

## CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DE USUÁRIO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO HU-USP

Rosé Colom Toldrá<sup>1</sup>  
Tamires Nicodemos Vasques<sup>2</sup>  
Carolina Pires Ambrósio<sup>3</sup>  
Tamara Neves Finarde<sup>4</sup>

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi descrever a contribuição da atuação humanizada em saúde desenvolvida a um usuário em vulnerabilidade social, a partir de um estudo de caso acompanhado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo fundamentada nos registros em prontuário e vivências de residentes de Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Os resultados mostraram que a partir de uma relação terapêutica humanizada centrada nas necessidades do usuário foram desenvolvidas estratégias de reabilitação de forma integrada com a terapia ocupacional e a fisioterapia, e articuladas com a equipe com vista a produção de vida corroborando com o que é preconizado pela Política

- 1 Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), rosetoldra@usp.br;
- 2 Residente de Terapia Ocupacional do Programa de Residência Multiprofissional Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Idoso do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, tamires.to@usp.br;
- 3 Residente de Fisioterapia do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Idoso do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, carolina.ambrosio@usp.br;
- 4 Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Idoso do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), tamara.finarde@fm.usp.br;

Nacional de Humanização. Além das ações diretas com o usuário, realizaram-se ações com a rede social e serviço hospitalar de longa permanência. Dada à natureza das demandas sociais e de saúde do usuário foi possível reconhecer a importância à interdependência e complementaridade das ações compartilhadas com a equipe profissional para a humanização e integralidade do cuidado durante a hospitalização.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade Social, Humanização da Assistência Hospitalar, Equipe Interdisciplinar de Saúde, Terapia Ocupacional, Fisioterapia.

## Introdução

**A** Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Área do Adulto e do Idoso desenvolvida pelo Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) é destinada aos profissionais das áreas que dão nome ao Departamento e refere-se à modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu. Os objetivos gerais da residência multiprofissional (RM) são: integrar o ensino-serviço-comunidade, consolidando a educação continuada e atitudes reflexivas do profissional de saúde, que atuará em ambiente hospitalar, em conformidade com as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS); contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários, famílias e grupos sociais da área de abrangência dos serviços ao captar e interpretar suas necessidades de saúde; aperfeiçoar as formas de intervenção, de gerenciamento dos serviços e a integração entre os diferentes níveis de atenção saúde; integrar propostas que promovam humanização das relações e diálogo entre trabalhadores das diversas especialidades e usuários dos serviços (BRASIL, 2012; USP, 2020).

Evidencia-se que a criação do Programa de Especialização na categoria de Residência em Saúde possibilita a educação continuada para compreensão e atuação na realidade cotidiana da população-alvo e responde à política governamental, sobretudo relacionado ao cuidado multiprofissional (BRASIL, 2012).

O cuidado realizado por uma equipe multiprofissional é definida por uma modalidade coletiva de trabalho que se caracteriza pela relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de diferentes áreas profissionais, criando um campo de aproximação de saberes empenhados em solucionar os problemas de saúde (FERREIRA, VARGA, SILVA, 2009). Essa atuação é pautada pela prática humanizada e no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade, desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde, afinadas com os membros da equipe (SILVA et al., 2013).

A interdisciplinaridade, por sua vez, exige a interlocução entre disciplinas para o entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano. Ela perpassa a integração de saberes e práticas, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho e, implica nos esforços das diferentes profissões envolvidas visando a negociação para definição das competências necessárias

para solucionar um caso (SCHERER, PIRES, 2011; SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

Considerando a aplicabilidade desses conceitos, coloca-se o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) como campo de atuação do presente estudo. O HU-USP constitui-se como um serviço de nível de média complexidade, cuja assistência envolve a promoção da saúde, prevenção das doenças ou danos, tratamento e reabilitação, além de oferecer manutenção e suporte às necessidades do usuário e a família (BRASIL, 2007) com objetivo de atender os principais agravos de saúde da população que têm passado por mudanças demográficas profundas, oriundas do aumento da expectativa de vida e da redução das taxas de natalidade e de mortalidade infantil (IBGE, 2013).

Tais mudanças demográficas e dos padrões socioeconômicos, trazem consigo novos desafios para a saúde da população brasileira, observada pela modificação dos padrões de adoecimento e morte, no que pode ser caracterizado como uma transição epidemiológica. Evidenciam-se três aspectos acerca disso: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade da população mais jovem para a população mais idosa; e predomínio da morbidade excedente ao da mortalidade (OMRAM, 2001). Dados do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT), da Secretaria de Vigilância em Saúde, assinalam que dentre as principais causas de mortalidade no ano de 2017 no estado de São Paulo, destacam-se as doenças cerebrovasculares com o maior número de óbitos (7.771) na população com idade entre 50-59 anos (BRASIL, 2017).

Dentre as doenças cerebrovasculares, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta altos níveis de morbimortalidade e, nos casos em que os indivíduos acometidos pela doença não vierem a óbito, poderão cursar com quadros de incapacidades funcionais que se apresentarão como provisórios ou permanentes (DAMATA et al., 2016). O AVC pode se manifestar na forma isquêmica quando ocorre a obstrução do vaso dificultando o suprimento de oxigênio e substratos ao tecido cerebral e na forma hemorrágica com extravasamento de sangue dentro ou em volta das estruturas do sistema nervoso central (CHAVES, 2000). Os principais fatores de risco para a doença são divididos em não modificáveis e modificáveis. Os fatores não modificáveis são: idade avançada, sexo masculino e raça negra. Já os modificáveis são, principalmente,

a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e o tabagismo (CASTRO et al., 2009).

Além das doenças cerebrovasculares, outras doenças como a tuberculose geram preocupação nas regiões metropolitanas e unidades hospitalares. Os indicadores de mortalidade por essa causa em São Paulo no ano de 2018 apontam um percentual de 73,9% entre pessoas de 11 a 64 anos (BRASIL, 2020). Trata-se de uma doença grave de saúde pública em esfera mundial com maiores complicações quando associada às condições sociais e econômicas precárias. Por se tratar de uma condição infectocontagiosa, transmitida através de gotículas de aerossóis, causada por um microrganismo chamado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BAAR), exige a precaução de aerossóis no tratamento hospitalar, logo, requer isolamento do paciente (SILVA et al., 2018).

Ressalta-se a interação de condições fisiológicas e sociais na determinação de risco às diferentes doenças. Condições sociais consideradas pilares básicos da saúde são: alimentação, moradia e trabalho, concomitante a isso existem claras evidências de que a situação socioeconômica desempenha papel central na causa das enfermidades (SANTOS et al., 2014).

Destaca-se a influência da vulnerabilidade social sobre a saúde, nesse estudo. A concepção de vulnerabilidade envolve multideterminação, que não está estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (BRASIL, 2009). Algumas das principais características que marcam o estado de vulnerabilidade social são as condições precárias de moradia e saneamento, os meios de subsistência inexistentes e a ausência de um ambiente familiar. Assim, vulnerabilidade social representa as múltiplas determinações que incidem sobre os contextos de cidadãos que vivenciam frágil ou nulo acesso a direitos (DO CARMO; GUIZARDI, 2018).

As condições de saúde acima referidas devem ser compreendidas em seu contexto social. A atenção humanizada e ampliada favorece à compreensão dos múltiplos fatores que incidem na produção do adoecimento, na dificuldade de adesão do sujeito ao tratamento medicamentoso e terapêutico e nas restrições vivenciadas de acesso aos demais bens e serviços públicos. Nessa perspectiva a atenção humanizada e ampliada configura-se abordagem necessária à recuperação da saúde.

Assim, o objetivo do presente estudo é descrever a contribuição da atenção humanizada e ampliada, desenvolvida por residentes das áreas de Terapia Ocupacional e Fisioterapia do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Idoso a um usuário adulto hospitalizado em vulnerabilidade social acompanhado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

## Metodologia

O presente trabalho refere-se a um estudo de caso descritivo de caráter qualitativo. Nessa categoria de pesquisa há a necessidade de aprofundar a descrição de determinada realidade de modo que os resultados atingidos permitam formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1987). Para Gil (2002) essa modalidade de pesquisa utilizada nas áreas de ciências sociais e de saúde pode ser planejada em várias etapas como: formulação do problema, definição da unidade-caso, coleta de dados, avaliação e análise dos dados e preparação do relatório.

Identificou-se como problema a dificuldade da equipe multiprofissional HU-USP em conduzir as estratégias de tratamento durante o período de hospitalização e vislumbrar sua continuidade após a alta, dado o quadro de vulnerabilidade social associado aos diversos problemas de saúde que dificultaram a adesão e participação do usuário no tratamento.

A escolha do caso foi motivada pelo fato do usuário em questão possuir múltiplos diagnósticos, encontrar-se na transição entre a maturidade e a velhice, com longo período de internação, em vulnerabilidade social decorrente da ausência de rede de suporte e devido aos desafios para a adesão ao tratamento durante a hospitalização e após a alta. A coleta e análise do estudo de caso foram realizadas com base nos registros em prontuário das áreas de Terapia Ocupacional e Fisioterapia associados às vivências dos residentes de Terapia Ocupacional de ambas as áreas, referentes ao período de abril a maio de 2020.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo nº 365/2013. Tendo em vista a preservação e privacidade dos dados optou-se por utilizar as iniciais fictícias A.B., para a identificação do caso.

## Resultados e discussão

Usuário A.B., é do sexo masculino, natural de Alagoas, 59 anos, não alfabetizado, tabagista, diabético tipo 2 não insulino dependente, história pregressa de tuberculose pulmonar tratada em 2004, cardiopatia de origem chagásica com marcapasso implantado em 2017 e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, sem acompanhamento medicamentoso das doenças prévias. Foi admitido no HU-USP no dia 19/04/2020 com quadro de hemiplegia à esquerda associada a desvio de rima labial e desvio do olhar conjugado para a direita, com diagnóstico interrogado para acidente vascular cerebral (AVC).

Após a realização de exames de imagem foi confirmado o diagnóstico de AVC isquêmico sem etiologia definida. Associado a esse quadro, o usuário queixou-se também de tosse e perda de peso nos últimos meses. A radiografia e tomografia computadorizada de tórax demonstrou imagem sugestiva de tuberculose, o que foi confirmado a partir da baciloscopia direta do escarro.

Acerca da história de vida e familiar, destaca-se o fato de ser uma pessoa em situação de rua que utiliza do serviço de albergue na cidade de São Paulo. Seus familiares residem no Rio de Janeiro e não se responsabilizam pelo cuidado, não há desejo de ambas as partes em estabelecer contato. Destaca-se uma conduta de afastamento social por parte de A.B., o que se confirma por Botega (2002) como repercussão das ameaças e frustrações que acompanham o adoecer.

Durante a internação apesar de o usuário manter-se estável do ponto de vista clínico, seu caso mobilizou diferentes especialidades médicas, terapêuticas e assistenciais do hospital dado à multiplicidade de fatores envolvidos, pois além de vivenciar um processo de saúde-doença complexo para o qual o usuário demonstra dificuldade de compreensão e adesão ao tratamento, está desassistido por sua rede de suporte social e familiar. Em consonância com os fatores envolvidos no caso em estudo, na literatura é descrito que a não adesão pode estar relacionada às variáveis (1) sócio-econômicas: escolaridade, renda individual, ocupação, situação ocupacional, classe econômica e condições de moradia; (2) assistência dos serviços de saúde: tempo e comparecimento às consultas nos últimos 12 meses e fonte de obtenção dos medicamentos; (3) características pessoais: sexo, idade, estado civil, religião, consumo de tabaco e álcool, prática de atividades físicas, interrupção prévia do tratamento e presença de comorbidades; (4) tratamento medicamentoso e tempo de tratamento (SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010).

Durante o período inicial observou-se em A.B. o comportamento de superestimar capacidades funcionais relacionadas à independência prévia para as atividades, devido negação das sequelas motoras resultantes do AVC. A.B. realizou tentativa de evasão da unidade de internação, culminando em queda da própria altura, o que resultou na necessidade de restrição mecânica ao leito pela contenção de membros superiores e manutenção de grades elevadas para sua segurança. Além da negação de seu diagnóstico, não desejava que fosse mencionado o nome tuberculose durante o tratamento. Segundo Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008) a negação da limitação física e cognitiva, expressa a dificuldade presente em pacientes neurológicos de simbolizar a perda e confrontar-se com a experiência da doença.

No período de internação foram realizados atendimentos de Terapia Ocupacional e de Fisioterapia visando à reabilitação precoce com apoio dos demais profissionais da equipe na perspectiva de atenção humanizada e ampliada. Nesse contexto a Terapia Ocupacional realizou cinco atendimentos com duração média de uma hora, considerando a necessidade de auxiliá-lo na adesão às propostas terapêuticas. Os principais objetivos de tratamento do terapeuta ocupacional com usuários que possuem déficits neurológicos envolvem: desenvolver habilidades para voltar a realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), necessárias para o desempenho no ambiente pós-alta; melhorar o controle postural como componente de desempenho de tarefas que demandam equilíbrio e trocas posturais (ex. vestir); prevenir o desenvolvimento de quadros álgicos, restrições mecânicas ou deformidades no membro superior afetado; adquirir percepção somatossensorial e/ou empregar estratégias compensatórias para realizar com segurança AVDs; identificar recursos para ajudar na adaptação ou estratégias de enfrentamento para maior independência e autonomia (WOODSON, 2005) bem como minimizar os efeitos da hospitalização.

A avaliação terapêutica ocupacional compreendeu o levantamento de repertório ocupacional, estado funcional (mobilidade, transferências e cuidados pessoais), avaliação sensorial. Constatou-se que A.B. era destro, requeria assistência moderada para o desempenho das AVDs (banho, higiene íntima, vestir e mobilidade funcional), nesse momento restrito ao leito com o uso de fralda e comadre, alimentação via oral realizada com supervisão realizada com o membro superior sadio dominante. Requeria assistência devido à hemiparesia, hipotonia e alteração de sensibilidade no membro superior esquerdo (MSE).



Mostrou-se importante nesse processo terapêutico ocupacional, embora em um contexto hospitalar, não limitar a atenção às condições clínicas e déficits funcionais, mas fundamentalmente integrar com outros aspectos como sua história de vida e atividades significativas (CARRARETTO; AGUIAR, 2018). Nessa perspectiva, A.B. mencionou repertório ocupacional restrito, apenas exercício da religiosidade (evangélico), atividade de trabalho não esclerico e assistir ao jogo do Fluminense.

Os atendimentos contemplaram o estabelecimento de uma relação terapêutica humanizada e centrada nas necessidades do usuário, com vistas a favorecer os cuidados com a saúde e reabilitação. Tendo em vista que A.B. apresentava dúvidas acerca da necessidade de restrição no leito, precaução de aerossóis, tratamento hospitalar e rotina institucional, manifestava atitude de insatisfação e de queixa, por desejar sair do quarto e ter alta hospitalar. Assim, buscou-se acolher suas necessidades por meio da valorização dos aspectos psicoemocionais com esclarecimentos de dúvidas sobre o quadro clínico, motivo da hospitalização e espaço para expressão de suas angústias (PEREIRA et al., 2020).

Em paralelo as estratégias de reabilitação envolveram percepção da consciência corporal e movimentos para dissociação de cinturas (escapular e pélvica), alcance e descarga de peso em sedestação à beira leito, componentes de desempenho essenciais para à realização de Atividades de Vida Diária (AVDs), como vestir metade superior do corpo, entre outras. A.B. apresentou baixa tolerância à frustração e subestimou suas capacidades, apesar de ter sido capaz de sentar com controle de tronco, ainda que com postura assimétrica e insegurança quando sem apoio. Durante o seu acompanhamento foi realizada contato com a equipe de profissionais, para discussão das estratégias terapêuticas, dentre elas acerca do uso de órtese de posicionamento provisória, para prevenção de deformidades em membro superior esquerdo (MSE) plégico, tendo em vista a necessidade de colaboração de diferentes membros da equipe para o seu uso de forma apropriada e segura na rotina hospitalar.

Durante o processo de acompanhamento buscou-se esclarecer sobre a importância do envolvimento de A.B. no tratamento, encorajá-lo e, também, corresponsabilizá-lo pela melhora do seu estado geral e recuperação das capacidades funcionais. Para favorecer sua participação foram oferecidas orientações com imagens impressas da movimentação autopassiva de MSE, utilizando o membro não acometido a partir de fundamentos do método de Brunnstrom, para estimular a reabilitação precoce a partir da reeducação

motora (FREITAS, 2000). A.B mostrava-se pouco colaborativo e desmotivado quando apresentava dificuldade. Assim, para o seu maior envolvimento optou-se por atendimentos no período da manhã, com término próximo do horário do almoço, oportunizando o acompanhamento da atividade de alimentação, que era intrinsecamente motivadora.

No seguinte atendimento foi retirada a restrição mecânica e sedestação à beira leito. A.B. permaneceu com insegurança de controle de tronco quando sem apoio, aderindo pouco a atividade motora global. Foi reforçada a importância para sua recuperação à realização de mobilização autopassiva guiada pelo material de orientação disponibilizado em diferentes momentos do dia, de modo a estimular o protagonismo no seu tratamento. Embora A.B. não tenha aceitado permanecer em sedestação à beira leito concordou em realizar as sequências de movimentos de forma passiva em decúbito dorsal, combinado posteriormente a tentativa com a participação do usuário. Aceitou o uso de órtese de posicionamento por duas horas alternando com duas horas de repouso e uso noturno. Para tanto, foi imprescindível a colaboração da equipe de enfermagem. Os demais atendimentos foram realizados em conjunto com a fisioterapia tendo em vista os benefícios da atuação de forma integrada.

Os atendimentos fisioterapêuticos eram realizados diariamente com acompanhamento de duas vezes ao dia em turnos distintos (manhã e tarde), exceto aos finais de semana até a alta hospitalar. Durante toda a internação A.B. manteve-se estável em relação ao quadro respiratório. Os sintomas respiratórios eram tosse e expectoração de secreção, sem relato de dispnéia ou sinal de desconforto respiratório, bem como manutenção dos níveis de saturação de oxigênio. Dessa forma, definiram-se como objetivos para atenção de A.B. evitar os efeitos deletérios do descondicionamento e um maior comprometimento de todo o sistema, que pudessem gerar incapacidades significativas; otimizar a plasticidade cerebral e acelerar a recuperação do usuário visando melhores resultados relacionados à sua funcionalidade.

As atividades e recursos terapêuticos foram escolhidos com base nos conceitos de mobilização precoce, que é compreendida como a retirada do usuário do leito no período de 24 horas do ocorrido, para evitar ou minimizar os efeitos prejudiciais da restrição ao leito. A mobilização precoce baseia-se na cinesioterapia ativa/passiva, sedestação à beira do leito, ortostase, transferências e posicionamentos com mudanças a intervalos regulares (SILVA, NASCIMENTO, BRITO, 2013).

Assim, tendo em vista a importância da integridade musculoesquelética, foram realizados exercícios passivos em hemicorpo plégico, alongamentos passivos, orientações sobre posicionamento e exercícios ativos e resistidos em hemicorpo sadio, na maioria dos atendimentos. Foram estimulados treinos de transição postural, propriocepção, equilíbrio e controle de tronco quando em sedestação à beira leito, além de atividades funcionais, sendo estas pouco acatadas pelo usuário. Conforme A.B. mostrava evolução em relação aos exercícios, era proposto aumento da demanda e esforço do usuário, mas A.B. mantinha-se pouco colaborativo.

Para estimular a recuperação da marcha foi estimulado o ortostatismo e o treino de marcha, visto que a marcha hemiplégica é caracterizada por alterações na fase de balanço e apoio devido principalmente a flexão dorsal do tornozelo e extensão do quadril insuficiente. Esse padrão de marcha impede posicionamento adequado do pé e quadril, alterando assim toda a dinâmica da marcha e dificultando a redução do consumo energético (IWABE; DIZ; BARUDY, 2008). Inicialmente foi utilizado o andador fixo como dispositivo auxiliar e apoio bilateral para efetividade do ortostatismo e treino de passada. Tentou-se ainda evoluir o treino de marcha com a bengala de 4 pontos. A adesão do usuário às propostas oscilava diariamente e a recusa aos atendimentos tornou-se mais constante.

A partir da discussão do caso entre residentes de Terapia Ocupacional e Fisioterapia, comum na rotina de atendimento na clínica médica, identificou-se o acompanhamento conjunto como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento, em substituição às terapias separadas, tendo em vista os objetivos comuns de promoção de uma atenção humanizada e ampliada, recuperação motora, independência nas atividades. O raciocínio clínico a partir de metas coerentes e bem planejadas e o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade são elementos indispensáveis para a resolutividade de um caso (CARRARETTO; AGUIAR, 2018, p. 241).

Em consonância com o que é preconizado pelo SUS, além da interdisciplinaridade como dispositivo de gestão na atenção, destaca-se a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), para apoiar o aumento da eficácia da prática clínica (BRASIL, 2007) na perspectiva da clínica ampliada, neste caso buscando superar o cuidado fragmentado, muitas vezes presente na rotina hospitalar.

Por conseguinte, se deu seguimento ao atendimento interdisciplinar com o usuário, ainda que pouco comunicativo e com colaboração limitada após

muito estímulo. Dada à importância da motivação no processo de recuperação da saúde e reabilitação, foi utilizado um *tablet* para escolha de músicas significativas, A.B. optou por músicas evangélicas. Buscou-se associar atividades de interesse do usuário as atividades funcionais para a aquisição de maior independência.

No sentido de propiciar a participação do usuário optou-se pela realização de atividade conjunta com a Fisioterapia e Terapia Ocupacional utilizando-se de bola durante o treino com bengala de 4 pontos. Na sequência retornou à posição em sedestação à beira leito para treino de alimentação com posicionamento adequado e MSE plégico sobre a mesa como apoio. O treino de vestuário ocorreu uma vez que o usuário derrubou alimento em sua vestimenta.

Nos demais atendimentos realizados em conjunto, observou-se uma modificação de comportamento de A.B., dessa vez, prontamente comunicativo e colaborativo. Mais uma vez a tecnologia foi um importante aliado em seu processo, já que o *tablet* possibilitou realizar contato com o pastor da igreja que frequentava, o qual referiu não ter realizado a visita no hospital devido à restrição pela pandemia da COVID-19. Embora com o diagnóstico de TB ativa também não seria possível a visita. O efeito do contato com sua rede social foi fundamental para a participação de A.B. em seu processo de recuperação, uma vez que permitiu ao usuário, o reconhecimento de si a partir da sua rede e a estima por sua recuperação, expressa em falas de bem-estar ao longo do atendimento como “o pastor está orando por mim”.

As propostas terapêuticas voltadas à recuperação de habilidades motoras com o usuário em sedestação à beira leito, mobilização autopassiva de MSE foram mantidas bem como atividades mais complexas como a alimentação com controle de tronco. Em ação conjunta, realizou-se treino de marcha com barreira e, com auxílio de ambas as terapeutas, chutou bola com apoio de lado afetado e treino de uso do vaso sanitário com cadeira de banho, sendo essa a primeira vez que a higiene pessoal do usuário foi autossuficiente e vivenciada no seu contexto e ambiente de desempenho (banheiro).

Somada às estratégias referidas para maior recuperação de sua condição de saúde e funcionalidade foram associadas outras demandas do usuário, tendo em vista importância da produção de vida como preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (BRASIL, 2007). Assim, foi articulado com a nutricionista à possibilidade da oferta de uma pequena quantidade de café preto, a fim de reunir esforços para valorizar a qualidade de

vida na rotina intra-hospitalar “engessada” considerando o que é possível nesse ambiente e, ao mesmo tempo, valorizando o desejo do usuário.

Assim, as estratégias desenvolvidas em conjunto com a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia, aperfeiçoaram as propostas do ponto de vista da participação e do processo de reabilitação a partir do interesse e envolvimento de A.B. Para a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, tendo em vista a vulnerabilidade social expressa pela ruptura de laços familiares e situação de rua durante o período vespertino e albergue noturno, a equipe multiprofissional somada aos esforços da assistente social, em articulação com a rede de serviços optou, em comum acordo com A.B., em transferi-lo para um hospital de longa permanência, para a realização do tratamento para tuberculose supervisionado e suporte para recuperação das limitações funcionais decorrentes do AVC.

## **Considerações finais**

O Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar da área de concentração Saúde do Adulto e do Idoso, com participação dos residentes de Terapia Ocupacional e Fisioterapia, viabilizou a construção de ações compartilhadas com a equipe de profissionais do hospital, de acordo com a premissa de que as práticas respondam às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS).

A adesão do usuário ao tratamento envolveu questões relacionadas ao cuidado integral, avaliação e abordagem terapêutica multidimensional. Assim, a realização dos atendimentos conjuntos com a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia, como estratégia para favorecer a adesão e participação do usuário no tratamento e o desenvolvimento e valorização de ações de interesse do mesmo, culminaram na demonstração de satisfação do usuário. A atenção centrada nas demandas dos usuários e identificação de objetivos comuns entre ambas às áreas profissionais favoreceu a humanização da assistência; promoção da independência e autonomia no desempenho de atividades e melhora das condições funcionais comprometidas devido ao AVC.

Além das ações diretas com o usuário, destacam-se ações com a rede social de A.B.; ações integradas com a equipe profissional de Enfermagem, Nutrição, Medicina e Serviço Social, bem como com outros serviços para possibilitar a transferência para o hospital de retaguarda.

A prática do cuidado em saúde de forma integrada, principalmente pela área de Terapia Ocupacional e Fisioterapia e em colaboração com os demais membros da equipe foi imprescindível para a tomada de decisões conjuntas, o que tornou possível considerar a complexidade da realidade de vida e de saúde do usuário. Tal condução favoreceu minimizar os efeitos da experiência da doença e hospitalização. Por fim, foi possível reconhecer a importância da interdependência e da complementaridade das ações compartilhadas com a equipe profissional para a humanização e integralidade do cuidado durante o período de hospitalização.

## Referências

BOTEGA, J. N. Reação à Doença e à Hospitalização. In: **Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. BOTEGA, J. N. Porto Alegre: Artmed, 2002, cap. 3, p. 43-59.

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. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007, 248 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2020**. Secretaria de Vigilância em Saúde, mar. 2020. 40 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2020>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Principais causas de morte 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>>.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004**. Norma Operacional Básica NOB/SUAS, 2009. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>.

CARRARETTO, C. P.; AGUIAR, P. C. Terapia Ocupacional em Condições Neurológicas e Neurodegenerativas em Contextos Hospitalares. In: **Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Editora Payá, 2018, cap. 10.2, p. 241-255.

CASTRO, J. A.; EPSTEIN, M. G.; SABINO, G. B.; NOGUEIRA, G. L.; BLANKENBURG, C.; STASZKO, K. F. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.** 2009;7(3):171-3. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n3/a171-173.pdf>>.

CHAVES, M. L. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev. Bras. Hipertens.** 2000;7(4):372-82. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/012.pdf>>.

DAMATA, S. R.; FORMIGA, L. M.; ARAÚJO, A. K.; OLIVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, A. K.; FORMIGA, R. C. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. **R. Interd.** 2016;9(1):107-17. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751>>.

DO CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Ensaio. **Cad. Saúde Pública.** 34 (3), 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n3/e00101417/>>.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** 2009; 28:1421-8. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800015&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800015&script=sci_arttext)>.



FREITAS, E. D. **Manual prático de reeducação motora do membro superior na hemiplegia**: Fundamentado no método Brunnstrom. São Paulo: Memnon, 2000.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisas. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060; Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 21 p. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

IWABE, C.; DIZ, M. A. R.; BARUDY, D. P. Análise cinemática da marcha em indivíduos com Acidente Vascular Encefálico. **Rev. Neurocienc.** 2008;16/4: 292-296. Disponível em: <<http://www.cpaqv.org/biomecanica/analise%20cinematica%2005.pdf>>.

OMRAM, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, 79(2):161-170, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862001000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862001000200012&lng=en&nrm=iso)>.

PEREIRA, J. B., ALMEIDA, M. H. M. D., BATISTA, M. P. P., TOLDRÁ, R. C. Contribuições da terapia ocupacional no atendimento a usuários com insuficiência renal crônica no contexto de hospitalização. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 2, p. 575-599, jun. 2020. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2526-89102020000200575&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000200575&lng=en&nrm=iso)>.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311-2010001200017X&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-2010001200017X&lng=en&nrm=iso)>.

SANTOS, R.; MARTIN, S.; GODOY, I.; FRANCO, R. J. S.; MARTIN, L. C.; MARTINS, A. S. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de

risco cardiovascular. **JBM**, 2014, v. 102, n. 2. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4193.pdf>>.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, 3203-3212, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n11/3203-3212/pt>>.

SCHERER MDA, PIRES D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva** 2011; 5(1):69-84. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/919>>.

SILVA, P. A.; SILVA, G. M. L.; RODRIGUES, J. D.; MOURA, P. V.; CAMINHA, I. O.; FERREIRA, D. K. S. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, 2013, p. 153-160. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/929/92926313018.pdf>>.

SILVA, M. E. N.; LIMA, D. S.; SANTOS, J. E.; MONTEIRO, A. C. F.; TORQUATO, C. M.; FREIRE, V. A.; RIBEIRO, D. B. C.; FEITOSA, A. C. S.; TEIXEIRA, A. B. Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Ceará, 2018. Disponível em: <<http://www.rbac.org.br/artigos/aspectos-gerais-da-tuberculose-uma-atualizacao-sobre-o-agente-etiologico-e-o-tratamento/>>.

SILVA, D.C.S.; NASCIMENTO C.F.; BRITO, E.S. Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura. **Rev Neurocienc** 2013; 21(4):620-Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8146/5678>>.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

USP. Universidade de São Paulo, Brasil. Cursos e Atividades de Extensão. **Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar**. 1999 - 2020

- Superintendência de Tecnologia da Informação/USP. Disponível em:  
<[https://uspdigital.usp.br/apolo/apoObterCurso?cod\\_curso=50500005&cod\\_edicao=12001&numseqofeedi=1](https://uspdigital.usp.br/apolo/apoObterCurso?cod_curso=50500005&cod_edicao=12001&numseqofeedi=1)>.

WINOGRAD, M.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F.; DRUMMOND, C. O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 139-170, mar. 2008. Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482008000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000100008&lng=pt&nrm=iso)>.

WOODSON, A. M. Acidente Vascular Cerebral. Cap.38. In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 5 ed. São Paulo: Santos, 2005.