o hospital de ensino, a disposição da estrutura e a própria carência de espaços físicos vêm onerando impasses para a crescente demanda decorrente das residências. Ainda nesse cenário, torna-se importante ressaltar que o levantamento majoritário de demandas estruturais por parte da coordenação dos programas de residência pode ter ligação, justamente, com o envolvimento destes na conformação da proposta pedagógica das RMS, causando distanciamento

entre as proposições das demais categorias participantes, exoneradas de tal responsabilidade.

Os prejuízos da inadequação da estrutura física de um estabelecimento de saúde interferem na funcionalidade do serviço, comprometendo a autonomia profissional, gerando insatisfações e desgastes. Ainda, dificultam o planejamento e o alcance de metas, podendo impedir a oferta de ações e comprometer a qualidade destas (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Segundo, os demais investigados evidenciaram dificuldades afins e, com relação à segurança dos profissionais, tem-se:

R11: “Melhorar a segurança no estacionamento, guarita, iluminação.”

P16: “...sinalização e iluminação externa pode ser melhor...”

T20: “Aumentar o número de salas de aula...”

O ambiente de trabalho refere-se a tudo o que está relacionado às condições laborais físicas, químicas, biológicas e ambientais que podem produzir fatores condicionantes sobre o cotidiano dos trabalhadores. O contexto material e organizacional do ambiente de trabalho tem interação permanente com a influência positiva ou negativa na saúde do profissional, uma vez que o bem-estar físico e mental do trabalhador interfere em seu aproveitamento e em sua produtividade (MAURO et al., 2010).

Alguns dos apontamentos específicos dos investigados no que se refere a essas condições ambientais remetem à responsabilidade dos gestores e sua atenção especial quanto às obrigações legais perante a legislação trabalhista. Por meio de ferramentas e técnicas de gestão de segurança devem ser dispostas condições ambientais ideais, as quais, novamente, recomenda-se serem discutidas em espaço coletivo (BALTHAZAR et al., 2017).

Equipamentos, insumos e recursos humanos

Esta subcategoria abarcou as respostas relacionadas à necessidade de aquisições de equipamentos, insumos e contratação de profissionais por parte da instituição promotora das RMS. Todas as categorias destacaram itens voltados para a própria área de atuação, porém, algumas solicitações são de aproveitamento comum a todos os envolvidos, como evidenciado nas falas elencadas a seguir:

C6: “[...] aquisição de livros bem como uma biblioteca mais estruturada, armários para guarda pessoal dos residentes (que poderia ficar na sala de convivência deles), acesso à internet mais efetiva e mais computadores na biblioteca [...]”

P30: “Melhorar a disponibilização de equipamentos da área.”

T4: “Como a área de Educação Física foi inserida recentemente, estamos com uma carência em relação aos materiais.”

R3: “[...] devido à falta de funcionários (o que não é nossa culpa), eles contam conosco como funcionários.”

Sem dúvida, a implantação de programas de RMS exige a garantia de aporte estrutural, de equipamentos e insumos para o desenvolvimento das atividades. Acorda-se a responsabilização pelos equiparados em questão previamente à aprovação da proposta (CECCIM et al., 2018). Cabe destacar que a instituição tem caráter público, estando sujeita à disponibilização de recursos governamentais para efetivo funcionamento, podendo atrasar ou impedir a aquisição, a contratação e a adaptação de determinados bens materiais. Em suma, percebe-se a importância do conhecimento sobre as reais possibilidades e os desafios enfrentados por cada categoria profissional e na condição de grupo no universo das RMS. A conjuntura em questão oportuniza o planejamento em saúde, de maneira a alcançar os objetivos pré-estipulados, por meio da exploração de mecanismos específicos, potencializando e ampliando a força de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os diferentes atores envolvidos nas residências RMS, no âmbito hospitalar, expressaram a necessidade de qualificação das RMS analisadas sob dois prismas: na gestão pedagógica e de serviço e em aspectos de infraestrutura e de recursos diversos. No primeiro, aspiram, principalmente residentes, pelo fomento do ensino e pela organização das atividades pedagógicas e em serviço. O relacionamento interpessoal e a capacitação profissional dos envolvidos na RMS também foram apontados como carentes de potencialização, com aclamações de maior frequência por preceptores e coordenadores, respectivamente. No segundo prisma, as percepções refletem para a ampliação da infraestrutura física, especialmente relatada por coordenadores, e para o

fomento de equipamentos, insumos e recursos humanos, vislumbrados principalmente por tutores e residentes.

Assim, verifica-se que os dados expostos exprimem a realidade de uma instituição hospitalar que contempla uma vasta gama de programas de RMS, bem como que tais impasses não se opõem à qualidade da oferta das RMS em questão, uma vez que subsidiam fortemente seu processo de controle, avaliação interna e qualificação.

REFERÊNCIAS

- ANJOS FILHO, N. C. dos; SOUZA, A. M. P. de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 63-76, ago. 2016.
- AUTONOMO, F. R. de O. M. et al. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 316-327, jun. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BEZERRA, T. C. A. et al. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 445-472, abr. 2016.
- BALTHAZAR, M. A. P. et al. Gestão dos riscos ocupacionais nos serviços hospitalares: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UFPE on-line**, v. 11, n. 9, p. 3.482-3.491, 2017.
- BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. T. de A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.
- BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1º jul. 2005. Disponível em: <http://>

www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaatualizada-pl.html. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

CARDOZO, C. G.; SILVA, L. O. S. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. **Interbio**, v. 8, n. 2, p. 24-34, 2014.

CECCIM, R. B. et al. **EnSiQlopédia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018.

DIAS, I. M. Á. V. et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 257-267, dez. 2016.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. de F. P. de A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1.221-1.232, dez. 2015.

FERNANDES, M. N. da S. et al. Satisfação e insatisfação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 1-10, out. 2017.

LINS, K. G. V. et al. Percepção de residentes e preceptores sobre integralidade da atenção à saúde em programa de residência multiprofissional. **Revista Diálogos**, v. 1, n. 17, p. 61-88, abr. 2017.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 244-252, jun. 2010.

MENDES, L. C. et al. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 1, p. 125-141, 2011.

PEDROSA, I. de C. F.; CORRÊA, Á. C. D. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 58-65, out. 2011.

PEREIRA, M. N. S.; NASCIMENTO JUNIOR, J. C. M.; GALVÃO, E. F. C. A visão dos preceptores a respeito da residência multiprofissional com foco na ortopedia e traumatologia no interior da Amazônia. **Revista Exitus**, v. 8, n. 1, p. 332-360, dez. 2018.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. do. The Educational Practice of Preceptors in Healthcare Residencies: a Study on Reflective Practice. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2014.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 343-350, 2012.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do programa da residência multiprofissional em saúde. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 637-660, 2016.

SILVA, C. T. da et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-9, 2016.

CAPÍTULO 6

A IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Clóris Regina Blanski Grden
Cristina Berger Fadel
Camila Zanesco
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

O último capítulo da Parte I tem como principal interesse a reflexão sobre as práticas de extensão no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com base no entendimento de que, entre as práticas pedagógicas de ensino, pesquisa e extensão, o real conhecimento das condições de saúde de uma população, a sensibilidade social e o manuseio crítico do processo saúde-doença só ocorrem quando permeado pela ação extensionista. Dessa forma, a escrita a seguir traz à tona, além do arcabouço teórico que subsidia a integração entre as práticas formativas, as viabilidades da RMS de integração com a sociedade, objetivo maior da extensão universitária.

APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA

A extensão universitária surgiu no Brasil por volta de 1549, junto aos primeiros cursos de ensino superior. A extensão compõe o renomado tripé que fomenta as ações em universidades, conformado adicionalmente por ensino e pesquisa. A constância dos três elementos e sua empregabilidade prática é prevista na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e diversos são os documentos que regulamentam o processo acadêmico-formativo, constituindo importante desafio para as instituições de ensino (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018).

Nesse contexto, a extensão propicia a aproximação entre a universidade e a sociedade, permitindo a expansão do conhecimento para além do espaço e para pessoas sem vínculo direto com as universidades (RIBEIRO; MENDES;

SILVA, 2018). A notoriedade da extensão ocupa, principalmente, o espaço da graduação, lateralizada lentamente nas etapas futuras, como a pós-graduação, seja ela na modalidade *lato sensu* (incluindo a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) ou *stricto sensu*, em que a pesquisa ou mesmo a atuação prática tomam destaque (NUNES, 2017; RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018).

Atualmente, a demanda pela evolução nos métodos de ensino e a qualificação profissional têm gerado um redirecionamento nos serviços e nos processos no campo da saúde. Esse viés vem fortalecendo a formação generalista com enfoque multiprofissional, com intuito de atender integralmente às demandas dos indivíduos (DIAS et al., 2016; LINS et al., 2017; MENDES et al., 2011).

Adentrando nesse contexto e pretendendo, adicionalmente, reduzir o déficit de profissionais qualificados para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), os programas de Residência Multiprofissional em Saúde vêm ganhando espaço (BRASIL, 2005; DIAS et al., 2016; MENDES et al., 2011). Nesse sentido, desde os primórdios de seu planejamento, as RMS foram pensadas com o intuito de integrar, de forma interdisciplinar, a formação e a capacitação ao serviço. Mediante o exposto, uma prática extensionista indissociável ao ensino e à pesquisa e, aqui, em especial, dialógica ao processo de formação das RMS, busca colaborar mutuamente com o empoderamento técnico acadêmico e com efetivas transformações sociais.

Compreendidas as premissas expostas, discute-se, a seguir, a representatividade dos projetos e das ações de extensão no contexto geral das RMS, adentrando em seus desdobramentos sobre o contexto formativo em saúde.

IDEALIZAÇÃO DA EXTENSÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E SEUS DESAFIOS IMINENTES

A empregabilidade da extensão em associação com a RMS é inconteste e importante para os envolvidos e para a comunidade em geral. Entretanto, os desafios enfrentados quando programadas ações integradas com os profissionais residentes em saúde coadunam com os encontrados durante o processo formativo na graduação, como a incompatibilidade de horários decorrente da demasiada carga horária de atividades teóricas e práticas, as dificuldades relacionadas aos recursos físicos e deslocamento, entre outros, os quais oneram imponentes adversidades a serem ultrapassadas de maneira previamente programada.

Os profissionais em processo de especialização carregam distintas bagagens técnicas, fruto de vivências prévias (LIMA; SANTOS, 2012), e esse histórico diversificado, somado às novas práticas da especialização, tendem a impulsionar as ações de extensão (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018). As ações interdisciplinares desenvolvidas em equipe de forma multidimensional são essenciais na RMS, e essa reorganização do processo de trabalho, juntamente às demandas de intervenção técnico-científica centradas no usuário, propõe o empoderamento desses indivíduos para benefício próprio (LIMA; SANTOS, 2012).

Indubitavelmente as vivências prévias concretas são propulsoras do interesse profissional para a ação e para sua dedicação em realizá-la de maneira integrada, eficiente e efetiva, sendo as experiências multiprofissionais contribuintes para a integralidade da saúde e para a qualificação dos residentes (LIMA; SANTOS, 2012).

No entanto e apesar de, em linhas gerais, a integração entre pesquisa, ensino e extensão estar historicamente arraigada nas disposições legais brasileiras, no contexto da pós-graduação, constitui-se um percurso em construção, com um longo trajeto a ser percorrido. Essa condição coloca a participação de pós-graduandos em atividades de extensão durante o período da RMS como tema atual e emergente da pauta de discussões de gestores dos campos da educação e da saúde.

Atividades de extensão são apontadas como de difícil adesão por parte das instituições e dos indivíduos envolvidos, e essa dificuldade pode estar relacionada à sua derradeira inserção no tripé de sustentação das ações nas instituições de ensino (PAULA, 2013; RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018). Nesse viés, cabe à gestão acadêmica agregar demandas sociais e institucionais e trabalhar de maneira articulada com os envolvidos, considerando os objetivos previstos em documentos-guia para a educação superior e sem desconsiderar os saberes e as expectativas dos envolvidos, de modo a modular com sensibilidade e responsabilidade o planejamento das estratégias para sanar as demandas e os anseios da coletividade. Segundo Dalmolin e Vieira (2015), os grandes questionamentos a serem respondidos são: De qual maneira a extensão pode contribuir para a melhoria do ensino e da pesquisa e o mesmo acontecer no sentido inverso? Adicionalmente, qual o real papel da extensão

em uma universidade transversal, possibilitando uma formação profissional com qualidade e embasada na autonomia e na criticidade?

A contribuição positiva para a formação do profissional decorrente da vivência de ações de extensão é real na formação em nível superior, portanto, a inovação provinda da inserção dessa modalidade na pós-graduação possivelmente não irá diferir das experiências anteriores (DALMOLIN; VIEIRA, 2015), considerando os resultados iniciais. Tais exposições demonstram a colaboração para a formação de maneira subjetiva e integral. Nesse sentido, é preciso superar a fragmentação e, simultaneamente, prezar pela formação com comprometimento diante das demandas sociais (DALMOLIN; VIEIRA, 2015), oportunizando o trabalho extensionista desenvolvido na formação e na especialização de maneira indissociável.

INTEGRAÇÃO, APROXIMAÇÃO DA COMUNIDADE E TROCA DE CONHECIMENTOS

As práticas de extensão não devem ser desvinculadas das demais atividades pretendidas pelas instituições formadoras, mas sim interconectadas. Nesse sentido, a extensão ocupa o papel de promotora de ações interdisciplinares (MAIA et al., 2013), precisa ser pensada como uma relação interativa envolvendo as universidades e a comunidade. Nessa conexão, o conhecimento científico e o popular não devem ocupar posições de poder, mas de complementação (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018).

Além de enriquecer a formação dos futuros profissionais nas distintas áreas, tais práticas configuram-se como uma fonte que possibilita o trabalho colaborativo entre os diversos órgãos envolvidos, elevando as qualificações técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como instigando o profissional, ou o futuro profissional, a um fazer de maneira crítica e reflexiva (VENDRUSCOLO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2018).

Especialmente em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde, as ações extensionistas podem transitar, de forma integrada, em múltiplos cenários de prática. A observação das condições locais de vida e de saúde de sujeitos individuais e coletivos, por exemplo, propiciadas pela extensão, devem contribuir de maneira substancial para a formação permanente em saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população e de seus serviços de atenção à saúde.

Nessa perspectiva, as RMS, ao subsidiarem o processo de ensino e aprendizagem de profissionais da saúde, têm como alternativa viável a utilização de tecnologias e de instrumentos técnicos capazes de viabilizar, com mais efetividade, o próprio processo de trabalho e o cuidado integral à população. Dessa forma, a integração entre ensino, pesquisa e extensão seria capaz de produzir conhecimentos e ações voltados ao Sistema Único de Saúde e às reais necessidades de saúde da população brasileira.

FOMENTANDO A CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO E A CONEXÃO ENTRE AS ETAPAS FORMATIVAS

Participar de atividades de extensão, além de conectar o conhecimento teórico com as possibilidades práticas, é uma maneira de integrar as ações e fortalecer o potencial das instituições formadoras de desenvolver capacidades e habilidades de maneira qualificada (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018), e a excelência da proposta formativa, seja durante a graduação ou a pós-graduação, relaciona-se diretamente com essa competência.

Modernamente, considera-se que a vivência da extensão enriquece de maneira singular a formação, e o contato com esse universo pode contribuir para a busca futura de qualificação profissional e, conseqüentemente, para o ingresso em programas de pós-graduação.

No entanto, ainda que a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão seja um princípio constitucional desde 1988, a discussão da inclusão formal das práticas extensionistas nas grades curriculares institucionais pode ser considerada objeto contemporâneo. A Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001, a qual aprova o Plano Nacional de Educação 2001-2010 (BRASIL, 2001) já estabelecia como meta para o ensino superior: “assegurar que, no mínimo, 10% do total de créditos exigidos para a graduação no ensino superior no País será reservado para a atuação dos alunos em ações extensionistas” (PNE 2001-2010).

No entanto, não houve o cumprimento dessa meta pela maioria expressiva das IES, grande parte pela não existência de cobrança, apoio, acompanhamento ou valorização do Ministério da Educação e Cultura (MEC) diante dessas metas e das dificuldades internas a cada instituição (GONÇALVES, 2015). Ainda, a Política Nacional de Extensão Universitária aponta outras situações que dificultaram o cumprimento dessa meta, como o conservadorismo das universidades, a falta de recursos financeiros e organizacionais, as dificuldades

para normatização e implantação da curricularização da extensão e a não pontuação de ações de extensão nos currículos dos docentes para concursos e ascensões funcionais (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018).

Com o intuito de creditação das questões expostas, nova política pública (Plano Nacional de Educação 2014-2024) reitera o desafio de assegurar que, no mínimo, 10% dos créditos dos cursos de graduação sejam integralizados mediante atividades de extensão, prioritariamente aquelas de grande relevância social (BRASIL, 2014), além de prever o aumento do número de indivíduos com formação sob a égide da indissociabilidade no nível de pós-graduação (BRASIL, 2014; RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018).

Adicionalmente, em 2018, foi aprovada a Resolução CNE/CES nº 7, que estabelece diretrizes para a extensão na formação superior, incluindo o vínculo com a pós-graduação, exigindo a adequação das instituições em um prazo de três anos, além de regimentar o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação 2014-2024 (ABEMS, 2018).

Para Ribeiro, Mendes e Silva (2018), a curricularização da extensão busca integrar diversas disciplinas em uma mesma proposta, fortalecendo a reciprocidade, o trabalho mútuo e a produção cocompartilhada. A somatória final consistiria, então, na troca de conhecimentos, na interação, na comunicação e na atuação de maneira interdisciplinar (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018), conceito central das RMS.

O desafio em pauta consiste no caminho correto a ser seguido para a concretização dos objetivos e para o alcance das metas estipuladas, evitando tornar a extensão um novo complemento disciplinar isolado, distanciando-a novamente dos princípios da indissociabilidade no ensino da graduação e da pós-graduação acadêmicas.

Apesar de conhecidos e ressaltados nesta reflexão os benefícios gerados pela realização e participação em ações de extensão, para Ribeiro, Mendes e Silva (2018), a atuação na extensão demanda uma postura intelectual, com abertura para a atuação inter e transdisciplinar, conquistada por meio do diálogo plural e do respeito à alteridade. Nessa perspectiva, o profissional condutor (professor) precisa desligar-se do fazer de maneira linear, permitindo outras possibilidades formativas, fortalecidas por meio da abertura criada (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018).

Em suma, a conexão e a continuidade permitidas com a execução de ações de extensão na pós-graduação são imponentes alternativas para intensificar a qualidade das propostas e o contato frequente entre as instituições de ensino, serviços de saúde, comunidade, estudantes e profissionais.

Diante do exposto, ressalta-se o desafio permanente e continuado das instituições de ensino superior, por meio de seus cursos de graduação e de pós-graduação no Brasil e com o envolvimento de gestores de órgãos colegiados internos, docentes, funcionários e alunos em prol das diversas redes de discussão e das adequações necessárias para a implementação da extensão nos moldes demandados pelas políticas públicas vigentes.

REITERANDO A IMPORTÂNCIA DE INSERÇÃO DA EXTENSÃO NO CURRÍCULO E NO CONTEXTO DAS RMS

Inserir a extensão no currículo de forma que ela possa contribuir para a formação independentemente do nível, e não se tornar mais um requisito obrigatório a ser realizado de maneira desgastante pelos que a desenvolvem e por aqueles que a vivenciam, é um obstáculo (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018). Conciliar todas as variáveis existentes com equilíbrio, prezando a qualidade, a resolutividade e a contribuição para a formação da ação extensionista, requer transformações dos espaços, das instituições e dos indivíduos envolvidos (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018).

Nessa perspectiva, é preciso estimular a vivência de ações de extensão, realizar constantes levantamentos para que estes possam ser utilizados para ajustar as atividades desenvolvidas e, conjuntamente, destacar a relevância de seu desenvolvimento, adicionalmente como demonstrativo sobre os benefícios em participar da proposta.

A extensão, como visto, enriquece a formação no sentido da atuação prática, do fazer interdisciplinar, multidimensional, além de estimular a qualificação dos profissionais introduzindo estímulo adicional ao contexto formativo. No âmbito das RMS, a extensão, além de onerar benefícios para os profissionais em especialização, constitui-se como forma de divulgação da instituição, dos programas e das possibilidades de atuação das diferentes profissões envolvidas para a comunidade, contribuindo, dessa forma, para o fortalecimento de ações voltadas à promoção e à prevenção em saúde junto à comunidade, ressaltando seu imponente papel como transformador social (ARANTES; DESLANDES, 2017).

REFERÊNCIAS

ABEMS – Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 dez. 2018. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resol_7cne.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

ARANTES, A. R.; DESLANDES, M. S. S. A extensão universitária como meio de transformação social e profissional. **Sinapse Múltipla**, v. 6, n. 2, p. 179-183, 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L10172.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaactualizada-pl.html>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Resolucao-cnrms-5-2014.htm>. Acesso em: 5 dez. 2019.

DALMOLIN, B. M.; VIEIRA, A. J. H. Curricularização da extensão: Potências e desafios no contexto da gestão acadêmica. **Anais do XII Congresso Nacional de Educação**, PUCPR, out. 2015.

DIAS, I. M. Á. V. et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 257-267, dez. 2016.

GONÇALVES, N. G. Indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão: um princípio necessário. **Perspectiva**, v. 33, n. 3, p. 1.229-1.256, set./dez. 2015.

LIMA, M.; SANTOS, L. Residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 1, p. 126-141, 2012.

LINS, K. G. V. et al. Percepção de residentes e preceptores sobre integralidade da atenção à saúde em programa de residência multiprofissional. **Revista Diálogos**, v. 1, n. 17, p. 61-88, abr. 2017.

MAIA, D. B. et al. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da residência multiprofissional. **Saúde e Transformação Social**, v. 4, n. 1, p. 103-110, 2013.

MENDES, L. C. et al. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da psicologia. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 1, p. 125-141, 2011.

NUNES, F. G. Desafios da pós-graduação: articulação entre ensino, pesquisa e extensão e diálogo com outras formas de produção do conhecimento. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 12, n. 1, p. 23-35, 2017.

PAULA, J. A. de. A extensão universitária: história, conceito e propostas. **InterFaces Revista de Extensão da UFMG**, v. 1, n. 1, p. 5-23, 2013.

RIBEIRO, M. V. G. et al. Diálogos de saberes: interação ensino-serviço na perspectiva de uma experiência exitosa do Pet-Saúde Graduasus/ Enfermagem. In: VENDRUSCOLO, C. et al. **Educação permanente em saúde de Santa Catarina**: entre cenários e práticas. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. p. 239-254.

RIBEIRO, M. R. F.; MENDES, F. F. de F.; SILVA, E. A. Curricularização da extensão em prol de uma universidade socialmente referenciada. **Revista Conexão UEPG**, v. 14, n. 3, p. 334-342, 2018.

VENDRUSCOLO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 1.015-1.025, 2016.

PARTE II

TRABALHO, RELATOS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DO IDOSO

CAPÍTULO 7

O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO

Clóris Regina Blanski Grden
Luciane Patrícia Andreani Cabral
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves
Everson Augusto Krum

Este capítulo dá início à abordagem de pontos intrínsecos ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG. Em linhas gerais, traz a relevância da atuação interdisciplinar em saúde junto a sujeitos considerados idosos e a análise de seus aspectos epidemiológicos para o bem viver. De forma mais específica, adentra nos aspectos históricos da criação do programa de residência em tela, em sua estruturação pedagógica e no perfil desejável para o profissional egresso, considerando competências características de diferentes áreas do conhecimento.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O aumento da longevidade nas últimas décadas vem acarretando diversas mudanças na estrutura etária da população, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os idosos correspondem a 14,3% da população brasileira. No entanto, projeções apontam que, em 2060, um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos (IBGE, 2018b). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), as regiões Sudeste e Sul compreendem aproximadamente 16% da população na faixa etária de 60 anos ou mais (IBGE, 2018a).

O envelhecimento traz consigo desafios para o governo e a sociedade em geral, sobretudo no que tange às demandas para os serviços de saúde.

Tais demandas envolvem esforços para a redução de doenças, em especial as de maior prevalência, as crônicas não transmissíveis, e para conquistar um envelhecimento ativo e saudável e com qualidade de vida aos cidadãos.

No entanto, apesar de a população idosa crescer vertiginosamente no país há alguns anos, existe um despreparo do sistema de saúde para responder às necessidades geradas pelo envelhecimento populacional (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017). Isso significa que, neste momento de transição acelerada, é preciso investir no sistema de saúde, compreendendo seu papel de indutor de mudanças na qualidade de vida e no acesso à saúde da população e, sobretudo, como resposta às novas necessidades criadas pelas transformações demográficas e epidemiológicas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Para tanto, é necessário o desenvolvimento, a reorganização e o fortalecimento de políticas públicas, de modo que abordem o envelhecimento com enfoque na promoção da saúde, da autonomia, do bem-estar e da independência, considerando os determinantes sociais e suas influências no processo saúde-doença, assegurando os direitos sociais do idoso e criando condições para promover sua integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2006, 2013; MARI et al., 2016; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

É de valiosa importância a participação dos profissionais de saúde nesse esforço e em seus desdobramentos, com visão holística no contexto social, psicológico, econômico e político, priorizando formas de envelhecimento ativo, saudável. A equipe de saúde necessita compreender a pessoa idosa e cuidar dela como um ser integrado, ativo e com sentimentos, assumindo a melhora na qualidade de vida como meta para o idoso.

Nessa perspectiva, surge a necessidade de profissionais qualificados para o atendimento à população idosa. Para a formação, destacam-se as residências multiprofissionais em saúde (RMS) – configuram-se como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* –, com estrutura teórica e metodológica que fortalece os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (GUERRA; COSTA, 2017) e que traz, em sua essência, a formação de profissionais engajados e com competência para a transformação dos atuais cenários de saúde vivenciados no sistema de saúde brasileiro.

Diante desse contexto, o Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG) vislumbrou a necessidade de criação de um Programa de Residência

Multiprofissional em Saúde do Idoso (PRMSI) para fomentar a formação de profissionais qualificados na área e auxiliar a estruturação dos serviços com qualidade e com capacidade de respostas aos desafios do envelhecimento.

Desse modo, o presente capítulo propõe-se a contextualizar a construção, a estrutura, o perfil do egresso e o projeto pedagógico, os quais norteiam o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso (PRMSI).

O PROGRAMA

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG (PR) foi implantado em 2014 com o intuito de formar profissionais da área de saúde, com competências técnica e científica para atuar em equipes multidisciplinares na perspectiva da interdisciplinaridade, no âmbito do idoso, pautado nos princípios do SUS, com aprimoramento das competências específicas das profissões.

O programa oferece 14 vagas nas áreas da Enfermagem (6 vagas), Farmácia (2 vagas), Fisioterapia (2 vagas), Odontologia (2 vagas) e Serviço Social (2 vagas), com duração de dois anos, carga horária total de 5.760 horas em regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

As atividades são desenvolvidas nas dependências do HU-UEPG na rede pública de saúde do Município de Ponta Grossa (PR), abrangendo a atenção primária, secundária e terciária nos diferentes momentos de cuidados ao idoso: pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.

A Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso cumpre o objetivo de capacitar profissionais de saúde para atuação nesta área, a fim de articular o mundo do trabalho e da educação, criando mais um espaço de consolidação de saberes e de práticas, bem como visando responder à Política Nacional de Educação Permanente. A proposta dessa residência abarca a gestão em rede de atenção à saúde, em especial à saúde do idoso, incluindo programas de apoio à população idosa, prática cuidativa e integralidade da atenção primária, secundária e terciária, processo de referência e contrarreferência, conhecimentos da clínica, da cirurgia, da epidemiologia e do controle de infecção relacionada aos serviços de saúde e à unidade de terapia intensiva.

Compõem a organização do processo de formação do RMSI: a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU); uma coordenação geral

do programa; tutores, que são os docentes das áreas envolvidas, atuantes nas atividades teóricas; preceptores vinculados aos cenários de prática; demais trabalhadores envolvidos com assistência, ensino, gestão ou controle social; e residentes.

Perfil do Egresso

O PRMSI almeja formar profissionais, independentemente da área de graduação, capazes de:

- Atuar em equipes multidisciplinares na perspectiva da interdisciplinaridade, pautado nos princípios do SUS, aprimorando as competências específicas das profissões.
- Planejar intervenções considerando a individualidade dos usuários e seu entorno social e os princípios do Sistema Único de Saúde, de forma ética e adequada às suas necessidades.
- Identificar, em diferentes níveis de atenção à saúde, mecanismos gerenciais que possibilitem alcançar as metas da integralidade e da resolutividade da atenção em saúde.
- Desenvolver pesquisas, gerar e socializar o conhecimento, com ética e responsabilidade social, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência, para a inovação tecnológica e para o aprimoramento das práticas em saúde integradas do SUS.
- Avaliar as competências técnicas e os recursos materiais disponíveis para cumprir as exigências impostas à atenção à saúde existentes no hospital e a possíveis expansões.
- Participar e promover ações voltadas ao controle social das ações em saúde.

Pela incorporação da perspectiva interdisciplinar, essa especialização pretende construir, a partir de uma prática diferenciada, novas possibilidades de o profissional vivenciar a atuação nos serviços de saúde, considerando uma visão mais integradora e articulada dos usuários do SUS e de suas necessidades de saúde. Supre, assim, a necessidade dos profissionais relativas ao seu aprimoramento técnico-científico, bem como da própria sociedade, que busca uma assistência cada vez mais qualificada e necessita de profissionais aptos a responder a tal demanda em todas as esferas de atenção.

O Quadro 1, a seguir, apresenta os perfis específicos dos egressos das áreas profissionais.

Quadro 1 – Perfis específicos dos egressos das áreas profissionais

Área Profissional	Descrição
Enfermagem	- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão. - Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem. - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do serviço.
Farmácia (incluindo Farmácia Bioquímica)	- Realizar ações que conduzam à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde. - Planejar pesquisas de controle de qualidade, de distribuição, de conservação, de dispensação, de vigilância farmacológica e sanitária dos medicamentos. - Orientar equipes da atenção primária e secundária para a gestão da clínica em seus territórios, estimulando o autocuidado. - Orientar o uso adequado e racional dos medicamentos, com base em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica de seu meio.
Fisioterapia	- Preservar, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções. - Realizar diagnósticos fisioterapêuticos mediante avaliação cinético-funcional. - Planejar e estabelecer todas as etapas do tratamento das áreas específicas. - Selecionar, de forma qualitativa e quantitativa, os recursos e os métodos apropriados para cada caso, tais como cinesioterapia, mecanoterapia, massoterapia, hidroterapia, eletroterapia, termoterapia, fototerapia e a manipulação terapêutica. - Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos.
Odontologia	- Identificar as alterações na saúde bucal do adulto e do idoso. - Identificar e tratar alterações fisiológicas e patológicas mais prevalentes na cavidade bucal decorrentes da idade (edentulismo, doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia, atrição/abrasão e lesões da mucosa bucal, candidíase, hiperplasia, eritoplasia, leucoplasia). - Identificar as patologias geriátricas de interesse, associadas ao tratamento odontológico (hipertensão arterial, osteoporose, diabetes <i>mellitus</i>, doença de Parkinson, câncer bucal). - Conhecer, diagnosticar e prevenir o câncer de boca. - Conhecer, diagnosticar e tratar as urgências e as emergências odontológicas visando à eliminação e/ou o controle da dor. - Tratamento emergencial de algias orofaciais.
Serviço Social	- Atuar nas expressões da questão social. - Formular e implementar propostas de intervenção para o enfrentamento nas necessidades sociais. - Promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do serviço social no conjunto das relações sociais. - Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais. - Realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matérias pertinentes de serviço social.

Projeto Pedagógico

O Projeto Pedagógico da RMSI segue as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde (Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012), sendo fundamental para o planejamento do programa, a fim de garantir a qualidade do processo ensino-aprendizagem, bem como o exercício da interdisciplinaridade e o desenvolvimento de um perfil profissional preparado para resolução dos problemas de saúde da população idosa, seguindo os princípios fundamentais da atenção integral e humanizada. Segundo Miolo et al. (2012), os programas de residência, ao se estabelecerem como campo de mediação entre a academia e os serviços, tornam possíveis a construção de práticas e de conhecimentos que podem alterar ou tencionar significativamente a lógica dos serviços.

Diante disso, foi definida a matriz curricular (Quadro 2) com base para cumprimento do objetivo geral do programa de RMSI:

- Desenvolver competências nos profissionais de nível superior da área da saúde para a atuação em sistemas e serviços públicos integrados em rede, por meio da inserção em serviços de saúde de diferentes especificidades, de modo que possam sensibilizar-se com as necessidades de saúde da população idosa e dominar ferramentas para a atuação profissional individual e coletiva, com integração da assistência ao ensino, à pesquisa, à extensão e à gestão, promovendo a participação e o controle social, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.
- Formar profissionais de saúde, por meio da educação em serviço, para atuar em equipe multiprofissional na atenção a saúde do idoso fundamentada nos princípios e nas diretrizes propostos pelo SUS.

Quadro 2 – Matriz curricular do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso

Componente curricular (Disciplina/Módulo)	Carga horária	
	Teoria	Prática
Políticas Públicas	32	
Métodos de Pesquisa	48	
Ética Bioética	32	
Organização e Funcionamento do SUS	32	
Educação em Saúde	22	
Orientação TCR *	48	
Segurança do Paciente	22	
Práticas Integradas I	116	
Gestão da Vigilância à saúde	32	
Prática em Atuação Profissional na Assistência		1.536
Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar	38	
Práticas Integradas na Atenção do Idoso	110	
Fundamentos de Farmacoterapia	32	
Humanização no Atendimento	30	
Técnicas de Suporte Ventilatório	22	
Interpretação Clínica de Resultados de Exames Laboratoriais e Procedimentos Diagnósticos	32	
Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Envelhecimento	24	
Fundamentos de Geriatria e Gerontologia	12	
Avaliação Multidimensional do Idoso	24	
Aspectos Biológicos e Fisiológicos do Envelhecimento	18	
Políticas Públicas Voltadas ao Idoso	18	
Síndromes Geriátricas	24	
Módulo Referente à Área Específica de Cada Profissão	384	
Módulo Referente à Área Específica de Cada Profissão		1.536
Total	1.152	4.608
Carga horária total do curso	5.760	

*TCR -Trabalho de Conclusão de Residência

A integração ensino-serviço-comunidade realizada pela RMSI visa ao desenvolvimento de habilidades específicas para a assistência em saúde sob a responsabilidade de tutores e de preceptores.

A função do tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e profissionais de saúde que integram a residência estruturada nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo. É exercida por profissional vinculado à Universidade Estadual de Ponta Grossa ou ao HU-UEPG, com formação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos. O tutor de área desempenha orientação acadêmica da

categoria profissional e por área de concentração nas estratégias educacionais práticas, teóricas e teórico-práticas.

Já o preceptor opera a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde em que se desenvolve o programa. Deve ser exercida por profissional vinculado à instituição, com formação mínima de especialista, o qual deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática. O preceptor, diferentemente do tutor e do docente, deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão e estar presente no cenário de prática.

A metodologia empregada para a formação teórica por meio da oferta de aulas dialógicas, problematização, portfólio reflexivo, seminários, projeções de filmes e documentários, dinâmicas de grupo, discussão de estudos de casos, com abordagem de temas comuns às áreas envolvidas, assim como de conteúdos específicos de todas as áreas profissionais.

Como instrumento de avaliação formativa/processual destaca-se o *feedback* oportuno, apreciativo e construtivo, como o padrão-ouro para promover aprendizagem no residente. A ênfase na habilidade de comunicação tem poder para promover a aprendizagem colaborativa, o trabalho em equipe, a diminuição de disputas de poder e manter um clima organizacional agradável e otimista. Outra estratégia pedagógica adotada é a vinculação do tutor ao mesmo grupo de residentes ao longo de todo o programa. Deseja-se que o preceptor desenvolva habilidades para exercer a função de mentor e possa fazer um acompanhamento longitudinal de um grupo de até quatro residentes, a fim de perceber com mais facilidade as dificuldades e os progressos e dar *feedbacks* construtivos.

Cenários de Atuação Baseados na Tríade Ensino-Pesquisa-Extensão

Na atenção primária à saúde, os residentes realizam ações assistenciais e de cuidado no âmbito domiciliar e ambulatorial a idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família, com destaque para aqueles que vivem na zona rural. Na atenção secundária, integram o ambulatório de doenças crônicas não transmissíveis ao idoso, o ambulatório de reabilitação, as instituições de longa permanência para idosos. E, no âmbito terciário, atuam nos setores de internamento de clínicas, nas unidades de terapia intensiva e na unidade

de pronto atendimento. Em todos esses cenários, busca-se integrar a tríade ensino-pesquisa-extensão no processo de aprendizagem e cuidado integral ao idoso.

Na pesquisa, pode-se destacar a atuação dos residentes em projetos, a participação em eventos científicos nacionais e internacionais (congressos, simpósio, jornadas), com apresentação trabalhos, bem como a publicação em importantes periódicos e capítulos de livros.

Destaca-se a organização do “Simpósio Multiprofissional em Saúde do Idoso”, que ocorre anualmente com o objetivo comemorar o Dia Internacional do Idoso e divulgar as atividades da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, por meio da interação do público idoso em atendimento ambulatorial, comunidade rural, servidores da instituição e acadêmicos da área da saúde da universidade, contemplando um público total de aproximadamente 700 pessoas.

Na extensão, os residentes têm oportunidade de participar de projetos registrados na instituição formadora, a exemplo, os projetos conduzidos com idosos de uma comunidade da zona rural e com idosos atendidos em um ambulatório de doenças crônicas. No ensino, além de aulas teórico-práticas, os residentes são estimulados a participar de estudos de caso, visitas multidisciplinares, capacitações e treinamentos que possam contribuir para sua formação, bem como instigados a ministrar palestras e organizar treinamentos.

A RMSI também possibilita a realização de Estágios Optativos (EO) em âmbito nacional ou internacional, conforme portarias emanadas pela CNRMS, por meio de instituições conveniadas com o HU-UEPG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, apesar do pouco tempo de implantação, tem contribuído para a formação e a concepção de profissionais de saúde qualificados, com atuação e comprometimento com os princípios e as diretrizes do SUS. Isso pode ser verificado nas ações realizadas pelo programa, que resultaram em experiências exitosas junto à comunidade, bem como nas pesquisas desenvolvidas, as quais potencializam a formação de profissionais de excelência voltados ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde

por meio do desenvolvimento de ações abrangentes e específicas adentro da tríade ensino-pesquisa-extensão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º out. 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2013/decreto-8114-30-setembro-2013-777140-publicacaooriginal-141288-pe.html>. Acesso em: 5 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 12 dez. 2019.

GUERRA, T. M. S; COSTA, M. D. H. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. **Texto & Contexto**, v. 16, n. 2, p. 454-469, 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 dez. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)**. Brasil, 2018a. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149. Acesso em: 10 dez. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população

brasileira – 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2019.

MARI, F. R. et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2016.

MIOLO, R. C. T. et al. As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serv. Soc. & Saúde**, v. 11, n. 2, p. 185-208, 2012.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Public Policies Challenges on the Background of Demographic Transition and Social Changes in Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 309-320, 2017.

CAPÍTULO 8

COMUNIDADE RURAL COMO CENÁRIO DE PRÁTICA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO

Danielle Bordin
Clóris Regina Blanski Grden
Franciely Costa Selonke
Sinvaldo Baglie
Edmar Miyoshi

Sob a égide da extensão universitária, abordada ao final na Parte I desta obra, o capítulo atual apresenta a inserção e a atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso em um Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária. Considerada como uma das experiências extra-hospitalares mais exitosas desse programa e parte integrante de seu Projeto Político-Pedagógico, a atividade desdobra-se em ações de cunho coletivo e individual, reforçadas pelos saberes interdisciplinares envolvidos nesse processo formativo.

INTRODUÇÃO

Em virtude do processo de envelhecimento da população, os sistemas de saúde enfrentam o desafio da atenção integral ao idoso, o qual apresenta características fisiológicas e clínicas específicas que podem comprometer sua capacidade funcional (BRASIL, 2006, 2013; PARANÁ, 2017). Ambiciona-se que, nesse segmento etário, o idoso consiga gerir a própria vida com independência, autonomia, qualidade e pelo maior tempo possível.

Quando se refere a idosos que vivem em zona rural, os desafios de promover autonomia e independência são ainda maiores, visto que, para muitos, o acesso aos bens e serviços de saúde são dificultados pela própria distribuição geográfica que se encontram e pelo acúmulo de desigualdades vivenciadas durante a vida.

Nessas conjunturas (multiprofissional e transdisciplinar), a participação dos profissionais de saúde é de suma importância para a atuação na prevenção, na promoção e na reabilitação da saúde do idoso de forma integrada, ampliada, visualizando, para além da doença, suas capacidades funcionais, seus anseios, seus sentimentos e sua história de vida, assumindo o envelhecimento ativo e saudável como meta para o cuidado (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2017).

Nesse ínterim, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso vislumbrou o Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (Crutac), espaço compartilhado entre a Universidade Estadual de Ponta Grossa e a Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa (PR), que presta assistência à saúde da população da zona rural de Itaiacoca, com uma oportunidade de endereçar um de seus cenários de práticas extensionistas.

Criou-se, então, o projeto de extensão intitulado “Atuação da Residência Multidisciplinar em Saúde do Idoso no Programa Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (Crutac)”, cujo propósito era, por meio de ações extensionistas, ampliar o acesso dos idosos da comunidade para o cuidado integral à saúde em equipe multiprofissional, alicerçado em uma prática com bases relacionais, ou seja, centrada no idoso, em sua família, em suas histórias de vida, no contexto social e no reconhecimento das reais necessidades em saúde da população rural.

Diante desse cenário, este capítulo tem por objetivo relatar as ações desenvolvidas pelos residentes multiprofissionais em saúde do idoso no referido projeto de extensão junto aos idosos da comunidade rural.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência das ações extensionistas desenvolvidas pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais em uma comunidade da zona rural adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF), vinculada ao Crutac.

O Crutac consiste em um programa de extensão universitária em um espaço compartilhado com a prefeitura municipal de saúde, que presta assistência à saúde à população adscrita ao território pertencente a USF localizada em Itaiacoca, zona rural do Município de Ponta Grossa (PR).

A equipe participante do projeto de extensão era composta por docentes e 12 residentes, a saber: 6 enfermeiras, 2 farmacêuticos, 1 dentista, 1 fisioterapeuta e 2 assistentes sociais. As ações ocorreram nos anos de 2017 e 2018, semanalmente, em diversos espaços sociais, como pré-requisito da disciplina de Práticas Integradas na Atenção do Idoso, que compõe a grade curricular do Projeto Político-Pedagógico do Programa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades do projeto de extensão “Atuação da Residência Multidisciplinar em Saúde do Idoso no Programa Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (Crutac)” desdobraram-se em ações de cunho coletivo e individual, as quais serão elencadas a seguir.

Ações Coletivas

As atividades coletivas foram desenvolvidas na unidade de saúde e salão comunitário, mensalmente, junto à população de idosos adstrita à UFS, no dia da entrega dos medicamentos pela Equipe de Saúde USF, com vistas a transformar a busca pelo medicamento em um momento de empoderamento em saúde dos sujeitos e de criação de vínculo para o cuidado apoiado em saúde.

As ações iniciavam-se pelo acolhimento do grupo com aferição da pressão arterial, verificação da glicemia pós-prandial e entrega de medicamentos com orientações específicas. Na sequência, desenvolviam-se rodas de conversa sobre diversas temáticas de interesse do grupo de idosos participantes, entre as quais se destacavam: reeducação alimentar, hipertensão, diabetes, tabagismo, insuficiência renal crônica e ansiedade. Nos meses temáticos, a exemplo do Outubro Rosa e do Novembro Azul, foram abordados, respectivamente, assuntos relacionados ao câncer de mama e colo de útero e ao câncer de próstata.

A condução das ações junto aos idosos foi permeada pelo diálogo livre, singular, e seguindo a estratégia freireana de educação popular em saúde, em que os conhecimentos e os saberes do idoso acerca da temática eram valorizados e considerados o eixo norteador para incitar a troca de saberes e a construção do conhecimento. Como veículo potencializador das ações, utilizava-se sempre de dinâmicas como bingo educativo, jogos diversos e danças.

Em setembro de 2017 e em outubro de 2018, respectivamente, o grupo organizou dois eventos em comemoração ao Dia Mundial do Idoso, solenizado em 1º de outubro (Figura 1). Somados, os eventos contaram com a participação de 60 idosos com idade entre 60 e 86 anos. Para a realização, foram montadas estruturas para atenção à saúde, com espaço destinado à avaliação gerontologia básica de saúde, que abordava aspectos inerentes à saúde do idoso e às medidas antropométricas e de pressão arterial; e, para educação em saúde, local para conversas individuais, rodas de conversas, entrega de fôlderes educativos e realização de palestras (Figura 2). O espaço educativo foi destinado à troca de saberes sobre estilo de vida, higiene bucal e uso de medicamentos, bem como a respeito do acesso a outros serviços sociais e de saúde no Município de Ponta Grossa (PR). Na sequência, os idosos foram convidados a tomar um lanche e a participar de um bingo, com prêmios diversos. Ao final, os idosos participaram de um momento de dança, que propiciou, cada um ao seu ritmo, encorajá-los à prática de atividade física e um momento prazeroso de descontração.

Figura 1 – Evento realizado na comunidade rural em comemoração ao Dia Mundial do Idoso



Figura 2 – Palestra sobre reorientação alimentar realizada no evento em comemoração ao Dia Mundial do Idoso



Ações Individuais por meio da Atenção Gerontológica em Equipe Multiprofissional

A atenção gerontológica individual em equipe multiprofissional objetivou ampliar o acesso e garantir a atenção integral de qualidade aos 131 idosos adscritos à unidade de saúde do Crutac, por meio do fomento de ações educativo-preventivas, curativas e reabilitadoras em saúde.

Essa vertente do projeto iniciou em setembro de 2018 e, até o momento, 40 idosos receberam o atendimento da equipe de residentes, priorizando os idosos com declínio cognitivo e/ou funcional ou com maior dificuldade de acesso à unidade.

As ações contempladas nessa vertente do projeto são desenvolvidas em domicílio e embasadas na avaliação multidimensional da saúde do idoso, que compreende uma investigação detalhada do indivíduo no que tange à sua cognição, aos sinais vitais, à condição física e tegumentar, ao risco de quedas (avaliados pelas equipes de fisioterapia e de enfermagem), ao humor e à depressão, ao uso de medicamentos, à condição social e à saúde bucal (Figura 3). Essas informações permitem criar o perfil do idoso, reconhecendo o risco

de fragilidade, bem como seus fatores desencadeadores, mecanismo essencial para o planejamento do acompanhamento gerontológico.

Figura 3 – Avaliação física da fisioterapeuta quanto ao equilíbrio e ao risco de queda do idoso (imagemA) e avaliação física da enfermeira – medida antropométrica (imagem B)



Ainda, o atendimento multiprofissional em domicílio (Figura 4), além de fortalecer o acesso o vínculo do idoso com os profissionais da saúde, amplia as possibilidades construção de novas lógicas de produção do cuidado em saúde com base em estruturas e necessidades concretas (CARVALHAIS; SOUSA, 2013; ROCHA et al., 2017). Uma vez que os profissionais têm a possibilidade de vivenciar os problemas de saúde dos idosos no próprio contexto social, econômico e familiar em que os idosos estão inseridos, potencializa-se a compreensão ampla dos determinantes e das condicionantes de fragilidades e de adoecer, bem como possibilita-se a criação de estratégias diretivas às necessidades vivenciadas (CARVALHAIS; SOUSA, 2013; ROCHA et al., 2017). Esse cenário desafia a equipe a ser criativa, flexível e polivalente na luta por conquistas de direitos básicos (Figura 5) (CARVALHAIS; SOUSA, 2013).

Figura 4 – Visita domiciliar em equipe multiprofissional



Figura 5 – Fisioterapeuta realizando orientação de atividade física para fortalecimento da musculatura (imagem A) e atendimento da assistente social quanto ao acesso a medicamentos pela rede pública de saúde (imagem B)



Vale destacar que, no atendimento domiciliar, os residentes conseguem ofertar um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, com cuidados e educação em saúde, tanto para o idoso quanto para a família responsável pela sua tutela, todos baseados na avaliação gerontológica multidimensional (Figura 6). Entre estes cuidados destacam-se as medidas de prevenção de novas limitações ou agravos em saúde, a redução de danos e fragilidades ou incapacidades e o controle das morbidades preexistentes, sempre buscando promover, manter e/ou restaurar a saúde do idoso, além de potencializar ou resgatar sua independência (BRASIL, 2013; CARVALHAIS; SOUSA, 2013; PARANÁ, 2017). Tais estratégias coadunam com os pressupostos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e da rede de atenção à saúde do idoso recentemente implantada no Paraná (BRASIL, 2006; PARANÁ, 2017).

Figura 6 – Visita domiciliar: realização de intervenção farmacoterapêutica quanto ao uso racional de medicamentos



Ao final das atividades nas visitas domiciliares, todos os envolvidos no projeto discutiam os casos atendidos e planejavam a construção conjunta de projetos terapêuticos, de forma a ampliar e a qualificar a atenção à população idosa atendida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o projeto tem contribuído de forma positiva e significativa para o cuidado integral à saúde dos idosos da comunidade do Itaiacoca, tanto pelo fomento de ações de educação em saúde de cunho coletivo, com propostas de empoderamento dos sujeitos, quanto por meio do atendimento individualizado, que buscou atender às demandas dos indivíduos idosos em sua singularidade biopsicossocial.

Para os residentes envolvidos, o ganho é dispar na possibilidade de atuar diretamente sobre os determinantes e as condicionantes afetos à realidade dos idosos atendidos, de forma multiprofissional integrada, propiciando à equipe um olhar ampliado sobre o sujeito e a reinvenção sobre a prática de cuidar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º out. 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2013/decreto-8114-30-setembro-2013-777140-publicacaooriginal-141288-pe.html>. Acesso em: 5 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2006.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 1, p.160-172, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba: SESA, 2017.

ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017.

CAPÍTULO 9

AMBULATÓRIO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS COMO CENÁRIO DE ATUAÇÃO AO IDOSO

Clóris Regina Blanski Grden
Fernando Antônio Lima Torres
Alessandra Rodrigues Martins
Tatiana Menezes Cordeiro
Everson Augusto Krum

Seguindo com a exposição das viabilidades práticas desenvolvidas no presente Programa de Residência, a criação de um ambulatório de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) talvez seja o método mais profícuo para a integração das diferentes áreas de formação em saúde. Tendo em vista que a população idosa apresenta, muitas vezes, quadros de múltiplas DCNT, o tratamento e o manejo ganham importantes reforços sob onexo multidisciplinar. O capítulo que segue aborda, em especial, a descrição do serviço, o relato da integração entre diferentes áreas da saúde, bem como uma proposta de modelo de fluxograma do atendimento ambulatorial.

INTRODUÇÃO

Os estudos acerca do processo de envelhecimento populacional têm sido abordados por diversos pesquisadores nas últimas décadas. Tal processo suscita inúmeras mudanças fisiológicas, culminando na redução da capacidade funcional e tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas (CARVALHO et al., 2017; MALTA et al., 2017a; SILVA et al., 2015).

A transição demográfica, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida, implica diretamente aspectos epidemiológicos, e o contrário também ocorre. Atualmente, somente os países subdesenvolvidos mantêm altos índices de doenças transmissíveis. No entanto, espera-se que até 2030 grande

parte dos países tenha alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

No Brasil, as DCNT correspondem à cerca de 75% das causas de morte (MALTA et al., 2017b). No Paraná, na última década, essa classe de doenças foi responsável por 59% do total de mortes, e 43% desses óbitos ocorreram em indivíduos com idades entre 30 e 69 anos (PARANÁ, 2018).

Definem-se como DCNT as morbidades de caráter irreversível, curso clínico prolongado e associadas à fragilidade orgânica inerente aos indivíduos (BRASIL, 2011) que podem acometer pessoas de qualquer faixa etária, independentemente do sexo, com destaque à população idosa.

Fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas oriundas do processo de envelhecimento e fatores de risco modificáveis (tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo e obesidade) contribuem para aumentar a incidência das DCNT, especialmente hipertensão arterial, diabetes, câncer e patologias cardiovasculares.

Nessa perspectiva, as DCNT são consideradas um grave problema de saúde pública, visto que são apontadas como a principal causa de internação, de incapacidade e de mortalidade em todo o mundo, com significativo impacto sobre os custos de assistência em saúde (BIELEMANN et al., 2015; SOTO et al., 2015; SILVA, 2017; WHO, 2015).

Portanto, ações de saúde multiprofissional com enfoque interdisciplinar, voltadas à modificação e à promoção de hábitos saudáveis, à redução dos fatores de risco, ao acompanhamento e ao monitoramento dos pacientes são relevantes a essa população. Dado exposto, este capítulo tem por objetivo relatar as atividades desenvolvidas no ambulatório de doenças crônicas não transmissíveis como cenário de atuação ao idoso.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre as atividades desenvolvidas no ambulatório de doenças crônicas não transmissíveis de um hospital universitário dos Campos Gerais, no período de agosto de 2017 a dezembro de 2018.

A implantação do ambulatório multiprofissional ocorreu por intermédio da interação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso e o serviço ambulatorial da instituição no ano de 2017.

A equipe foi composta por 12 profissionais de diversas áreas: 6 enfermeiras, 2 assistentes sociais, 2 farmacêuticos, 1 cirurgião-dentista e 1 fisioterapeuta, todos vinculados à residência. Atuaram como preceptores um profissional médico e uma enfermeira, ambos docentes da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Os indivíduos atendidos no ambulatório deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar alguma doença crônica não transmissível, com necessidade de acompanhamento, sendo encaminhados pelo serviço de Clínica Médica após alta se hospitalizados ou via Unidade Básica de Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, CAAE nº 69738617.6.0000.5689.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos Pacientes Atendidos no Ambulatório

No total, 32 idosos foram acompanhados pela equipe multiprofissional no período de 14 meses. Houve predomínio de mulheres, com idade entre 70-79 anos. Foram realizados 98 atendimentos multiprofissionais, dos quais 46,8% (n=15) dos idosos passaram por duas ou três consultas com a equipe. Quanto ao desfecho, dos 32 idosos atendidos, 2 receberam alta do ambulatório, 1 não compareceu mais às consultas, caracterizando desistência, e 1 foi a óbito no período.

Entre as doenças previamente diagnosticadas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) foram as mais prevalentes, acometendo 75% e 46,8% dos idosos. A maioria (53,1%) dos idosos atendidos apresentava de duas a três doenças crônicas, o que enfatiza a característica de multimorbidade (CARVALHO et al., 2017; MALTA et al., 2017a) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas de idosos acompanhados no Ambulatório de Doenças Crônicas Não Transmissíveis de um hospital de ensino dos Campos Gerais – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2017-2018

Variáveis		n (%)
Sexo	Masculino	11 (34,4)
	Feminino	21 (65,6)
Faixa etária	60-69 anos	11 (34,4)
	70-79 anos	12 (37,5)
	> 80 anos	09 (28,1)
Tipo de DCNT	HAS	24 (75)
	DM	15 (46,8)
Nº de DCNT	1	03 (9,4)
	2-3	17 (53,1)
	4-5	10 (31,2)
	6 ou mais	02 (6,3)
Nº de atendimentos	1	06 (18,8)
	2-3	15 (46,8)
	4-5	08 (25)
	6 ou mais	03 (9,4)

A multimorbidade configura-se na presença de duas ou mais doenças crônicas em um mesmo indivíduo e é considerada comum entre idosos (FABRI et al., 2015). Essa condição está associada com a piora da qualidade de vida, declínio funcional, incapacidade e dependência (PARANÁ, 2017). Ademais, indivíduos com multimorbidades dispõem de maiores chances de fazer uso de vários medicamentos concomitantemente, condição que favorece a adesão inadequada e amplia os efeitos adversos.

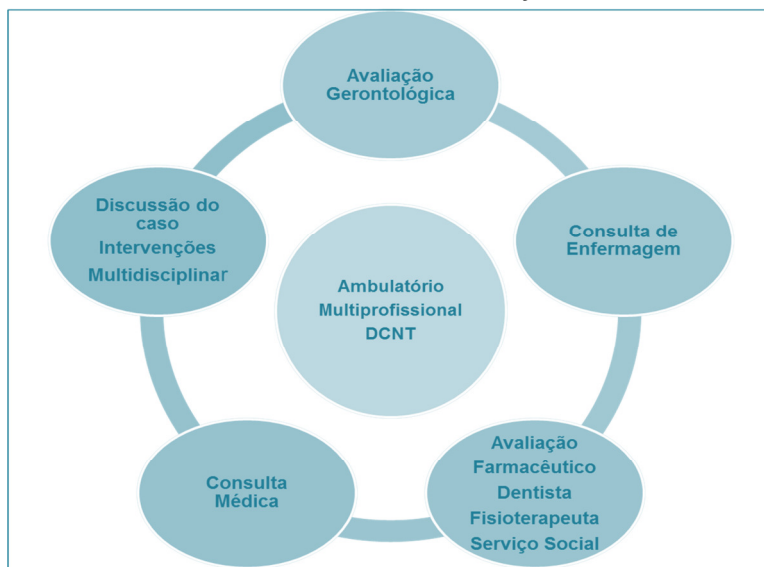
Geralmente, o manejo desses pacientes é bastante complexo, os tratamentos são diferentes para cada contexto, o que implica a necessidade de abordagem mais flexível para o cuidado, com atuação contínua e longitudinal mais aproximada, com aporte de uma equipe multiprofissional que opere de forma interdisciplinar, conforme ocorre no referido ambulatório.

Fluxograma de atendimento no ambulatório

O atendimento ambulatorial era realizado em equipe multiprofissional e estruturado por estações que compreendiam, respectivamente, avaliação gerontológica, consulta de enfermagem, farmacêutica, odontológica,

fisioterapêutica e do serviço social. A consulta médica era a última a ser realizada. Depois de efetivado o atendimento de toda a equipe multiprofissional, procedia-se à discussão do caso para a estruturação do plano terapêutico singular do idoso (Figura 1). O atendimento de cada paciente no ambulatório durava, em média, uma hora.

Figura 1 – Fluxo de atendimento do ambulatório de doenças crônicas não transmissíveis



Na estação da consulta gerontológica os idosos eram investigados acerca da condição cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM); nutricional, pelo Mini Avaliação Nutricional (MAN); do humor, com a Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

O MEEM é considerado, atualmente, o teste de rastreio cognitivo mais utilizado na população adulta e idosa, seja na pesquisa, seja na clínica (MELO, 2015; 2017). Ele permite avaliar orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Portanto, serve como um suporte significativo um primeiro rastreio de possível demência (PARANÁ, 2017).

A síndrome demencial é definida por meio da observação da perda ou da redução significativa de mais de um domínio cognitivo, atingindo nível inferior

ao desempenho prévio, de forma a trazer prejuízo à execução das atividades de vida diária (PARANÁ, 2017).

À medida que o envelhecimento populacional avança, o número de pacientes com demência aumenta, e o reconhecimento dessa condição é crucial para o manejo adequado dos pacientes em razão da própria condição, assim como para o cuidado apoiado e integral às DCNT (PARANÁ, 2017), condição que justifica o uso desse instrumento nas práticas diárias da equipe do ambulatório em descrição.

Em seu primeiro acesso ao ambulatório, o idoso também era avaliado quanto à sua condição nutricional, com base em instrumento de avaliação de risco nutricional de referência para idosos, o Mini Avaliação Nutricional (MAN) (CALVANCANTE; COUTINHO; BURGOS, 2017), caracterizado por ser um instrumento que contempla as condições alimentares, de saúde e de avaliação antropométrica. As questões contidas no teste geraram escores compatíveis às condições nutricionais dos idosos, sendo considerado os estados nutricionais: adequado, em risco de desnutrição e desnutrição (NAJAS; IAMATTO, 2005). Os residentes utilizavam-se desse instrumento para nortear a realização de orientações alimentares aos idosos que apresentavam risco de desnutrição e com desnutrição instalada; após isso, acionavam o serviço de nutrição da instituição para que fossem passadas orientações mais específicas.

Ainda, por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), o humor do idoso era avaliado (YESAVAGE et al., 1982). A escala aborda questões relativas ao humor, perspectivas futuras, queixas cognitivas e motivação. Ao final do questionário, era realizada a análise das respostas e, caso a pontuação final estivesse abaixo, o idoso era considerado com suspeita de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Diante da ausência de profissional psicólogo na equipe, com base na anamnese e mediante a GDS-15, os casos com maior necessidade de atendimento e aceite prévio do idoso foram encaminhados a unidades de atendimento psicossocial pertencente à rede de atenção à saúde do município.

A prevalência da depressão entre idosos é bastante variada, de 2% a 14% para idosos da comunidade e de 30% entre os que residem em instituições de longa permanência (PARANÁ, 2017). A ocorrência da depressão aumenta o risco de morbidade clínica, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (VAUGHAN, CORBIN, GOVEAS, 2015).

A coexistência da depressão com outras doenças é comum em idosos e complica seu manejo, pois implica uso concomitante de maior número de medicamentos, com aumento da possibilidade de reações adversas. A depressão também pode piorar a evolução das outras doenças, havendo evidências de associação entre depressão e aumento da incidência de fragilidade (TAYLOR, 2014; VAUGHAN; CORBIN; GOVEAS, 2015). Desse modo, a identificação de um possível quadro depressivo é fator importante para o cuidado integral ao idoso e melhores chances de controle das condições clínicas existentes.

Finalizada a avaliação gerontológica, o idoso passava pela consulta da enfermagem, que contemplava: verificação de sinais vitais, exame físico geral e avaliação de risco para lesões, informações estas fundamentais para a identificação da necessidade e para a construção das prioridades de cuidados do idoso. Nas situações em que o paciente apresentava sinais de lesão, os residentes enfermeiros já realizavam, de imediato, plano de intervenção e davam orientações individuais e aos familiares sobre o manejo da lesão.

A atenção farmacêutica consistia na identificação do perfil farmacoterapêutico dos idosos, fornecendo orientações para a prevenção de problemas relacionados ao uso de medicamentos, como baixa adesão, interações, reações adversas e automedicação.

Conforme observado no perfil de idosos atendidos no ambulatório, a presença de multimorbidades favorece o uso de número significativo de fármacos, somados, muitas vezes, ao hábito comum do uso de medicações não prescritas, o que cria esquemas terapêuticos complexos. Essa condição gerada, a polifarmácia, é conhecida pelo uso concomitante de cinco ou mais medicamentos (PARANÁ, 2017). Condição que, por sua vez, facilita a adesão e o uso inadequados de medicamentos, a ocorrência de efeitos adversos e de interações medicamentosas, predispondo o desenvolvimento de síndromes geriátricas como: cascata iatrogênica, incapacidade cognitiva, incontinência urinária e quedas, incapacidade e aumento da morbimortalidade (DANTAS; SANTOS, 2018; HAJJAR; CAFIERO; HANLON, 2007; PARANÁ, 2017).

Desse modo, a atuação do farmacêutico na conciliação farmacêutica e na construção de um esquema terapêutico apoiado pela equipe multiprofissional, que atenda às necessidades do idoso, configurou-se como elemento crucial para evitar os efeitos da polifarmácia e garantir um cuidado qualificado ao idoso atendido no ambulatório.

No que tange às condições osteomusculares, a sarcopenia é considerada uma síndrome geriátrica importante na determinação do grau de fragilidade no idoso e de sua qualidade de vida (PARANÁ, 2017). Ela consiste na redução progressiva da massa, da força e do desempenho musculares que ocorrem no envelhecimento (PARANÁ, 2017). Nessa perspectiva, o atendimento em fisioterapia tinha como objetivo verificar, por meio de exame físico, aspectos como: força muscular, equilíbrio, marcha, flexibilidade e fatores de risco para quedas, embasados na detecção de suas incapacidades, além de avaliar aspectos respiratórios em sua anamnese, com vistas a traçar estratégias de cuidado e medidas de prevenção.

O estímulo à prática de atividade física, principalmente com o fomento de exercícios resistidos progressivos, bem como o aporte nutricional proteico e calórico e a suplementação de vitamina D configuram-se as principais medidas preventivas e de manejo da sarcopenia (MORLEY, 2016).

Já o atendimento prestado pelo cirurgião-dentista perfazia o exame clínico odontológico (extrabucal e intrabucal), com direcionamento de medidas de prevenção e/ou tratamento. Na constatação da necessidade de atendimento odontológico, ofertava-se esse serviço no ambulatório próprio da odontologia, também situado no mesmo local, em outro momento. Nesse momento de avaliação, o cirurgião-dentista aproveitava para instrumentalizar e empoderar o paciente e os familiares quanto aos cuidados em saúde bucal, sobretudo no que se refere à higiene da cavidade oral e da prótese, às doenças periodontais e à halitose.

Ainda, assistentes sociais realizavam anamnese social, identificando vulnerabilidades sociais, orientações e encaminhamentos cabíveis. Embora o serviço social no âmbito da saúde seja algo pouco difundido na literatura, no aspecto prático, a atuação desses profissionais vem para somar e fortalecer o olhar biopsicossocial sobre o indivíduo, o que no passado configurava-se como uma ação somente biologista e tecnicista.

Por fim, o idoso era avaliado pelo profissional médico, por meio de avaliação global, solicitação e verificação de exames e prescrição de fármacos. Então, equipe multiprofissional, idoso e familiares determinavam o plano de cuidado a ser implementado, sempre em conformidade com o que foi avaliado por todos os profissionais.

Ao final dos atendimentos, a equipe reunia-se para discutir os casos em acompanhamento, elaborar intervenções interdisciplinares, bem como avaliar o encaminhamento a outros serviços especializados, conforme demanda. Vale destacar que as intervenções eram todas dirigidas e personalizadas às características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores, com base na avaliação multidimensional gerontológica realizada.

Os retornos eram agendados conforme a necessidade do indivíduo e com objetivo de facilitar o acesso do idoso ao serviço de saúde e favorecer o vínculo ao ambulatório multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho promovido no ambulatório de DCNT tem propiciado à equipe multiprofissional de residentes a percepção ampliada do indivíduo idoso, por meio da troca de experiências entre os membros, evidenciado pela interdisciplinaridade.

As orientações e as sugestões fornecidas pelos diferentes profissionais empoderaram e reforçam a autonomia do idoso quanto ao cuidado com sua saúde. Espera-se que esse relato possa contribuir para o fortalecimento ao novo modelo de atenção à saúde do idoso, direcionada às necessidades específicas desse segmento etário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

BIELEMANN, R. M. et al. Burden of Physical Inactivity and Hospitalization Costs Due to Chronic Diseases. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p.1-8, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHO, J. N. et al. Prevalence of Multimorbidity in the Brazilian Adult Population According to Socioeconomic and Demographic Characteristics. **PLoS One**, v. 12, n. 4, p. 1-13, 2017.

CAVALCANTE, L. S.; COUTINHO, P. T. Q.; BURGOS, M. G. P. A. Aplicabilidade da MAN – Mini Avaliação Nutricional em idosos diabéticos. **Nutr. Clin. Diet Hosp.**, v. 37, n. 1, p. 67-74, 2017.

DANTAS, M. S.; SANTOS, V. C. Implicações da polifarmácia entre idosos e a contribuição da atenção farmacêutica. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 23, n. 240, p. 87-99, 2018.

FABRI, E. et al. Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. **JAMDA**, v. 16, n. 8, p. 640-647, 2015.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-Mental State”: a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

HAJJAR, E. R.; CAFIERO, A. C.; HANLON, J. T. Polypharmacy in Elderly. **Am. J. Ger. Pharm.**, v. 5, n. 4, p. 345-351, 2007.

MALTA, D. C., et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 51, n. 1, p.1-10, 2017a.

MALTA, D. C. et al. Mortality Due to Noncommunicable Diseases in Brazil, 1990 to 2015, According to Estimates from the Global Burden of Disease Study. **São Paulo Medical Journal**, v. 135, n. 3, p. 213-221, 2017b.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do mini exame do estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3.865-3.876, Dec. 2015.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G.; NERI, A. L. Mini exame do estado mental: evidências de validade baseadas na estrutura interna. **Aval. Psicol.**, v. 16, n. 2, p. 161-168, 2017.

MORLEY, J. E. Frailty and Sarcopenia: the New Geriatric Giants. **Rev. Inves. Clínica**, v. 68, n. 2, p. 59-67, 2016.

NAJAS, M.; YAMATTO, T. H. Nutrição na maturidade: avaliação do estado nutricional de idosos. **Nestlé**, 2005.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)**. Curitiba: SESA, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba: SESA, 2017. 149 p.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. L. H.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **Saúde**, BNDES Setorial, v. 44, p. 87-124, 2016.

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SILVA, J. V. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Cad. Grad.**, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015.

SOTO, P. H. T. et al. Morbidity and Hospitalization Costs of Chronic Diseases for the Unified National Health System. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 4, p. 567-575, 2015.

TAYLOR, W. D. Clinical Practice. Depression in the Elderly. **N. Engl. J. Med.**, v. 371, n. 13, p. 1.228-1.236, 2014.

VAUGHAN, L.; CORBIN, A. L.; GOVEAS, J. S. Depression and Frailty in Later Life: a Systematic Review. **Clin. Interv. Aging.**, v. 10, p. 1.947-1.958, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Noncommunicable Diseases Prematurely Take 16 million Lives Annually. **WHO Urges More Action**, 2015.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982.

CAPÍTULO 10

PERFIL DE SAÚDE DE IDOSOS INTERNADOS E O PAPEL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Renata Cristini Fernandes Furquim
Melina Lopes Lima
Guilherme Arcaro
Danielle Bordin
Cristina Berger Fadel

Este capítulo discute dados epidemiológicos dos idosos internados no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG), uma vez que subsidiam a atuação profissional dos residentes do Programa de Residência em análise. O conhecimento de informações sociodemográficas, de saúde e de serviços utilizados por sujeitos idosos propicia, além da identificação de nós críticos da rede de atenção a idosos, melhorias no planejamento de estratégias de atenção à saúde. Os saberes afetos à saúde coletiva, à gestão, ao planejamento e à avaliação em saúde são requeridos para uma formação integral e aderida às necessidades de saúde de uma população, sendo, então, aqui contemplados.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional traz consigo o desafio de viver mais de forma saudável e com qualidade de vida. Desafio que necessita do desenvolvimento de políticas públicas que abordem o envelhecimento com enfoque na promoção da saúde, autonomia, bem-estar e independência (MARI, 2016). Transformar-se em um idoso ativo requer um bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, podendo ser alcançado por meio da participação ativa na sociedade, levando em consideração necessidades, desejos e capacidades pessoais.

Com o intuito de estimular indivíduos idosos, proporcionar qualidade de vida e prolongar o aparecimento de doenças, um conjunto de ações e políticas

foi proposto em âmbito mundial, buscando favorecer o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção de fragilidades e de doenças crônicas, bem como a ampliação do acesso a cuidados paliativos em longo prazo com qualidade (UNITED NATIONS, 2017). Quando essas premissas não são bem controladas, contribuem para o aumento de hospitalizações, e quando existem comorbidades associadas, o cuidado prestado necessita ser maior (HOPMAN et al., 2016), sendo as internações hospitalares mais frequentes e com maior tempo de ocupação do leito (BRITTO, 2013), o que onera significativamente os sistemas de saúde e as instituições, residindo aí, consequentemente, o desafio às autoridades sanitárias (TOFFOLETTO, 2016).

Nesse contexto, torna-se fundamental o fomento de profissionais qualificados para promoção desse processo de forma mais eficiente, e as residências multiprofissionais em saúde, com ênfase no idoso constituem um excelente veículo propulsor de formação especializada.

A residência multiprofissional em saúde surge por meio da criação de várias estratégias que visam à operacionalização dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, buscando a integralidade da atenção aos indivíduos, bem como a problematização do processo de trabalho e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (SILVA et al., 2014).

Sob essa perspectiva, conhecer o perfil de idosos internados subsidia processos de aperfeiçoamento da qualidade do atendimento em saúde. O conhecimento acerca dos serviços utilizados por essa população propicia a detecção de pontos de fragilidade da rede de atenção a idosos, podendo auxiliar gestores de saúde no planejamento de estratégias de melhoria. Ainda, a análise de idosos de estratos etários avançados, em razão de riscos de complicações e de presença de multimorbidades, pode oportunizar uma atenção à saúde com maior segurança e individualidade terapêutica.

Nesse sentido, o presente capítulo buscou conhecer o perfil de idosos de diferentes estratos etários internados em um hospital de ensino, segundo características sociodemográficas, de saúde e de serviços utilizados, além de destacar a importância da residência multiprofissional em saúde no conhecimento e na atuação voltados a esse perfil de idosos.

MÉTODO

Trata-se de um trabalho quantitativo e transversal realizado com 158 pacientes idosos internados, cuidadores e familiares, no período de janeiro a julho de 2018, no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG), localizado no Município de Ponta Grossa (PR).

Para a obtenção das informações dos pacientes, desenvolveu-se um questionário estruturado, contendo variáveis relacionadas às características sociodemográficas, de saúde e utilização dos serviços de saúde intra-hospitalar e domiciliar. Os dados foram angariados mediante entrevistas telefônicas, com duração média de 20 minutos.

Para o trabalho, os pacientes foram divididos em dois grandes grupos, os indivíduos de 60 a 70 anos e os com mais de 70 anos. As informações coletadas foram analisadas por meio de estatística descritiva, frequências absolutas e relativas, e de estatística analítica, pelo teste Exato de Fisher, com o intuito de comprovar se as quantidades de ocorrências nas categorias das variáveis analisadas são ou não equivalentes nos dois grupos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior (Parecer nº 2.461.494/2018; CAAE: 81453417.1.0000.0105, respeitando os ditames da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinki).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização geral dos idosos internados no HU-UEPG, os achados são semelhantes a diferentes instituições hospitalares, as quais apontam maior número de mulheres, casados, com baixa escolaridade e renda (Tabela 1) (MEIRA et al., 2016).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes idosos internados no HU-UEPG (n=158) – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2018

Variável e Classe	60 a 70 anos n (%)	Mais de 70 anos n (%)	Total n (%)	p valor
Sexo				
Masculino	52(49)	23(44)	75(47)	p > 0,05
Feminino	54(51)	29(56)	83(53)	
Cor da pele				
Branca	70(66)	38(73)	108(68)	0,37
Outras	36(34)	14(27)	50(32)	
Estado civil				
Solteiro	3(3)	5(10)	8(5)	
Casado/ União estável	73(69)	22(42)	95(60)	0,0028
Desquitado/Divorciado	9(8)	3(6)	12(8)	
Viúvo	21(20)	22(42)	43(27)	
Reside sozinho				
Sim	13(12)	9(17)	136(86)	p > 0,05
Não	93(88)	43(83)	22(14)	
Escolaridade				
Não alfabetizado	4(4)	3(6)	7(4)	
01 a 05 anos de estudos	66(62)	40(77)	106(67)	0,0325
06 a 09 anos de estudos	21(20)	2(4)	23(15)	
10 a 12 anos de estudos	10(9)	7(13)	17(11)	
Ensino Superior (completo e incompleto)	5(5)	0(0)	5(3)	
Renda mensal				
> 1 salário mínimo*	18(17)	10(19)	28(18)	
1 > 2 salários mínimos*	51(48)	31(60)	82(52)	0,363
2 ≥ salários mínimos*	28(26)	8(15)	36(23)	
Não sabe/não respondeu	9(8)	3(6)	12(8)	
Presença de doença crônica				
Sim	83(78)	41(79)	124(78)	p > 0,05
Não	23(22)	11(21)	34(22)	
Multimorbidade				
Não, apenas uma doença crônica	51(61)	11(27)	62(39)	
Sim, 02 doenças crônicas	18(22)	12(28)	30(19)	0,0006
Sim, mais de 02 doenças crônicas	14(17)	18(44)	32(20)	

*Valor do salário mínimo R\$998,00

No entanto, verificou-se que o estado civil entre dois grupos de idosos divergiu: para idosos com até 70 anos, predominou casado, e entre os indivíduos com mais de 70 anos, apresentou uma grande parcela de viúvos. O incremento significativo no número de viúvos no estrato etário maior de 70 anos justifica-se pela mortalidade relacionada ao avançar da idade (CAMPOLINA et al., 2013).

Os profissionais da saúde devem atentar-se a essa condição durante o processo de cuidado, uma vez que a viuvez está relacionada a uma maior fragilidade mental, sendo fator de risco para pior estado geral de saúde, limitação funcional (SMITH; HAEDTKE; SHIBLEY, 2015), maior utilização de serviços de saúde (SASSON; UMBERSON, 2014), baixa satisfação com a vida e acidente vascular cerebral (HO, 2015). Ainda, por conviverem sozinhos, idosos viúvos podem estar mais sujeitos a quedas e erros de medicação, o que, por sua vez, pode piorar seu estado de saúde, resultando em dependência, perda da autonomia, imobilização e alterações cognitivas (SHIN; KIM; PARK, 2018). Ademais, a ausência do cônjuge também pode ser um problema no tocante ao cuidado do paciente após a alta hospitalar.

Verificou-se, ainda, que idosos com mais de 70 anos mostraram escolaridade significativamente menor em relação aos idosos com até 70 anos, dado relevante para o cuidado em saúde, visto que o nível educacional elevado aumenta a probabilidade de melhor renda e de custear despesas médicas com convênios privados e médicos particulares, ao passo que pessoas com menor grau de instrução e renda costumam depender mais frequentemente dos serviços públicos de saúde (COTLEAR et al., 2015).

Além disso, o efeito da escolaridade tem papel importante no autocuidado em saúde, pois proporciona maior acesso às informações que subsidiam o entendimento do processo saúde-doença, a importância de se utilizar mecanismos para prevenção de agravos, além de ampliar a capacidade dos indivíduos em usar tais informações de forma eficiente, sendo base para o empoderamento em saúde (BORDIN et al., 2017).

No que se refere às características de saúde dos idosos internados, a maioria apresentou doença crônica. Destes, grande parte com idade entre 60 e 70 anos dispunha de uma única doença, diferentemente dos indivíduos de mais de 70 anos, que apresentavam multimorbidades.

A multimorbidade traz consequências negativas, tais como: declínio funcional, diminuição da qualidade de vida, aumento da demanda por serviços de saúde e, consequentemente, dos custos com a saúde pública (AMARAL, 2018).

Diante disso, a Residência Multiprofissional em Saúde vem com o objetivo de capacitar os profissionais a entenderem a multicausalidade dos processos mórbidos, individuais e coletivos, contextualizando o indivíduo em seu

meio ambiente, abrangendo as áreas de enfermagem e diversas outras áreas necessárias para o atendimento (SILVA et al., 2015).

O trabalho multiprofissional proporciona a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos e, por meio dessa interação, surgem novas propostas de intervenção, que não poderiam ser concretizadas por nenhum profissional de forma isolada, resultando em uma união de diferentes saberes. Essa interação contribui positivamente na assistência à saúde de uma pessoa idosa (SILVA et al., 2015).

No que tange à utilização de serviços de saúde entre os entrevistados, idosos mais longevos permaneceram mais tempo internados e estiveram mais frequentemente na UTI em relação aos mais jovens (Tabela 2). O tempo, a frequência e a qualidade da internação de indivíduos idosos estão relacionados à perda de autonomia, à fragilidade e às dificuldades funcionais (BORDIN et al., 2018; SILVA, 2018; TOFFOLETTO, 2016). Além disso, a internação em UTI, especificamente, também está relacionada à ampliação do número de eventos adversos (TOFFOLETTO, 2016) e à mortalidade aumentada (SILVA, 2018). Nesse sentido, endossa-se a necessidade de avaliação criteriosa, pela equipe de saúde multiprofissional, sobre a decisão de internação de idosos longevos e o momento adequado de alta, garantindo um tempo mínimo de permanência, bem como a redução de complicações em saúde e de custos hospitalares (SILVA, 2018).

Tabela 2 – Serviços de saúde utilizados por idosos que foram internados no HU-UEPG, segundo estrato etário (n = 158) – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2018

Variável e Classe	60 a 70 anos n (%)	Mais de 70 anos n (%)	Total n (%)	p valor
Intra-hospitalar				
Tempo de internação				
Até 5 dias	73(69)	20(38)	93(59)	0,0005
Mais de 5 dias	33(31)	32(62)	65(41)	
Internação em UTI				
Sim	12(11)	16(31)	28(18)	0,004
Não	94(89)	36(69)	130(82)	
Tempo de internação em UTI				
Até 5 dias	9(8)	12(23)	21(13)	p > 0,05
Mais de 5 dias	3(3)	4(8)	7(4)	
Internação hospitalar anterior				
Sim	25(24)	19(37)	25(16)	0,09
Não	81(76)	33(63)	81(51)	

continua

conclusão

Variável e Classe	60 a 70 anos n (%)	Mais de 70 anos n (%)	Total n (%)	p valor
Domiciliar				
Quanto teve alta voltou para sua casa				
Sim	98(92)	48(92)	146(92)	p > 0,05
Não	8(8)	4(8)	12(8)	
Em sua casa, precisou da ajuda de alguém para realizar as suas atividades diárias				
Sim	65(61)	41(79)	106(67)	0,03
Não	41(39)	11(21)	52(33)	
Em sua casa, precisou da orientação de alguém para seguir as recomendações médicas				
Sim	34(32)	20(38)	54(34)	0,48
Não	72(68)	32(62)	104(66)	

Finalmente, evidenciou-se que, na pós-alta hospitalar, idosos longevos necessitaram de mais ajuda no domicílio quando comparados a idosos com menos de 70 anos (Tabela 2). O longo, em razão do avanço da idade, acaba diminuindo sua autonomia e aumentando sua dependência para a realização de atividades diárias, recorrendo ao auxílio de cuidadores remunerados ou de familiares, sendo a família considerada muito importante tanto na realização dessas atividades quanto no apoio emocional proporcionado ao idoso (MICHEL, 2015). Nesse contexto, o nível de dependência de assistência pode ser determinado pelo grau das incapacidades do paciente, sendo fundamental a interação da equipe de saúde com o indivíduo incapacitado, seus cuidadores e familiares.

A equipe de saúde tem um papel de extrema importância na informação e orientação do familiar ou cuidador acerca dos cuidados necessários com o idoso em seu domicílio. Para tanto, torna-se necessária a identificação da realidade, por meio do conhecimento da fragilidade do idoso e da capacidade de força do cuidador, entendendo os problemas e as necessidades, a fim de avaliar o grau de dependência do idoso. O profissional da saúde deverá reconhecer, ainda, um cuidado humanizado e fundamentado no bem-estar da família e na resposta funcional do idoso, recomendando-se atenção redobrada aos longevos (CASAGRANDA, 2015).

Nesse cenário, é fundamental que o profissional de saúde instrua o cuidador familiar a procurar a Unidade Básica de Saúde após a alta hospitalar, pois caberá a esse setor realizar a visita domiciliar e orientar a melhor forma de cuidado com esse idoso (RODRIGUES, 2016).

Diante do exposto, é notório que a residência multiprofissional pode ajudar em todo esse processo, uma vez que tem importante papel na identificação das demandas e na presença das síndromes geriátricas, avaliando os serviços, as políticas públicas e as necessidades dos pacientes idosos, a fim de elaborar um plano de cuidados específico e individualizado (SILVA et al., 2014). Como forma de assegurar um atendimento integral ao idoso, verifica-se que a formação pelo trabalho do residente multiprofissional o qualifica sobremaneira, tornando sua atuação de alta resolutividade, com poder transformador da realidade (FIORANO, 2015).

Os programas de residência buscam reconhecer a contribuição do residente por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, visando ao desenvolvimento de ações intersetoriais de gestão, atenção, educação e formação em saúde, com a troca sistemática de saberes entre disciplinas em seus campos de atuação, possibilitando a construção coletiva de novas relações e práticas. Com isso, as práticas assistenciais são direcionadas à valorização e à produção de vida, e não apenas à manutenção de saúde ou à erradicação das doenças (FERNANDES, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho encontrou diferença entre os idosos com até 70 anos e com 70 anos ou mais, apresentando o grupo mais longo uma maior prevalência de viúvos, de indivíduos com menor escolaridade, de multimórbidos, de maior tempo de internação, de internação em UTI e de sujeitos que precisam de ajuda em casa para realizar as atividades diárias no pós-alta hospitalar.

Nesse sentido, ações de promoção à saúde de fácil compreensão, de prevenção às doenças crônicas e de apoio familiar e social devem ser incentivadas pelas residências multiprofissionais em saúde.

O conhecimento das diferenças entre os grupos etários possibilitou conhecer as necessidades específicas de cada grupo, o que facilitará o direcionamento de ações mais resolutivas, embasadas nas características individuais e nos riscos à saúde de cada grupo etário de idosos, com vistas a subsidiar a intervenção da residência multiprofissional de forma mais eficiente, eficaz e efetiva, propiciando uma assistência integral, sem complicações e com melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, T. L. M.; et al. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3.077-3.084, 2018.
- BORDIN, D et al. Determinants of Oral Self-Care in the Brazilian Adult Population: a National Cross-Sectional Study. **Braz. Oral Res.**, v. 31, n. e115, p.1-11, 2017.
- BORDIN, D. et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 21, n. 4, p. 439-446, 2018.
- BRITO, M. C. C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p.161-178, 2013.
- CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p.1.217-1.229, 2013.
- CASAGRANDA, L. P. et al. Assistência de enfermagem na qualidade de vida do idoso: revisão integrativa. **Rev. Saúde. Com.**, v. 11, n. 4, p. 408-417, 2015.
- COTLEAR, D. et al. Overcoming Social Segregation in Health Care in Latin America. **The Lancet**, v. 385, n. 9.974, p. 1.248-1.259, 2015.
- FERNANDES, M. N. S. et al. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 90-97, 2015.
- FIORANO, A. M. M.; GUARNIERI, A. P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, p. 203-207, 2015.
- HO, S.H. A Comparative Assessment of Emergency Medicine between the Widowers and Widows among the Elderly in Taiwan. **Economics Bulletin, Access Econ**, v. 35, n. 3, p. 1.795-1.808, 2015.

HOPMAN, P. et al. Health Care Utilization of Patients with Multiple Chronic Diseases in the Netherlands: Differences and Underlying Factors. **Eur. J. Intern. Med.**, v. 26, n. 3, p. 190-196, 2015.

MARI, F. R. et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2016.

MEIRA, A.S. et al. Frailty in Elderly Patients with Chronic Kidney Disease under Conservative Treatment. **Rev. da Rede Enferm do Nord.**, v. 17, n. 3, p. 386-392, 2016.

MICHEL, T. et al. From Real to Ideal – the Health (Un)Care of Long-Lived Elders. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 343-349, 2015.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, p. 216-224, 2013.

SASSON, I; UMBERSON, D. J. Widowhood and Depression: New Light on Gender Differences, Selection, and Psychological Adjustment. **J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v. 69, n. 1, p. 135-145, 2014.

SHIN, S. H.; KIM, G.; PARK, S. Widowhood Status as a Risk Factor for Cognitive Decline among Older Adults. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 7, p. 778-787, 2018.

SILVA, J. B. V. B. et al. Clinical Profile of Long-Living Elderly at an Intensive Care Unit. **Acta Paul. Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 39-45, 2018.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paul. Enferm.**, v. 28, n. 2, p. 132-138, 2015.

SILVA, M. C. M. et al. Educação em saúde com idosos: em relato de experiência. **Raízes e Resumos**, v. 2, n. 2, p. 168-176, 2014.

SMITH, M., HAEDTKE, C., SHIBLEY, D. Late Life Depression Detection: An Evidence-Based Guideline. **Journal Gerontological Nursing**, v. 41, n. 2, p. 18-25, 2015.

TOFFOLETTO, M. C. et al. Factors Associated with the Occurrence of Adverse Events in Critical Elderly Patients. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 977-983, 2016.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Ageing 2017**. New York: United Nations, 2017.

CAPÍTULO 11

O EXAME FÍSICO DE PELE NO IDOSO INTERNADO

Clóris Regina Blanski Grden

Tais Ivastcheschen

Péricles Martim Reche

Carla Regina Blanski Rodrigues

Daniele Brasil

Simone Macedo Hanke

Apresentam-se aqui dados de prática clínica e assistencial acerca do exame físico em idosos internados, dando ênfase à importância do papel da equipe multiprofissional do Programa de Residência em Saúde do Idoso na identificação, na avaliação, no monitoramento e no cuidado de sua integridade física. Considerada como prática clínica bem-sucedida, o resultado de suas análises vem também contribuindo para o aprimoramento dos profissionais residentes em questão, sobretudo no que se refere ao seu exercício de trabalho.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas do indivíduo, entre as quais se destaca a modificação no sistema tegumentar, que compreende pele e anexos (pelos, unhas, glândulas sebáceas, sudoríparas e mamárias) (MONTANARI, 2016). Com a função de recobrir o corpo e conferir proteção contra atrito, perda de água, invasão de micro-organismos e a radiação ultravioleta (MONTANARI, 2016), esse sistema é de importância vital para o organismo, pois interfere em numerosos processos orgânicos.

A pele é considerada o maior órgão do corpo que atua como barreira contra fatores extrínsecos e participa da termorregulação corpórea (FORTES; SUFFREDINI, 2014). É responsável por vários fatores de equilíbrio e proteção à saúde e, dessa forma, deve ser inspecionada e avaliada considerando sua condição geral e identificando possíveis alterações patológicas.

Dividida em camadas, a pele é composta pela epiderme e pela derme alocadas sobre o tecido adiposo. Com o processo de envelhecimento, a epiderme apresenta redução de sua espessura, ocasionada pela atrofia das camadas de ceratinócitos e da camada basal. Há diminuição dos melanócitos que protegem a pele contra os raios UV, bem como da produção de células epiteliais e redução da vascularização. A menor quantidade de fibroblastos e mastócitos resulta na redução da resposta inflamatória da pele (MENOITA; SANTOS; SANTOS, 2013; SERRA et al., 2018; SURBER et al., 2015).

A redução do fluxo sanguíneo, da produção de colágeno e elastina, bem como a diminuição da atividade das glândulas sudoríparas contribuem para a desidratação, a perda de turgor e a elasticidade desse órgão, propiciando o desenvolvimento de lesões (SERRA et al., 2018).

A lesão pode ser definida como qualquer modificação estrutural na pele e que tem diferentes causas, tais como: circulatória, hiperplásicas, metabólicas, inflamatória, degenerativa (PORTO, 2014). Com repercussão significativa para a morbidade hospitalar do paciente idoso, as denominadas lesões tegumentares são responsáveis por 84 mil internações no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Ademais, contribuem para elevar o risco de infecções associadas, com aumento do tempo de internação e dos custos em saúde (BARANOSKI et al., 2016; BENBOW, 2017; SERRA et al., 2018).

Nesse contexto, torna-se relevante a avaliação criteriosa da pele com direcionamento de ações de prevenção e manutenção cutânea. Para avaliação, destaca-se o exame físico da pele, que pode ser realizado pelo profissional de saúde que presta cuidado ao idoso, com destaque especial para o enfermeiro. Para tanto, faz-se necessária a utilização de um instrumento que fundamente cientificamente a realização da avaliação da pele por meio do exame físico. Sugere-se que seja construído com base em referências que abordem a semiologia da pele direcionadas às especificidades do idoso (GIARRETA et al., 2016; ROSA SILVA et al., 2017).

Para realizar o exame físico, é recomendada a organização de um ambiente claro, com luz apropriada para observação da pele, confortável, que permita preservar a intimidade e evite a exposição do idoso a uma situação de constrangimento, considerando suas crenças (FORTES, SUFFEDINI, 2014).

Embora a realização do exame físico seja um instrumento importante para o rastreio precoce de lesões de pele, a ausência de conhecimento técnico

e de referencial teórico que fundamente sua prática, a habilidade, a equipe de saúde reduzida e a disponibilidade de tempo são alguns fatores que se apresentam como desafios a serem superados.

A relevância do presente estudo consiste na contribuição para o ensino, para a pesquisa e, especialmente, para a prática profissional de saúde. Dado o exposto, este capítulo tem por objetivo identificar as lesões de pele no idoso internado por meio do exame físico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado com amostra por conveniência com 202 idosos internados nas clínicas de um hospital universitário dos Campos Gerais, no Município de Ponta Grossa (PR), no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018.

Foram selecionados indivíduos idosos, ou seja, aqueles com 60 anos ou mais, que estivessem internados por, no mínimo, 24 horas na instituição no período da coleta e que apresentassem capacidade cognitiva para participar do estudo (BERTOLUCCI et al., 1994). No caso de idosos sem condições cognitivas para responder às questões da pesquisa, o cuidador/familiar foi convidado a participar na etapa da entrevista.

Na fase inicial da coleta de dados, foi realizado o rastreio cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O instrumento conta com 11 itens agrupados em 7 categorias, representadas por grupos de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). A pontuação varia de 0 a 30, sendo os seguintes pontos de corte para avaliação: 13 pontos para analfabetos; 18 pontos escolaridade baixa e média; e 26 pontos para escolaridade alta (BERTOLUCCI et al., 1994).

Na sequência, os idosos foram submetidos ao exame físico, que compreendeu avaliação da pele em coloração, turgor, temperatura, espessura, textura, presença de cicatriz, sensibilidade, prurido e lesões. O instrumento foi construído com base em referências que abordam a semiologia da pele com adaptação ao paciente idoso (BOLOGNIA; JORIZZO; RAPINI, 2011; GIARRETA et al., 2016; ROSA SILVA et al., 2017).

Os dados apurados foram tabulados e analisados por meio do *software* Stata®, versão 12. Após, foram submetidos à análise exploratória e descritos por meio de frequência absoluta e percentual, médias e seus desvios-padrão (DP).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ponta Grossa por meio do Parecer nº 1.461.471 e mediante CAAE nº 66782217.9.0000.5689. Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentida de cada sujeito, conforme resolução vigente à época da realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 202 idosos pesquisados, houve predomínio do sexo feminino (n=103; 51%), faixa etária entre 60-69 anos (n=86; 42,5%), média de idade de 71 anos ($\pm 0,61$), casados (n=105; 52%), com baixa escolaridade (1 a 4 anos de estudo incompletos) (n=120; 59,4%) e de cor branca (n=147; 72,8%).

Quanto às características sociodemográficas avaliadas no exame físico, destaca-se a importância de reconhecê-las, uma vez que podem contribuir significativamente para alterações na pele, a exemplo, do sexo do paciente. Com as alterações hormonais provenientes do processo de envelhecimento, as mulheres, em comparação aos homens, apresentam menor espessura da pele e maior redução do colágeno, o que representa uma maior chance para desenvolver lesões de pele (BENBOW, 2017; FORTES; SUFFREDINI, 2014; OLIVEIRA et al., 2012).

A senescência é apontada por autores como outro fator colaborativo para o desenvolvimento de lesões, na medida em que acarreta alterações fisiológicas na pele, maior dependência à realização das atividades básicas de vida diárias e imobilização (BERMACK, 2017; LEWIN et al., 2016). Ademais, alterações cutâneas fisiológicas e patológicas, como perda de elastina e colágeno, diminuição do tecido adiposo, elasticidade da pele e retração do tecido subcutâneo, predispõe à xerose, favorecendo a fragilidade da pele (SERRA et al., 2018).

Para o estado civil, identificou-se o predomínio de idosos na condição de casados. Compreende-se que a presença do cônjuge como fator positivo que pode contribuir para o monitoramento, o cuidado e o manejo das lesões.

A baixa escolaridade apresentada por mais de metade da amostra pode ser atribuída ao perfil socioeconômico da comunidade atendida pelo hospital,

vinculado ao Sistema Único de Saúde, no qual predominam idosos com condições econômicas desfavoráveis, que, em sua grande maioria, não tiveram acesso ao sistema educacional. Entende-se que um melhor nível educacional atua como fator de prevenção das lesões de pele, na medida que o indivíduo obtenha melhor acesso aos recursos financeiros, às informações e aos serviços.

No que se refere à cor da pele branca, verificou-se que se torna mais suscetível a lesões em razão de suas características histológicas, como menor proteção de melanina e menos fibras de colágeno (SILVA et al., 2016).

Acerca das condições de saúde, entre os participantes, 166 (82,2%) ficaram internados entre 1-10 dias, com tempo médio de 7,1 dias ($\pm 0,59$); 170 (84,2%) apresentavam doenças crônicas; 144 (71,3%) não eram tabagistas; 170 (84,2%) não eram etilistas; 197 (97,5%) faziam uso de medicação; 150 (74,3%) faziam uso de dispositivos médicos; e 76 (37,6%) eram independentes para mobilidade.

Compreende-se que o processo de envelhecer favorece o surgimento de comorbidades e contribui para o evento internação, bem como para o aumento do tempo e do custo dessa condição (BARCELOS, 2017; BRANDÃO, 2017; STREHLOW et al., 2018), com repercussões negativas para a mobilidade e o estado nutricional, favorecendo o desenvolvimento das lesões cutâneas.

A presença de comorbidades é considerada fator intrínseco no desenvolvimento de lesões cutâneas, principalmente as doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares (CHIBANTE et al., 2015). Autores apontam que a presença de lesões é mais prevalente entre os idosos com pelo menos uma doença crônica (DUIM et al., 2015), fato que pode ser atribuído ao conjunto de mudanças que uma doença crônica pode acarretar, seja na oxigenação, seja na circulação, seja na sensibilidade.

A condição clínica de tabagismo e etilismo mostrou baixa prevalência entre os idosos, entretanto, devem ser monitoradas cuidadosamente, pois tais substâncias podem provocar quebra dos tecidos, com consequente lesões das células (SERRA et al., 2018).

Outra condição clínica importante a ser avaliada refere-se ao uso de medicação, uma vez que pode provocar alterações na pele que tornam os pacientes mais susceptíveis à pressão, com diminuição de sua sensibilidade (OLIVEIRA et al., 2014), sendo uma variável de saúde importante a ser discutida com a equipe e observada durante a coleta de dados nas repercussões da pele.

Durante a internação hospitalar, o idoso pode estar sujeito ao uso de dispositivos médicos necessários ao seu tratamento (cateteres, tubos, drenos, sondas e outros). Tais dispositivos podem contribuir à ocorrência de traumas, pois têm ação aderente à pele, o que favorece o rompimento da integridade cutânea a partir de sua manipulação e remoção.

A maioria dos idosos não apresentava limitação de mobilidade, condição favorável à prevenção de lesões. Idosos com restrição de mobilidade têm maior comprometimento funcional, tanto para atividades instrumentais quanto para aquelas relacionadas com o autocuidado (DUIM et al., 2015).

No que se refere às características da pele dos idosos, durante a realização da avaliação por meio do exame físico, foi observado que a maioria apresentava coloração (n = 116; 57,4%), turgor (n=105; 51,5%) e temperatura (n=138; 68,3%) normal, espessura fina (n=160; 79,2%), textura seca (n=101; 50%), cicatriz (n=144; 71,3%), sensibilidade (n=182; 90,1%) e prurido (n=152; 75,3%), conforme demonstrado na Tabela 1.

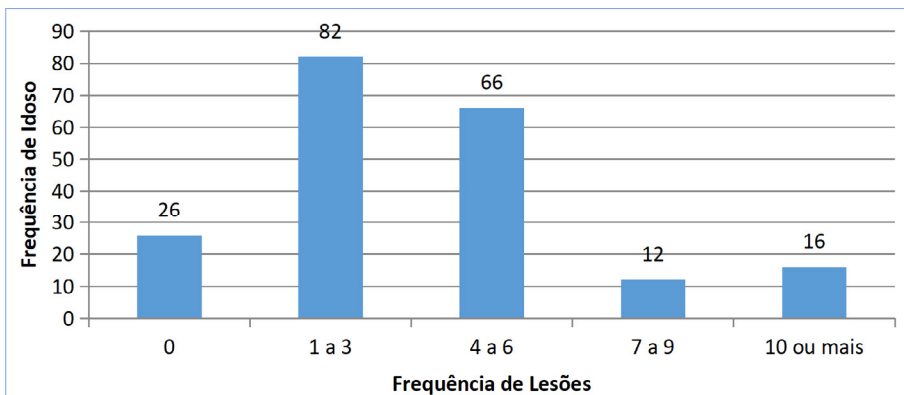
Tabela 1 – Distribuição das características do exame físico da pele de idosos internados em um hospital de ensino dos Campos Gerais – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2019

Variáveis		n (%)
Coloração	Cianose	3(1,5)
	Rubor	27(13,4)
	Ictérica	8(4,0)
	Pálida	48(23,8)
	Normal	116(57,4)
Turgor	Diminuído	98(48,5)
	Normal	104(51,5)
Temperatura	Fria	64(31,7)
	Normal	138(68,3)
Espessura	Fina	160(79,2)
	Grossa	42(20,8)
Textura	Macia	101(50,0)
	Seca	101(50,0)
Presença de cicatriz	Sim	144(71,3)
	Não	58(28,7)
Sensibilidade	Sim	182(90,1)
	Não	20(9,9)
Prurido	Sim	152(75,3)
	Não	50(24,7)
Apresenta lesão	Sim	176(87,1)
	Não	26(12,9)

Acerca da temática, poucos estudos nacionais e internacionais descrevem as características detalhadas do exame físico de pele no idoso, o que dificulta comparações com os presentes achados. Contudo, entende-se que a realização dessa avaliação é fundamental à prevenção da manutenção da integridade da pele, bem como à elaboração de um plano de cuidados.

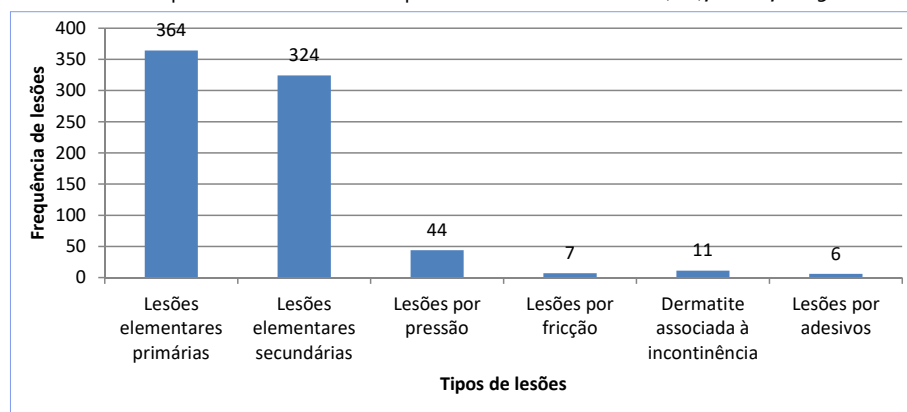
No contexto hospitalar, constatou-se a presença de elevado número de lesões cutâneas nos idosos: quase a totalidade apresentava alguma lesão (n=176; 87,1%), foram observados pacientes com até 16 lesões, sendo mais comum idosos que apresentavam entre uma e três lesões (n=82; 40,6%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Frequência de lesões por idoso encontradas no exame físico da pele de idosos internados em um hospital de ensino dos Campos Gerais – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2019



Quanto ao total de lesões, foram verificadas 364 (48,1%) lesões elementares primárias; 324 (42,4%) lesões elementares secundárias; 44 (6%) lesões por pressão; 7 (1%) lesões por fricção; 11 (1,6%) dermatites associadas à incontinência; e 6 (0,9%) lesões por adesivos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Tipos de lesões encontradas no exame físico da pele de idosos internados em um hospital de ensino dos Campos Gerais – Ponta Grossa (PR), Brasil, 2019



A literatura destaca que a presença das lesões de pele é frequente nos idosos, com destaque à lesão por pressão, lesão por fricção e dermatite associada à incontinência (SURBER et al., 2015; TODD, 2017). Contudo, esse cenário precisa ser modificado com necessidade de que as instituições e os profissionais de saúde repensem o atendimento a essa população e busquem ações que contribuam para a melhoria e a eficácia da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo apresentou a prática do exame físico como instrumento para identificar lesões de pele nos idosos internados. Essa avaliação que permitiu constatar a elevada prevalência de lesões tegumentares entre os idosos, com destaque para as denominadas elementares, lesões por pressão, lesão por fricção, dermatites associadas à incontinência e lesão por adesivo.

Destaca-se o importante papel da equipe multiprofissional na identificação, na avaliação, no monitoramento e no cuidado da integridade da pele do idoso. Espera-se que os resultados possam fomentar a pesquisa científica sobre o assunto, bem como trazer subsídios para a elaboração de protocolos clínicos de prevenção e tratamento, contribuindo para a padronização e a melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- BARCELOS, R. A.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.30, n. 2, p.159-167, 2017.
- BARANOSKI, S. et al. Preventing, Assessing, and Managing Skin Tears: a Clinical Review. **American Journal of Nursing**, v. 116, n. 11, p. 24-30, 2016.
- BENBOW, M. Assessment, Prevention and Management of Skin Tears. **Nursing Older People**, v. 29, n. 4, p. 31-39, 2017.
- BERTOLUCCI, P. H. et al. The Mini-Mental State Examination in a General Population: Impact of Educational Status. **Arq. Neuropsiquiatr.** v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BRANDÃO, A. C. M. A. G. Dermatite associada à incontinência e os fatores associados: estudo de prevalência em um centro de terapia intensiva. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, jun. 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27112017-210548/pt-br.php>. Acesso em: 19 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS**: por local de residência. Brasil. Tabnet. 2011.
- BOLOGNIA, J. L.; JORIZZO, J. L.; RAPINI, R. P. **Dermatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- CHIBANTE, C. L. P.; SANTO, F. H. E.; SANTOS, T. D. Perfil de clientes hospitalizados com lesões Cutâneas. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, 2015.
- DUIM, E. et al. Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. Esp, p. 51-57, 2015.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FORTES, T. M. S. L; SUFFREDINI, I. B. Avaliação de pele em idoso: revisão da literatura. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 94-101, 2014.

GIARRETA, V. M. A. et al. Proposta de uma escala para avaliar o turgor da pele de idosos. **Revista FUNVIC**, v. 1, n. 1, 2016.

LEWIN, G. F. et al. Identification of Risk Factors Associated with the Development of Skin Tears in Hospitalised Older Persons: a Case-Control Study. **Internacional Wound Journal**, v. 13, n. 6, p. 1.246-1.251, 2016.

MENOITA, E; SANTOS, V; SANTOS, A. S. Skin in the Elderly. **Journal of Aging and Inovation**, v. 2, n. 1, p. 18-33, 2013.

MONTANARI, T. **Histologia**: texto, atlas e roteiro de aulas práticas. 3. ed. Porto Alegre: Edição do Autor, 2016.

OLIVEIRA, A. B. **Avaliação de pele em idosos de um hospital universitário do Distrito Federal**: ocorrência de alterações. Monografia – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

OLIVEIRA, B. G. R. B. et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2012.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 7. ed. São Paulo: Guanabara e Koogan, 2014.

ROSA SILVA, et al. High Prevalence of Skin and Wound Care of Hospitalized Elderly in Brazil: a Prospective Observational Study. **Revista BMC Research Notes**, v. 10, n. 81, 2017.

SERRA, R. et al. Skin Tears and Risk Factors Assessment: a Systematic Review on Evidence-Based Medicine. **International Wound Journal**, v. 15, n. 1, p. 38-42, 2018.

SILVA, L. M. T. **Idosos hospitalizados em risco de desenvolver lesão por pressão**: contribuição do enfermeiro. Rio de Janeiro: UFF. 2016.

STREHLOW, B. R.; FORTES, V. L. F.; AMARANTE, M. V. Dermatite associada à incontinência em idosos hospitalizados. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 3, p. 801-809, 2018.

SURBER, C. et al. Principles of Skin Care in the Elderly. **Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia**, v. 150, n. 6, p. 699-716, 2015.

TODD, M. Preventing Skin Problems in the Older Population. **Nursing and Residential Care**, v. 19, n. 10, p. 564-567, 2017.

CAPÍTULO 12

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INTERNADOS E O PAPEL DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Marceli Ferreira
Bianca Ochonski
Gabriel Andreani Cabral
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves
Eduardo Bauml Campagnoli
Danielle Bordin
Cristina Berger Fadel

Por fim, com o objetivo de ampliar a discussão sobre o papel desafiador do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do Programa de Residência em Saúde do Idoso, este capítulo se debruça agora sobre as práticas de saúde bucal desenvolvidas no âmbito hospitalar. Apresenta-se uma breve caracterização da odontologia hospitalar, incluindo aspectos legais e clínicos. No entanto, as ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista no beira-leito hospitalar, com exposição da complexidade e das interações com o estado de saúde geral, certamente são o ponto alto da leitura.

INTRODUÇÃO

O aumento populacional de idosos no Brasil é uma realidade constante, e o envelhecimento bem-sucedido e saudável surge em contextos variados, gerando preocupações com relação à forma de manutenção da saúde geral e da saúde bucal de idosos (MILAGRES, 2018).

Nesse sentido, o Governo vem investindo em políticas públicas nessa área, como o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde do Brasil, que propõe a ampliação da equipe geriátrica básica, incluindo o cirurgião-dentista. Essa política inclui, entre suas diretrizes, a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, o que deve facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, incluindo a atenção domiciliar, ambulatorial e hospitalar (SHEIHAM, 2007).

Na atenção primária e secundária, a Odontologia já é uma realidade há um tempo maior, entretanto, na atenção terciária, os cuidados com a saúde bucal vêm ganhando espaço desde 2008, quando a Odontologia Hospitalar foi legitimada no Brasil, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida e o aumento da resolutividade da atenção à saúde da pessoa idosa por meio da prática interdisciplinar e multidimensional (ARANEGA, 2012; BULGARELI, 2013).

Como os idosos estão atingindo idades cada vez mais avançadas, a cavidade bucal deve manter-se saudável e desempenhando suas funções por mais tempo, acompanhando a expectativa de vida da população. No entanto, a grande maioria dos idosos não busca a assistência odontológica com frequência (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012), e esse fato pode estar relacionado a aspectos sociais, culturais e de acesso aos serviços públicos de saúde.

Desse modo, o cenário hospitalar, quando o paciente se encontra internado, passa a ser também um local de promoção à saúde e de intervenções odontológicas necessárias, sendo considerado um ambiente para o estabelecimento de um plano assistencial voltado à prevenção, à recuperação (reabilitação) e à manutenção da saúde, principalmente de idosos semidependentes e dependentes.

Esse novo tipo de atuação profissional surge como forma de desconstrução de padrões, permitindo o avanço de uma prática que leva à prevenção, à promoção, à proteção e à recuperação de saúde bucal do idoso, ampliando o acesso a serviços odontológicos e abrindo caminhos para valorização da saúde bucal no processo de cuidar (RODRIGUES, 2018).

Diante do exposto, este capítulo tem por objetivo avaliar a condição de saúde bucal de idosos internados e relatar a atuação de residentes da odontologia de um hospital de ensino junto a essa população.

MÉTODOS

O presente trabalho contempla um relato de experiência das ações em saúde bucal desenvolvidas no âmbito hospitalar por residentes cirurgiões-dentistas do Programa de Residência Multiprofissional (RMS) em Saúde do Idoso do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG). Além disso, traz informações clínicas de saúde bucal provenientes de 143 indivíduos

com mais de 60 anos, internados nas clínicas médica e neurológica, entre setembro de 2017 e julho de 2018, que foram atendidos pela equipe de residentes de odontologia do referido programa de residência.

As informações foram coletadas com os pacientes acomodados no leito (deitados ou sentados), por meio de exame clínico bucal onde foram avaliadas características extrabuciais (condição labial e dificuldade na fala) e intrabuciais (condição de língua, palato, gengival/periodontal, fluxo salivar, presença de prótese, dentes naturais, remanescentes dentários, problemas na mastigação, dentes ou restaurações quebradas, halitose, condição da mucosa e necessidade de tratamento odontológico). Os dados coletados são apresentados na sequência, junto às frequências absolutas e relativas.

Ao final das avaliações odontológicas propostas, destinou-se um momento para a higienização bucal e educação em saúde, com diálogo informal e a entrega de manual educativo impresso, voltado para a importância dos cuidados com a saúde bucal da pessoa idosa. Aos pacientes que apresentavam necessidade de acompanhamento odontológico ambulatorial foram agendados tratamentos no próprio ambulatório da instituição para após a alta hospitalar, encaminhados para a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) ou para a Unidade Básica de Saúde de referência.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos de uma Instituição de Ensino Superior (Parecer nº 2.461.494/2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Breve Caracterização da Odontologia Hospitalar: Aspectos Legais e Clínicos

A inserção do cirurgião-dentista como parte integrante da equipe multidisciplinar de saúde hospitalar é tema recente, e sua atuação vem sendo amplamente discutida por profissionais e gestores hospitalares. No Brasil, essa condição foi garantida por meio do Projeto de Lei nº 2.776/2008, que estabeleceu a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional em hospitais públicos e privados.

De forma complementar, a Resolução nº 7/2010 pontua que a assistência odontológica deve ser garantida, no beira-leito de uma Unidade de Terapia Intensiva (BRASIL, 2010). E, finalmente, em 2015, o Conselho Federal

de Odontologia reconheceu a Odontologia Hospitalar como campo de atuação para o cirurgião-dentista (CFO, 2015).

Com relação aos aspectos clínicos, os principais agravos de caráter odontológico encontrados em pacientes idosos hospitalizados, principalmente os que apresentaram algum grau de dependência funcional, são a presença excessiva de biofilme dental, doenças periodontais, perdas dentárias, cárie e próteses mal adaptadas e pouco higienizadas. A presença desses problemas traz outras situações, como o aparecimento de candidíase oral em virtude do uso de próteses mal higienizadas ou o surgimento de lesões da mucosa oral por falta de adaptação dessas próteses. Ainda, quando o indivíduo apresenta elementos dentários em boca e precária higienização oral, desenvolve-se um ciclo vicioso: falta de escovação, presença de biofilme, cálculo dental, cárie, gengivite e periodontite, apontando para o agravamento de um quadro já existente ou para a instalação de uma patologia bucal.

Também se observam em ambiente hospitalar algumas alterações bucais, como xerostomia, alteração no paladar e hiperplasia gengival, muitas vezes resultados colaterais de medicamentos comumente utilizados pelos idosos; e patologias bucais oportunistas, como a herpes, a queilite angular e a própria candidíase decorrentes de um déficit de seu sistema imunológico. Ainda, no ambiente hospitalar, observa-se certa negligência instaurada por parte de profissionais da saúde relativamente aos cuidados com a cavidade oral do idoso, talvez diante da preocupação mais imediata com o quadro sistêmico e da debilitação geral do organismo desse paciente.

Entretanto, ressalta-se que a ação odontológica hospitalar entre pacientes idosos é direcionada não somente para a eliminação de focos inflamatórios locais (como o biofilme dental, o cálculo supragengival e a saburra lingual), os quais poderiam estar atuando como potencializadores de doenças sistêmicas adquiridas, mas também sendo capaz de auxiliar no cuidado à prevenção da infecção hospitalar, que é um problema de saúde pública, reduzindo a mortalidade e os custos hospitalares (AUSTREGÉSILO et al., 2015; SALES; FERNANDES NETO; CATÃO, 2017).

A prevenção dos problemas bucais é o principal caminho que concorre para a promoção de saúde bucal da população como um todo, principalmente de indivíduos internalizados ou com dependência funcional. Assim, a constância de métodos preventivos em saúde bucal no meio hospitalar faz-se

extremamente necessária, sendo o principal instrumento para a orientação de pacientes, familiares e cuidadores e, quando necessário, para a realização de condutas clínicas no próprio leito hospitalar, como a escovação dentária assistida e a utilização de fluoretos e de técnicas restauradoras de baixa complexidade.

Nesse contexto da relação íntima entre a cavidade bucal e a ocorrência de doenças sistêmicas, expõe-se a relevância do trabalho em saúde hospitalar de forma multidisciplinar, bem como da atuação em equipe do cirurgião-dentista também como promotor e disseminador de práticas preventivas em saúde bucal.

Condição de Saúde Bucal de Idosos Internados no HU-UEPG

Na sequência, elucidam-se as condições clínicas de saúde bucal dos idosos internados que receberam atenção odontológica dos residentes, as ações desenvolvidas no beira-leito, o fluxo de encaminhamento e o atendimento ambulatorial no pós-alta hospitalar.

A maioria dos idosos avaliados pelos cirurgiões dentistas residentes apresentava condições normais no que tange aos tecidos labiais, de palato e mucosa. Também a maioria era edêntulo total superior e inferior, fazia uso de prótese total, apresentava boa função mastigatória, com hipossalivação aparente e saburra lingual, contudo, poucos apresentavam halitose. A maior parte necessitava de tratamento odontológico, sendo a protético e a periodontal as principais demandas.

Destaque para o fato de 43,4% dos pacientes avaliados apresentarem saburra lingual, porém 81,1% não apresentavam halitose, fato que poderia ser explicado pela pequena quantidade de saburra acumulada ou pela realização de higiene oral realizada pelo próprio paciente ou por algum outro agente (familiar, cuidador, equipe de enfermagem) previamente ao exame clínico realizado. Estudos revelam que a microbiota da saburra lingual é bastante semelhante à da doença periodontal e, portanto, 100% dos pacientes com doença periodontal também apresentam saburra lingual, ou seja, os dois fatores são recíprocos (AMORIM et al., 2011; BORGES et al., 2019), dados que corroboram os achados da presente análise.

Quanto à presença aparente de hipossalivação, 37,8% dos idosos analisados apresentavam essa condição. De fato, indivíduos mais velhos

são mais propensos a apresentar hipossalivação e, conseqüentemente, a xerostomia, uma vez que alguns medicamentos podem induzir esse tipo de sinal ou sintoma, como anti-hipertensivos, antidiabéticos, antiarritmicos, ansiolíticos, antidepressivos, diuréticos, anti-histamínicos, quimioterápicos, antiinflamatórios, antiparkinsonianos (RECH; MEDEIROS, 2016), frequentemente utilizados por idosos.

No que se refere à presença de dentes, o número encontrado de desdentados superiores e inferiores foi significativo, ultrapassando 77% e 55,9%, respectivamente. Constatou-se também que, entre os pacientes dentados parciais ou totais, 64,6% necessitavam de algum tipo de procedimento periodontal e 73,8% precisam de tratamento protético, sendo a grande maioria a confecção de próteses totais.

A perda dentária reflete o cuidado com a saúde bucal ao longo da vida, mas também é um reflexo de fatores socioeconômicos e de políticas públicas, como a barreira histórica de acesso ao cirurgião-dentista e a tratamentos restauradores e reabilitadores, de aspectos culturais relacionados ao indivíduo idoso sobre a naturalidade da perda dentária ao longo da vida, assim como de práticas dentárias mutiladoras (DALAZEN; CARLI; BOMFIM, 2018; SALES; FERNANDES NETO; CATÃO, 2017). Dos indivíduos avaliados, 54,5% acreditam não necessitar de tratamento odontológico, e essa autopercepção positiva de saúde pode estar relacionada aos aspectos ora expostos.

Dados do último levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira, ocorrido em 2010, apontam que mais de 53% dos idosos brasileiros são desdentados e que 55% entendem que necessitam de algum tipo de tratamento dentário (BRASIL, 2012). Esses dados revelam a necessidade de maior atenção à saúde bucal da população de idosos no Brasil, tanto na atenção primária quanto na secundária e na terciária, endossando a importância da presença do cirurgião-dentista também em ambiente hospitalar, de modo a alcançar a quebra de paradigmas entre a saúde bucal e o processo de envelhecimento.

Especialmente no âmbito da odontologia hospitalar, busca-se um atendimento mais humanizado e integral ao paciente idoso, contribuindo para a prevenção de agravos e a melhoria de sua condição sistêmica, assim como para uma economia significativa para o governo (DALAZEN; CARLI; BOMFIM, 2018). Dessa forma, cuidados específicos com a higiene bucal de indivíduos

hospitalizados vêm sendo discutidos e são cada vez mais aceitos por profissionais da saúde como um grande aliado na prevenção de processos infecciosos que levam, na maioria das vezes, à morbidade e à mortalidade desses pacientes, condição que se fortalece com a presença das residências multiprofissionais em saúde voltadas ao público idoso, com ênfase à atuação mútua entre todos os agentes de saúde.

Por fim e diante dos dados clínicos desfavoráveis de saúde bucal encontrados, vale destacar a relevância do conhecimento das reais condições bucais de idosos hospitalizados, assim como de uma intervenção adequada, com vistas à reorientação de políticas de saúde em âmbito hospitalar para essa população. Também, ressalta-se a importância de potencializar a presença do cirurgião-dentista em instituições hospitalares, com vistas à garantia da manutenção e da recuperação da saúde bucal desses sujeitos e de melhorias de sua qualidade de vida.

Ações de Baixa Complexidade Desenvolvidas pelo Cirurgião-Dentista no Beira-Leito

Sabe-se que um dos maiores problemas de ordem geral ou sistêmica que afeta diretamente as condições de saúde bucal de idosos são as doenças incapacitantes, como os distúrbios cognitivos e motores, os quais se relacionam intimamente com a baixa capacidade de realização da higiene bucal. Assim, o déficit cognitivo e a incapacidade funcional podem contribuir indiretamente para uma má condição de saúde bucal entre essa população, ressaltando a importância de viabilizar recursos para efetivar o atendimento aos idosos de forma prática e eficiente (FERREIRA et al., 2014; GRUSOVIN, 2019).

Dessa forma, o serviço gerontológico prestado pelos residentes de Odontologia do HU-UEPG visa estimular o paciente idoso a adotar medidas que contribuam para uma saúde bucal adequada, auxiliando na preservação de autonomia e na recuperação da independência funcional, a fim de promover o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida, especialmente em se tratando de idosos que tem alguma morbidade ou limitação específica.

Após a análise minuciosa do prontuário clínico do paciente e a verificação da presença de morbidades e dos exames já processados, realiza-se a anamnese e o exame clínico intra e extraoral com o auxílio de instrumento próprio de avaliação. Depois dessa etapa, procede-se à higienização bucal em

todos os pacientes que apresentam algum grau de dependência para a realização desse cuidado, sejam eles dentados, sejam edêntulos. Para tanto, utiliza-se um protocolo de higienização por meio do uso da solução de clorexidina 0,12% associada a algum instrumento que realize a remoção mecânica da sujidade em dentes, mucosas e língua, como *swab* oral, escovas dentárias e, até mesmo, gaze ou espátula de madeira enroladas em uma gaze.

Para a identificação do idoso com ou sem dependência funcional, o cirurgião-dentista analisa alguns indicadores objetivos e subjetivos, tais como: O paciente apresenta força para realizar os movimentos necessários para uma efetiva higienização bucal? Tem empunhadura adequada para segurar a escova dental? Tem coordenação motora? Apresenta nível satisfatório de cognição? Destaca-se que a capacidade cognitiva do idoso é avaliada por meio de instrumento nominado MEEM (Mini Exame do Estado Mental), o qual fornece informações sobre orientação do paciente em tempo e em espaço, atenção, memória, manuseio, responsividade e capacidade construtiva visual.

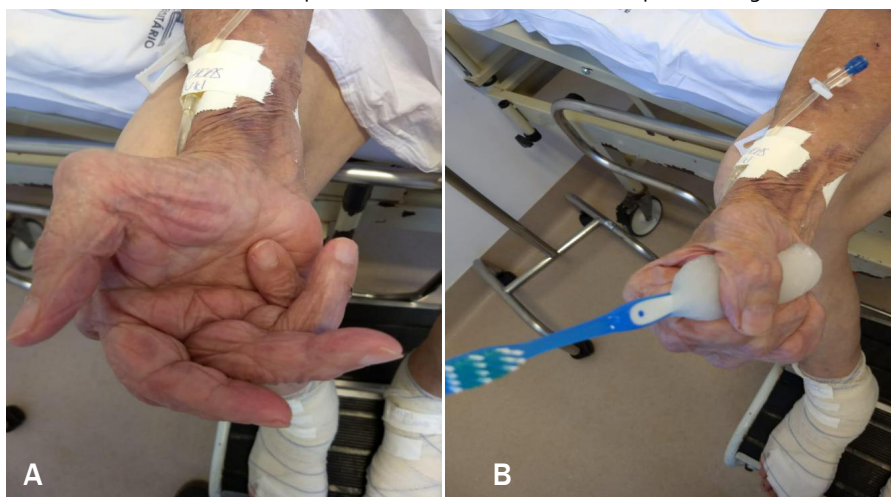
Na sequência, realiza-se orientação de como o paciente, o cuidador ou o familiar devem proceder com relação à higiene bucal tanto durante o período de internação quanto nos cuidados continuados em domicílio. Para a utilização de próteses totais ou próteses parciais removíveis, aconselha-se a higienização com escova macia, preferencialmente com detergente neutro ou creme dental com menor abrasividade possível, a colocação das próteses em um copo com água com uma colher de chá de hipoclorito de sódio (água sanitária) por algumas horas e a remoção desses aparatos para dormir. Caso existam pacientes com próteses mal adaptadas, faz-se o encaminhamento para o ambulatório odontológico do hospital de ensino em questão.

Atualmente, a morbidade que mais se relaciona negativamente com a capacidade de os idosos realizarem os próprios cuidados bucais, mostrando a dependência de terceiros para a realização de tarefas diárias, como escovar os dentes, tomar banho, vestir-se e alimentar-se, é a doença de Alzheimer, por suas características de importante déficit cognitivo e, consequentemente, de perda da capacidade de autocuidado (SPEZZIA, 2015).

Outras patologias neurodegenerativas também acabam acometendo a força e a coordenação motora de idosos, a exemplo da doença de Parkinson, causando limitações funcionais como rigidez, tremor e alterações posturais, levando igualmente à perda da independência (STEIDL; ZIEGLER; FERREIR,

2016). Situação análoga é trazida pela presença de atrite reumatoide, uma doença crônica que atinge frequentemente idosos e vem acompanhada de dor e deformidades articulares, com dificuldade exposta de empunhadura da escova dentária (Figura 1, A.). Uma solução barata e prática utilizada pelos residentes é a confecção de uma empunhadura em resina acrílica na própria escova de dente do paciente, tornando-a mais espessa e facilitando o movimento de preensão manual (Figura 1, B.).

Figura 1 - Paciente portador de artrite reumatoide, com alto grau de deformidade articular (imagem A.) e paciente portador de artrite reumatoide, com alto grau de deformidade articular realizando empunhadura de escova dentária adaptada (imagem B.)



As doenças supracitadas mostram a importância da orientação a cuidadores e a familiares, que, muitas vezes, queixam-se da dificuldade de realizar a higienização oral do idoso, também em razão da limitação de abertura bucal por parte do sujeito. Nesse caso, sugere-se a utilização de abridores bucais industrializados ou da confecção de um protótipo por meio da junção de espátulas de madeira com fita adesiva.

Diante do exposto, observa-se que as atividades de educação em saúde, as condutas preventivas e as ações de mínima intervenção direcionadas à adequação do meio bucal são tarefas simples que podem ser disponibilizadas a pacientes idosos por diversos profissionais da saúde (MIRANDA, 2018), o que corrobora a importância da atuação de uma equipe multiprofissional em saúde no ambiente hospitalar.

Ações de Média e Alta Complexidade Desenvolvidas pelo Cirurgião-Dentista no Beira-Leito

No HU-UEPG, existe a possibilidade de o atendimento odontológico ao idoso ser realizado em ambulatório próprio por meio de agendamento ou ser assistido no beira-leito em clínicas médicas ou em unidade de terapia intensiva (UTI), com o auxílio do consultório portátil (Figuras 2 e 3). O serviço é prestado a partir do momento em que o cirurgião-dentista residente, mediante sua rotina de exames clínicos, avalia a necessidade de uma atuação específica ou, ainda, quando é acionado em casos de real necessidade por algum membro da equipe multiprofissional de saúde.

Figura 2 – Atendimento prestado em clínica médica: realização de ajuste de prótese total para paciente que relatava dor em região de rebordo alveolar em razão de ulcerações pela má adaptação da prótese



Figura 3 - Atendimento em UTI para paciente calmo, lúcido e comunicativo, má condição bucal e exposição de focos infecciosos: realização de restauração em resina composta



Em geral, os atendimentos de média e de grande complexidade voltados ao idoso são realizados em ambiente hospitalar e com consultório portátil, apenas em demandas nas quais se necessita solucionar quadro de dor, seja por uma doença periodontal, lesão de cárie ou prótese mal adaptada, seja em casos em que o paciente tem um foco de infecção intrabucal, que pode colocar em risco seu estado de saúde geral, demandando um atendimento no beira-leito. Intervenções que necessitem de um consultório portátil são raramente realizadas aos idosos em UTI e só ocorrem em caso de extrema necessidade, quando a condição da cavidade bucal está interferindo no processo de recuperação da saúde geral.

Entre os critérios para escolha de quando e de como realizar o atendimento, os cirurgiões-dentistas residentes analisam, com base nas condições amplas de saúde do idoso, o procedimento que se faz necessário e a urgência de tal procedimento. Em casos em que o paciente se apresenta independente, em bom estado de recuperação de saúde, sem riscos eminentes de infecção relacionados à cavidade oral, ele é encaminhado para atendimento ambulatorial

e atendido apenas após alta hospitalar. Já em casos contrários, o cirurgião-dentista analisa o melhor momento de intervenção dentro da internação hospitalar, levando em consideração todo o quadro de saúde do paciente.

O dentista hospitalar deve estar atento para um atendimento humanizado (GODOI, 2009), enxergando para além da cavidade oral para realizar uma agenda de prioridades, e os pacientes que têm prioridade no atendimento são aqueles que apresentam quadro de dor odontogênica aguda ou foco infeccioso em cavidade oral que possa afetar o estado de saúde geral.

Reitera-se, aqui, a relevância do profissional de Odontologia na composição das equipes de saúde hospitalares, de forma qualificada, constante e humanizada, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida de idosos hospitalizados.

Atendimento no ambulatório do HU-UEPG no pós-alta

O ambulatório odontológico no HU-UEPG teve início no ano de 2017 e hoje conta com a atuação de docentes da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), trabalhadores locais e profissionais residentes.

Os sujeitos contemplados com os serviços de saúde bucal são pacientes que, durante o período de hospitalização, tiveram suas necessidades identificadas pelos residentes cirurgiões-dentistas e foram encaminhados para o tratamento odontológico ambulatorial. Priorizam-se os pacientes mais comprometidos sistemicamente, como os portadores de diabetes *mellitus* descompensada, os portadores de válvulas cardíacas, os pacientes anticoagulados, as pessoas com risco ou com osteoradionecrose, ou seja, os pacientes de difícil manejo e situação de maior vulnerabilidade em saúde.

O atendimento ocorre em dois períodos semanais, sendo o número de atendimentos por semana em torno de 12 pacientes. Na primeira consulta, o profissional realiza novo exame clínico e anamnese mais minuciosos, detalhando todo o seu histórico de saúde e fazendo inferências próprias dos acometimentos bucais e sistêmicos. Entre as especialidades ofertadas estão a periodontia, a endodontia, as cirurgias de pequeno porte, a estomatologia, além da clínica geral. Os procedimentos mais realizados são as raspagens supra e subgengivais, a endodontia de molares, as exodontias (principalmente de raiz residual) e as restaurações.

A demanda para confecção de prótese dentária é grande, porém o hospital não dispõe desse serviço. Nesse quesito, o cirurgião-dentista residente consegue executar pequenos ajustes e consertos, como o reembasamento, a colagem de algum dente na estrutura, os desgastes com fresas e discos.

Quando da conclusão de seu tratamento odontológico no referido ambulatório, o paciente recebe um agendamento de retorno para, no máximo, seis meses, visando ao acompanhamento de suas condições de saúde bucal. Diante da necessidade de procedimentos não realizados dentro do ambulatório, como a confecção de prótese dentária, realiza-se o encaminhamento para o serviço odontológico da UEPG.

Sempre que julgar necessário, o profissional cirurgião-dentista atua de forma conjunta com profissionais das demais áreas de formação, as denominadas interconsultas. Integração comum ocorre com a equipe de fonoaudiologia, pela dificuldade de deglutição relatada pelos idosos, com afogamentos constantes ou redução de sua eficiência mastigatória. Outra demanda frequente verifica-se com os profissionais do serviço social, uma vez que muitos idosos relatam estar atravessando alguma dificuldade psicossocial.

A frequência dos idosos hospitalizados nos serviços do ambulatório odontológico do HU-UEPG tem sido alta, e esse fato pode estar relacionado à motivação ofertada pelos residentes durante o período de internação e à conscientização sobre a necessidade de intervenções bucais para a melhora de seu estado clínico e de qualidade de vida em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o perfil dos pacientes idosos internados no HU-UEPG que frequentaram os serviços de saúde bucal ofertados por residentes de Odontologia, conclui-se que o risco para o aparecimento e o agravamento de alterações bucais, como doença periodontal, cárie, xerostomia, candidíase, entre outras, aumenta quando há presença de limitações físicas e cognitivas, doenças sistêmicas e uso de múltiplos medicamentos.

Essas condições constituem-se em fatores de risco para uma higienização oral deficitária, fato que evidencia a necessidade do desenvolvimento de medidas para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde oral por meio de uma equipe odontológica qualificada atuante em ambiente hospitalar e fortemente integrada aos demais agentes de saúde hospitalares.

Observa-se, também, a constância de métodos preventivos em saúde bucal no meio hospitalar como prática extremamente necessária, sendo os principais instrumentos a orientação a pacientes, a familiares e a cuidadores e, quando necessário, a intervenção no próprio leito.

Apesar do pouco tempo de atuação dos residentes em Odontologia no HU-UEPG, os resultados são promissores e vislumbra-se, em curto prazo, a ampliação do acesso desses idosos ao ambulatório de saúde bucal, buscando a integralidade das ações e a manutenção da qualidade de vida desses sujeitos. Busca-se, ainda, o fortalecimento do diálogo interdisciplinar em saúde, considerando a estrita ligação entre aspectos odontológicos, sistêmicos e funcionais de indivíduos idosos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, J. A. de et al. Análise da relação entre a ocorrência da halitose e a presença de saburra lingual. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 59, n. 1, p. 7-13, 2011.

ARANEGA, A.M. et al. Qual a Importância da Odontologia Hospitalar? **Rev. Bras. Odontol.**, v. 69, n. 1, p. 90-93, 2012.

AUSTREGÉSILO, S. C.; et al. Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 189-199, 2015.

BORGES, H. de F. C.; et al. Halitose: uma condição multifatorial que tem tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 18, p. e82-e82, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

BULGARELI, J. V. et al. Informações da atenção secundária em odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Rev. Odontol. Unesp**, v. 42, n. 4, p. 229-236, 2013.

BULGARELLI, A. F.; MESTRINER, S. F.; PINTO, I. C. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-

dentista. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 97-107, 2012.

CFO – Conselho Federal de Odontologia. Resolução nº 162, de 3 novembro de 2015. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Resolucao-cfo-162-2015.htm>. Acesso em: 22 dez. 2019.

DALAZEN, C. E.; CARLI, A. D. de; BOMFIM, R. A. Fatores associados às necessidades de tratamento odontológico em idosos brasileiros: uma análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1119-1130, abr. 2018.

FERREIRA, R. C. et al. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3.417-3.428, 2014.

GODOI, A. P. T. et al. Hospital Odontology in Brazil: a General Vision. **Rev. Odontol. Unesp**, v. 38, n. 2, p. 105-109, 2009.

GRUSOVIN, M. G. The Treatment of Periodontal Diseases in Elderly Patients. In: MERSEL, A. **Oral Rehabilitation for Compromised and Elderly Patients**. Springer, Cham, 2019. p. 29-47.

MILAGRES, C. S. et al. Condição de saúde bucal autopercebida, capacidade mastigatória e longevidade em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1.495-1.506, 2018.

MIRANDA, A. F. Odontologia hospitalar: unidades de internação, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 2, n. 2, p. 5-13, 2018.

RECH, C. A.; MEDEIROS, A. W. Xerostomia associada ao uso de medicamentos em idosos. **Journal of Oral Investigations**, v. 5, n. 1, p. 13-18, 2016.

RODRIGUES, J. S. et al. Odontologia domiciliar como parte integrante da assistência em saúde de idosos frágeis. **Revista Longeviver**, n. 58, p. 31-39, 2018.

SALES, M. V. G.; FERNANDES NETO, J. de A.; CATÃO, M. H. C. de V.
Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura.
Arch. Health Inves., v. 6, n. 3, p. 120-124, 2017.

SHEIHAM, A., TSAKOS, G. Oral Health Needs Assessments. In: PINE, C, HARRIS R, editors. **Community oral health**. Mew Malden: Quintessence Publishing Co. Limited, p. 59-79, 2007.

SPEZZIA, S. Demência e saúde bucal. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 4, p. 175-178, 2015.

STEIDL, E. M. dos S.; ZIEGLER, J. R.; FERREIRA, F. V. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2016.

REFLEXÕES FINAIS

A apreciação desta obra confere ao leitor aspectos atuais e importantes do universo das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), com ênfase para a saúde do idoso, e faz o municiamento de ponderações intrínsecas às questões relacionadas ao potencial do ensino, da pesquisa e da extensão no fazer síncrono do trabalho e da pós-graduação em saúde.

Ao abordar de forma clara as complexidades, as limitações e as potencialidades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso (PRMSI) vinculado ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG), a presente obra buscou promover ressonância teórica, metodológica e prática clínica assistencial entre profissionais de diversos campos de atuação na saúde, residentes ou não, gestores e trabalhadores hospitalares.

Nessa perspectiva, o livro intitulado *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso: experiências e reflexões* contempla uma lacuna histórica no campo das práticas cotidianas na saúde pública ao privilegiar a interdisciplinaridade na construção da melhoria da saúde e da qualidade de vida de sujeitos idosos.

Por fim, como processo metodológico de construção conjunta da presente obra, o qual envolveu profissionais, docentes, discentes, trabalhadores e gestores afetos ao campo da saúde do idoso, não se teve a pretensão de oferecer respostas automatizadas para o cenário complexo da formação em saúde na modalidade de residência, mas sim indicar desafios a serem superados e temas que necessitam ser aprofundados.

SOBRE OS AUTORES

Bianca Ochonski

Cirurgiã-dentista pela Universidade Positivo (UP). Residente do Programa Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais Wallace Thadeu de Mello e Silva da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG), Ponta Grossa (PR), Brasil.

Camila ZanESCO

Enfermeira pela Universidade Federal da Fronteira Sul. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa (PR), Brasil.

Carla Regina Blanski Rodrigues

Farmacêutica Bioquímica e Enfermeira pela UEPG. Bióloga pelo Programa Especial de Formação Pedagógica pelo Centro Federal de Educação Tecnológica. Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Especialista em Intensivismo pelo HU-UEPG.

Clóris Regina Blanski Grden

Enfermeira pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutora em Enfermagem pela UFPR. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da UEPG. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG.

Cristina Berger Fadel

Cirurgiã-Dentista pela UEPG. Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia/Universidade Estadual Paulista (FOA/Unesp). Professora Associada do Departamento de Odontologia da UEPG. Professora das residências multiprofissionais em saúde do HU-UEPG.

Daniele Brasil

Enfermeira pela UEPG. Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UEPG. Professor Colaborador do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública pela UEPG. Coordenadora do Serviço de Qualidade e Segurança do Paciente no HU-UEPG. Preceptora e Tutora das Residências Multiprofissionais em Saúde do HU-UEPG.

Danielle Bordin

Cirurgiã-dentista pela UEPG. Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela FOA/Unesp. Professora Colaboradora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da UEPG. Tutora das residências multiprofissionais em saúde e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG. Vice-Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG.

Dyena Santos

Enfermeira pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). Especialista em Intensivismo pelo HU-UEPG.

Edmar Miyoshi

Farmacêutico pela UFPR. Doutor em Farmacologia pela UFPR. Professor adjunto da UEPG. Professor no Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas. Farmacêutico do Serviço de Farmácia Hospitalar do HU-UEPG. Preceptor e tutor das Residências Multiprofissionais do HU-UEPG.

Eduardo Bauml Campagnoli

Cirurgião-dentista pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Doutor em Estomatopalologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba Unicamp. Professor adjunto do Departamento de Odontologia da UEPG. Tutor e preceptor nas Residências Multiprofissionais em Saúde do Idoso e Intensivismo do HU-UEPG.

Everson Augusto Krum

Farmacêutico pela UEPG. Doutor em Hematologia pela Escola Paulista de Medicina da Unifesp. Vice-Reitor da UEPG. Tutor nas Residências Multiprofissionais em Saúde do HU-UEPG. Coordenador da Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência do HU-UEPG.

Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Cirurgiã-dentista pela UEPG. Doutora em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP). Professora Adjunta do Departamento de Odontologia da UEPG. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Neonatologia do HU-UEPG.

Fernando Antônio Lima Torres

Médico pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Professor do Departamento de Medicina da UEPG. Tutor e preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG.

Franciely Costa Selonke

Farmacêutica pelo Centro Superior de Ensino dos Campos Gerais (CESCAGE). Especialista em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG.

Guilherme Arcaro

Enfermeiro pela UEPG. Especialista em UTI Adulto, Controle de Infecção e Gestão em Saúde. Coordenador Pedagógico da Residência Multiprofissional do HU-UEPG (Enfermagem). Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UEPG. Professor Colaborador do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública pela UEPG.

Jean Érick Langoski

Cirurgião-dentista pela UEPG. Especialista em Saúde Pública pelo Centro Universitário Internacional. Mestrando em Odontologia pela Fundação Hermínio Hometo da Uniararas.

Luciane Patrícia Andreani Cabral

Enfermeira pelo Cescage. Mestre em Tecnologia em Saúde pela PUCPR. Professora Colaboradora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública

da UEPG. Coordenadora Geral das Residências Multiprofissionais em Saúde do HU-UEPG. Diretora Geral do HU-UEPG.

Marceli Ferreira

Cirurgiã-dentista pela UEPG. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG.

Melina Lopes Lima

Enfermeira pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Especialista em Assistência de Enfermagem ao Paciente em Estado Crítico pela Faculdade Evangélica do Paraná. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela UEPG. Professora colaboradora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da UEPG. Preceptora e tutora dos Programas de Residência do HU-UEPG.

Mirian Cristina Ribas

Advogada pela Sociedade Educativa e Cultural Amélia (Secal). Especialista em Direito Processual Civil pela Faculdade Damásio. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG. Técnica em Enfermagem do HU-UEPG.

Péricles Martim Reche

Farmacêutico e Bioquímico pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Doutor em Saúde Coletiva e Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da UEPG.

Renata Cristini Fernandes Furquim

Enfermeira pela Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva (Fait). Residente do Programa Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG.

Rodrigo Bordin

Graduado em: Licenciatura em Letras: Português, Inglês e respectivas literaturas, Licenciatura em Educação Artística, Licenciatura em Matemática e Licenciatura em Pedagogia. Mestre em Desenvolvimento Regional. Professor da Educação Superior e coordenador do polo de ensino a distância na Faculdade de Pato Branco (Fadep).

Simone Macedo Hanke

Enfermeira pelo Cescage. Especialista em Gestão de Organização Pública de Saúde pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unioeste). Chefe da Enfermagem do HU-UEPG.

Sinvaldo Baglie

Farmacêutico-Bioquímico pela Universidade Metodista de Piracicaba. Doutor em Farmacologia Anestesiologia e Terapêutica pela Universidade Estadual de Campinas. Professor Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UEPG. Chefe do Serviço de Farmácia Hospitalar do HU-UEPG.

Tais Ivastcheschen

Graduanda em enfermagem pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Tatiana Menezes Cordeiro

Médica pela Universidade Católica de Pelotas. Mestrado em Cirurgia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Professora Assistente do Departamento de Medicina da UEPG. Diretora acadêmica e preceptora de residências do HU-UEPG.

Thais Cristina Hermes

Enfermeira pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UESC). Residente do Programa de Neonatologia do HU-UEPG.

SOBRE O LIVRO

Tipologia Lora Medium 9,5 pt e Corbel Bold 11pt
Ano 2020