

**O TRABALHO DE PROFISSIONAIS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE****Work of professionals in health multiprofessional residency**

Keite Helen dos Santos<sup>1</sup>, Dalvani Marques<sup>2</sup>,  
Lara Pozzuto<sup>3</sup>, Karolína Pessote Sideri<sup>4</sup>

**RESUMO**

Trata-se de um estudo de caso sobre a atuação interprofissional de residentes em saúde durante atendimentos de puericultura de uma criança com paralisia cerebral. Objetivou-se conhecer as rotinas de atendimento, as rotinas familiares, o processo saúde-doença e a compreensão da família sobre a doença da criança, buscando construir um plano terapêutico singular, capaz de identificar as necessidades de saúde do núcleo familiar, encorajar a verbalização de dificuldades, intermediar o acesso a serviços de atenção secundária e integrar as redes de apoio sociais. O projeto terapêutico singular envolvendo a enfermagem, a fonoaudiologia e a nutrição possibilitou intervenções que abrangeram a criança e seu núcleo familiar. É necessária uma maior atenção a esses casos devido a dificuldades em acessar os serviços de Atenção Primária à Saúde, buscando oferecer apoio às famílias, bem como atenção integral à saúde desses sujeitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado da Criança; Paralisia Cerebral; Humanização da Assistência; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT**

The aim of this paper is to describe the activities of the Multiprofessional Residency in Child and Adolescent Health based on a case report in Primary Health Care. The preparation of the article is the result of experiences in the territory, in particular the development of child care appointment of children with cerebral palsy. Singular Therapeutic Project involving nursing, speech and language pathology and nutrition have allowed interventions that embraces the child and family context. It is necessary more attention to these cases due to difficulties to access the Primary Health Care, seeking to provide support to these families and integral attention to the health of these individuals.

**KEYWORDS:** Child Care; Cerebral Palsy; Humanization of Assistance; Primary Health Care.

**INTRODUÇÃO**

A proposta da inserção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é caracterizada como uma es-

tratégia de reformulação dos serviços da Atenção Básica com ênfase na implementação e/ou aprimoramento dos serviços públicos considerando-se as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Com esse intuito, o obje-

<sup>1</sup> Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. E-mail: keiteenf@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

<sup>3</sup> Nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

<sup>4</sup> Fonoaudióloga residente do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

tivo dos Programas de Residência Multiprofissional é inserir os profissionais no mercado de trabalho, em especial na Atenção Básica, visando à construção da oferta de um SUS para além do modelo centrado no médico, alcançando a modificação das práticas de intervenção atualmente adotadas por meio da formação em serviço.<sup>1</sup>

A Atenção Básica, definida como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo direcionado a prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da vida, em que a construção do trabalho deve ultrapassar a disputa de poderes entre profissões, pautando-se pela ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, atuando de forma integral e articulada,<sup>2</sup> é o foco deste relato da experiência de uma equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente.

A organização do trabalho na Atenção Básica é fundamentada por abordagens integradoras e interdisciplinares, promotoras de atividades de prevenção e promoção à saúde, da compreensão do processo de saúde-cuidado, cujo foco é a construção de projetos de vida familiares e territoriais. Esse modelo de atenção surge no lugar das ações direcionadas pelo modelo hegemônico em saúde, biomédico e pouco efetivo.<sup>3</sup>

De acordo com Peduzzi,<sup>4</sup> os profissionais com diferentes formações em saúde articulam os saberes específicos de cada área, compartilhando os conhecimentos e ampliando o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde dos usuários de forma integral.

O trabalho multidisciplinar baseia-se na atuação em que as especificidades de cada profissional se fazem presentes durante o atendimento em saúde; cada profissional contribui com o conhecimento de sua área, objetivando o atendimento do maior número de demandas apresentadas pelos usuários. Em contrapartida, a atuação interdisciplinar possibilita que a colaboração de várias especialidades transponha os limites dentro das equipes em que atuam, denotando conhecimentos e qualificações distintas.<sup>4</sup>

Observa-se que, no trabalho interprofissional, os indivíduos criam novas maneiras de lidar com as pessoas e cuidar das organizações, participando da produção de serviços que são processados em maioria imaterialmente, consequentes do contato entre as organizações, equipes, outros profissionais e pacientes. Tal condição oportuniza a construção de saberes coletivos, qualificando a assistência dos serviços de saúde, visto que amplia o foco de atenção sobre o indivíduo, comunidade e território.<sup>5</sup>

As discussões interdisciplinares entre a equipe de saúde devem ter como finalidade a construção de um Projeto Terapêutico Singular, caracterizado pela revisão de diagnósticos com redefinição da articulação de propostas e condutas terapêuticas para um sujeito individual ou cole-

tivo. Essa proposta permite um melhor entendimento do sujeito para que as ações de intervenções sejam definidas, tratando-se de uma ação direcionada para grupos, famílias e indivíduos, objetivando-se a singularidade de cada situação, considerando as diferenças e individualidades de cada usuário ou grupo.<sup>6</sup>

A observação das inúmeras formas de promover saúde e, conseqüentemente, a elaboração de um plano de atuação da equipe multiprofissional na Atenção Básica permitiram que a construção de saberes relacionados à Saúde Pública fosse vivenciada por meio de uma experiência interprofissional na realização de consultas de puericultura. Em relação à saúde da criança, a puericultura é um dos primeiros contatos da mesma com o sistema de saúde. A Atenção Básica, onde a puericultura está compreendida, é base de todos os níveis de saúde, oferecendo ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.<sup>7</sup>

O processo evolutivo das crianças, os parâmetros observados pelos pais, a detecção de problemas, a avaliação sensorial e das aquisições/habilidades tornaram-se importantes bases para delimitação do cuidado em saúde. Tal condição oportunizou espaços nos quais essas crianças e adolescentes se tornassem realmente sujeitos de direitos, não apenas estando estes relacionados às suas especificidades, mas ao direito de sua participação no coletivo, na vivência das diferenças e de sua singularidade, respeitando-se sua trajetória cultural, sua história e sua individualidade.

## DESENVOLVIMENTO

O estudo de caso é um método de pesquisa utilizado em múltiplas ocasiões para contribuir com o conhecimento de fenômenos grupais, individuais, organizacionais, sociais e políticos, objetivando a compreensão de condições complexas, investigando-as profundamente, em seu contexto real, especialmente quando não há limites entre o fenômeno e o contexto em que ele está imerso.<sup>8</sup>

A organização do fluxo de agendamento de consultas de puericultura foi realizada respeitando-se a faixa etária do Programa Nacional de Saúde da Criança e Adolescente, compreendendo o período de 0 a 24 meses, além da busca ativa de crianças portadoras de doenças de grande complexidade, objetivando-se o acompanhamento regular ainda que fora dessa faixa etária.

A vivência em puericultura que aqui se descreve, realizada devido à identificação das necessidades de saúde da comunidade, foi realizada por um grupo composto por enfermeira, fonoaudióloga e nutricionista e aprovado pelo Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas nº 6/20015. Assim, utilizou-se

como recurso a descrição de um dos casos atendidos nesse cenário de atuação, a partir do qual se propôs a discussão da organização e desenvolvimento do trabalho interprofissional na atenção básica. Os nomes fictícios Joaquim e Maria foram escolhidos para representarem a criança e a mãe, respectivamente.

### **A rotina do desenvolvimento da consulta de puericultura multiprofissional**

Joaquim nasceu com 2815g e 48,5cm, adequado para a idade gestacional, Capurro indicando 37 semanas e 1 dia, APGAR 3 no 1º minuto e 6 no 5º minuto de vida, perímetro cefálico de 34 cm e perímetro torácico de 31 cm, 6ª gestação de Maria; apesar de gestação não planejada, foi esperado e aceito pela família. Nascido de parto cesárea, devido à placenta prévia, necessitou de reanimação logo após o nascimento e foi necessária intubação oro-traqueal. Os exames gestacionais apontaram susceptibilidade à toxoplasmose e Maria desenvolveu diabetes *mellitus* gestacional.

Devido às intercorrências no parto, permaneceu internado por 44 dias, período em que foram diagnosticadas uma seqüela isquêmica perinatal e a existência de refluxo gastroesofágico supracarinal, condição que determinou o uso de sonda nasogástrica para infusão de leite materno ordenhado e fórmula láctea. Porém, no momento de alta, com peso de 3230g e 53,7 cm e diagnóstico de síndrome hipóxico isquêmica, Joaquim apresentava uma alimentação realizada exclusivamente via gastrostomia com leite artificial.

Seu primeiro contato no serviço de Atenção Básica foi realizado em uma visita domiciliar pós-alta quando, a partir de então, começou a ser acompanhado em consultas de puericultura, período em que Joaquim tinha 1 ano e 1 mês.

Durante a consulta a Maria e Joaquim, era perceptível o bom vínculo entre o binômio, existindo grande emoção durante a descrição das dificuldades enfrentadas por Maria durante o diagnóstico e a observação das diferenças entre o desenvolvimento entre seus filhos. Relatou problemas conjugais e risco de violência intrafamiliar, agravados pelas dificuldades socioeconômicas, mesmo a família estando inserida nos programas sociais da comunidade.

Joaquim manteve-se hipoativo durante atendimento, às vezes, com padrões espásticos, contactuando discretamente, sem resposta a estímulos auditivos, com região frontoparietal esquerda retraída e presença de sustentação cefálica parcial. Tal sustentação é melhorada com adequação do posicionamento vertical. Observou-se nistagmo discreto bidirecional, não acompanhando pessoas ou ob-

jetos com os olhos e não se interessando por brinquedos e objetos coloridos. As ausculta cardíaca, pulmonar e abdominal não apresentaram alterações. Maria referiu seguir corretamente as orientações nutricionais, ofertando dieta caseira 8 vezes ao dia a cada 3 horas, além da infusão adequada de água.

Indiscutivelmente o nascimento de uma criança causa mudança e requer adaptações no núcleo familiar, haja vista a necessidade de inserção de um novo indivíduo na organização socioeconômica dessa família. Tal condição pode ser considerada maximizada nos casos em que há o nascimento de uma criança com necessidades especiais. Dessa forma, torna-se importante lidar com as situações dessas mães, de modo a propiciar escuta e acolhimento adequados, pois, indubitavelmente, a melhoria da qualidade de vida destas é concomitante à possibilidade de melhoria de vida de seus filhos.

Realizou-se a construção de saberes de forma horizontal, em que se propôs que a mãe participasse e compreendesse algumas intervenções relacionadas ao planejamento das ações. Como diagnósticos individuais de Joaquim norteadores dessas ações, considerando-se a convergência dos núcleos profissionais, estão o risco de síndrome do desuso e o atraso no crescimento e desenvolvimento relacionados ao quadro clínico de paralisia cerebral. Em relação à observação familiar, notou-se o risco de tensão do papel de cuidador e disposição para enfrentamento familiar melhorado.

Os resultados advindos das intervenções realizadas foram o reconhecimento familiar da realidade da situação de saúde, a manutenção dos relacionamentos, a obtenção de informações sobre a deficiência, o uso de recursos sociais, o uso de apoio pessoal e maior atenção voltada às atividades cotidianas, como troca de fraldas frequentes, higiene adequada de gastrostomia, assistência na transferência da criança entre superfícies e no banho, sinais de alerta de ambiente de alto risco claramente evidenciados e estratégias para prevenção de quedas.

Após a consulta de puericultura, visto a dificuldade de locomoção da família até a unidade básica de saúde, a criança foi inserida no projeto de crianças acamadas, no qual a sistematização do acompanhamento de crianças com paralisia cerebral segue por meio de visitas domiciliares.

Considerando-se os múltiplos e complexos aspectos que permeiam o nascimento e o cuidado de crianças com paralisia cerebral, é imprescindível que se observe a qualidade das relações sociais e familiares desses indivíduos. As limitações motoras, a necessidade de constante suporte social e a gravidade de cada caso impactam no desenvolvimento funcional e cognitivo dessas crianças sendo,

portanto, variáveis que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde, objetivando qualidade de vida para o indivíduo e para sua família.

As deficiências neurológicas reduzem a habilidade para a realização de tarefas do cotidiano, acarretando em grandes modificações na vida dos envolvidos. Entre as atividades de intervenção assistencial desenvolvidas pela equipe de assistência multiprofissional, a puericultura caracteriza-se como imprescindível para ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e educação comunitária.

Frente ao exposto, o projeto terapêutico singular baseou-se nas seguintes intervenções: orientações quanto ao uso de instrumentos para o posicionamento adequado da criança; observação das condições cutâneas e orientações acerca dos cuidados necessários para manter a integridade da pele; avaliação nutricional; orientações quanto ao desenvolvimento da audição e linguagem, além de estimulações que poderiam ser realizadas, bem como esclarecimentos em relação à importância do seguimento do caso também na rede especializada.

Devido à limitação de mobilidade, podem ser presentes regiões avermelhadas, principalmente em ombros, nádegas e calcanhares, sendo necessária a avaliação contínua dessas regiões pela família e pelos profissionais de saúde, prevenindo o aparecimento de lesões cutâneas. A realização de algumas práticas como a higiene do ambiente, posicionamento correto, uso de coxins nos locais de grande atrito do corpo com o colchão, alternância de decúbito e prevenção do cisalhamento foram focos de atenção durante as consultas.

Orientou-se, também, sobre os cuidados com a sonda, o manuseio e a higiene da gastrostomia, além da correta administração da dieta enteral, expondo a importância de cumprir os horários de infusão, volume e diluição adequada da dieta para o aporte nutricional adequado. Dessa maneira, mostrar os benefícios da gastrostomia pode evitar acidentes provenientes da introdução inadequada de alimentos via oral. Durante a conversa com a mãe, a socialização foi estimulada, afirmando que o uso de gastrostomia não impede a vivência social da criança.

Devido às especificidades de Joaquim, os inúmeros episódios de broncoaspiração, sua condição de criança e seus aspectos motores, a gastrostomia foi avaliada como método de escolha, oferecendo condições favoráveis para o plano terapêutico, oferecendo energia, fluidos e nutrientes em quantidades ideais para manter sua homeostasia e suas funções vitais, reduzindo ocorrência de episódios derivados dos transtornos de deglutição e maximizando a qualidade de vida.<sup>9</sup>

Sabe-se que o peso e o comprimento ou estatura de crianças com paralisia cerebral são menores, se compara-

dos com as crianças que não possuem a deficiência.<sup>10</sup> O menor crescimento de crianças com encefalopatia ocorre devido a fatores hormonais, físicos, além da alta prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer. Assim, ao longo da vida, a criança apresenta diminuição do crescimento linear, baixo ganho de peso, redução da densidade óssea e redução dos tecidos muscular e adiposo. Por esse motivo, o crescimento de crianças com paralisia cerebral não deve ser comparado com crianças da população geral.<sup>11</sup>

De acordo com as curvas de crescimento para crianças de 0 a 120 meses com paralisia cerebral, a criança do presente estudo encontra-se no percentil 50 para os índices de peso por idade, peso por comprimento e comprimento por idade, demonstrando que a mesma se encontra eutrófica em relação aos parâmetros de seu crescimento.

A constituição das equipes de residência busca o compartilhar de conhecimentos entre as diversas áreas de saúde. Dessa forma, este trabalho pretende discutir a importância da formação multiprofissional das equipes, porém direcionadas pela atuação interprofissional. O simples agrupamento multiprofissional consiste na avaliação dos usuários de maneira independente e executando seus planos de tratamento dissociadamente.<sup>4,12</sup> Logo, não se trata de um trabalho coordenado, mas direcionado por um dos especialistas deste grupo.

As ações e discussões provenientes de práticas direcionadas às necessidades da população demonstraram que a assistência interprofissional permite a atuação no campo de promoção de saúde, em que o indivíduo é visualizado em sua integralidade.<sup>4,12,13</sup> Além disso, a humanização das ações em saúde deve estar presente nos atendimentos, possibilitando que o cotidiano da família faça parte da realidade do plano terapêutico, considerando-se a realidade e a história de cada um, inserindo o sujeito na discussão do processo de construção de sua saúde.

## CONCLUSÃO

As ações de cuidar em saúde não se limitam à simples busca de aspectos característicos do quadro clínico da criança. Busca-se um cuidado integral, que contemple também a saúde dos cuidadores e propicie a vivência de experiências significativas para a criança e sua família, possibilitando a maximização de suas potencialidades e não a simples observação de seu estado.

O presente estudo de caso permitiu observar a importância do trabalho interprofissional, condição que transformou as práticas de saúde, uma vez que as ações compartilhadas e interativas entre os três núcleos profissionais promoveram um trabalho cujo foco centrou-se nas neces-

sidades de saúde dos usuários, com o objetivo de qualificar o cuidado desta população.<sup>12</sup>

A formação multiprofissional dos programas de residência, durante o processo de valorização do cuidado, transforma-se em um trabalho em equipe interprofissional, com facilidade de desenvolver e aplicar os Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs), favorecendo as discussões de caso, contribuindo para o desenvolvimento das várias profissões e de suas especificidades e permitindo a reflexão sistematizada sobre o cuidado prestado.<sup>12,13</sup> Portanto, o projeto terapêutico singular deve ser discutido a partir das realidades do sujeito e de sua família, sendo que um maior envolvimento por diferentes profissionais da equipe permite que este projeto contemple o caso sob uma ótica integrativa e ampliada.

Destarte, nos intercruzamentos das práticas dos profissionais de saúde e de seus saberes individuais, tem-se apreendido o valor das experiências formativas, sendo os cursos de residência potencialmente transformadores da formação em saúde.<sup>12</sup> A cultura de atendimento interprofissional, comprometida com a construção do Sistema Único de Saúde, demonstra a necessidade de estabelecimento de momentos de reflexão com toda a equipe de saúde, viabilizando a troca de experiências e conhecimentos, estimulando mudanças em direção à integralidade dos atendimentos nos serviços e, conseqüentemente, melhorando a qualidade dos relacionamentos entre a equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ Saúde*. 2009 nov.; 7(2):479-98.
- Santos SAS, Souza AC, Abrahão AL, Marques D. A visita domiciliar como prática de acolhimento no Programa Médico de Família. *R Pesq Cuid Fundam*. [Online]. 2013 abr./jun.; 5(2):3698-05.
- Silveira F, Mishima SM, Matumoto S, Fortuna CM, Bistafa MJ, Bregagnolo JC, Watanabe MGC. Interação de saberes para articulação de ações de saúde bucal coletiva: cartografia de uma equipe de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(12):4879-4888.
- Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
- Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia e Sociedade*. 2013; 25(2):461-468.
- Campos, GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2337-2344.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
- Medeiros NI, Schott E, Silva R, Czarnobay SA. Efeitos da terapia nutricional enteral em pacientes queimados atendidos em hospital público de Joinville/SC. *Rev Bras Queimaduras*. 2009; 8(3):97-100.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Tâmega IE, Filho AAB, Pinto EALC. Growth in children with encephalopathy: a longitudinal study from the 6th to 24th month. *International Journal of Nutrition and Metabolism*. 2011 Jul.; 3(6):65-71.
- Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):229-233.
- Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth DS. Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence (promoting partnership for health). Blackwell Publishing; 2008.

---

Submissão: agosto de 2015

Aprovação: junho de 2016

---