



# ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM BLOCO CIRÚRGICO DE HOSPITAL DE ENSINO

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY WORK IN URGENCY AND EMERGENCY CARE AT THE SURGICAL CENTER OF A TEACHING HOSPITAL

TRABAJO DE LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN CENTRO QUIRÚRGICO DE HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Ana Cláudia Mesquita de Andrade <sup>1</sup>

Silvana Vasconcelos de Souza <sup>2</sup>

Jarlan Ted do Nascimento Lima <sup>3</sup>

Francisco Valdicélio Ferreira <sup>4</sup>

Jayane Darla Moreira Pinto <sup>5</sup>

Tiago Sousa de Melo <sup>6</sup>

## RESUMO

*Este estudo objetiva relatar as principais vivências e atividades desenvolvidas em uma perspectiva multidisciplinar nos primeiros meses de inserção, em março e abril de 2015, pelos residentes do bloco cirúrgico da residência multiprofissional em urgência e emergência (RMUE). Essa equipe é composta por 3 enfermeiras, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 1 farmacêutica, atuantes no cuidado a pacientes cirúrgicos de pré, trans e pós-operatório, cada um em sua esfera, mas com a colaboração do colega, mediante a discussão de casos e do compartilhamento de experiências que aprimoram e fortalecem o cuidado em saúde. A equipe multiprofissional teve algumas dificuldades de inserção e comunicação com os residentes, o que foi superado pelo trabalho diário, por encontros periódicos, por discussão de casos clínicos e pela orientação do tutor da equipe.*

**Palavras-chave:** *Residência; Equipe Multiprofissional; Assistência Hospitalar.*

1. Enfermeira na Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência do Instituto Superior de Teologia Aplicada (Inta). Sobral (CE), Brasil.

2. Enfermeira na Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência do Inta.Sobral (CE), Brasil.

3. Fisioterapeuta na Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência do Inta.Sobral (CE), Brasil.

4. Nutricionista na Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência do Inta.Sobral (CE), Brasil.

5. Farmacêutica na Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência do Inta.Sobral (CE), Brasil.

6. Farmacêutico. Doutor em Biotecnologia em Saúde pela Rede Nordeste de Biotecnologia. Tutor da Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência do Inta. Professor no Inta. Sobral (CE), Brasil.

## ABSTRACT

*This study aims to report the main experiences and activities undertaken from a multidisciplinary perspective in the early months of entering the setting, in March and April 2015, by residents at the surgical center of the multiprofessional residency in urgency and emergency care (RMUE). This team consists of 3 nurses, 1 physical therapist, 1 nutritionist, and 1 pharmacist, whose work is providing care to surgical patients in the pre-, trans-, and post-surgical period, each of them within a sphere, but resorting to the collaboration by a colleague, discussing cases and sharing experiences that improve and strengthen health care. The multiprofessional team faced some difficulties to get into the setting and communicate to residents, something which was overcome through daily work, regular meetings, discussion of clinical cases, and guidance provided by the staff tutor.*

**Keywords:** Residency; Multiprofessional Team; Hospital Care.

## RESUMEN

*Este estudio tiene como objetivo reportar las principales experiencias y actividades llevadas a cabo desde una perspectiva multidisciplinaria en los primeros meses de inserción, en marzo y abril de 2015, por los residentes en el centro quirúrgico de la residencia multiprofesional de urgencia y emergencia (RMUE). Este equipo consta de 3 enfermeras, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista y 1 farmacéutica, cuyo trabajo es proporcionar atención a los pacientes quirúrgicos en el pre-, trans- y postoperatorio, cada una dentro de su esfera, pero con la colaboración de una colega, a través de la discusión de casos y el intercambio de experiencias que mejoran y fortalecen la atención de salud. El equipo multiprofesional enfrentó algunas dificultades de inserción y comunicación con los residentes, lo que fue superado a través de trabajo diario, reuniones periódicas, discusión de casos clínicos, y orientación proporcionada por el tutor del equipo.*

**Palabras clave:** Residencia; Equipo Multiprofesional; Atención Hospitalaria.

## INTRODUÇÃO

Propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil vêm sendo discutidas sobretudo a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na atualidade esse debate ganhou maior relevância, impulsionando a atuação do Ministério da Saúde (MS) na orientação da formação dos profissionais da saúde para atender as necessidades do SUS. Com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, o MS vem incentivando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências. Em relação à pós-graduação *lato sensu*, o MS apoia a residência multiprofissional (RM) por sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde<sup>1</sup>.

As RM na área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei n. 11.129/2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, com base nas necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo as profissões da área da saúde com o objetivo principal de promover a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, caracterizada por ações que visam à mudança das práticas de formação e atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento<sup>2</sup>.

A RM propõe romper com os paradigmas e os conceitos estabelecidos na assistência à saúde do paciente, formando o profissional para um olhar diferente e um desempenho embasados teoricamente, realçados pela vivência diária e pelos problemas reais existentes nos serviços, os quais são suscitados paulatinamente no exercício das atividades<sup>3</sup>.

A Portaria GM/MS n. 2.048/2002, em seu regulamento

técnico, estabelece a Política Nacional de Atendimento às Urgências e Emergências e define o serviço de atendimento pré-hospitalar, hospitalar e os profissionais oriundos ou não da área da saúde:

Considera-se assistência na área de urgência o atendimento que procura atender precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS<sup>4</sup>.

A residência multiprofissional em urgência e emergência (RMUE) em Sobral (CE) tem como instituição formadora o Instituto Superior de Teologia Aplicada (Inta) e como instituição executora a Santa Casa de Misericórdia, que selecionou 18 candidatos das áreas de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Farmácia, em processo seletivo de 3 fases – prova objetiva, análise curricular e entrevista –, para compor sua primeira turma de 2015<sup>5</sup>. Os residentes passaram por um processo de acolhimento a fim de conhecer o campo de atuação, depois do qual foram inseridos nos referidos setores, a saber: 3 equipes de 6 residentes distribuídos na emergência adulta, no bloco cirúrgico e na enfermaria pré e pós-operatória, e na enfermaria para cuidados neurológicos.

O bloco cirúrgico do hospital engloba a enfermaria de clínica cirúrgica, o centro cirúrgico, a sala de recuperação pós-anestésica e a central de material e esterilização. A sala de recuperação pós-anestésica conta com 18 leitos.

O centro cirúrgico é composto por 9 salas equipadas para procedimentos de alta complexidade, como cirurgias torácicas, neurológicas e traumatológicas, entre outras.

Este trabalho objetiva relatar as vivências dos residentes da RMUE no bloco cirúrgico de um hospital de ensino, e sua atuação junto à sua equipe e a seus pacientes.

## METODOLOGIA

O artigo compreende um relato de experiência e objetiva retratar as principais vivências e atividades desempenhadas numa perspectiva multidisciplinar nos meses de março a abril de 2015, pelos residentes da equipe do bloco cirúrgico da RMUE.

O campo de estudo foi um hospital de ensino na zona norte do Ceará, instituição referência no atendimento a urgências e emergências. Fundado em 25/05/1925, atende uma população de 1,5 milhão de habitantes/ano e 55 municípios da região, foi certificado pela Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.576/2007 e conveniado com as faculdades de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Medicina, Odontologia e Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Fisioterapia do Inta.

Os relatos deste artigo foram suscitados pelas experiências vivenciadas na rotina diária do serviço, os quais foram abordados nas reuniões de equipe que ocorrem semanalmente entre tutor e residentes do bloco cirúrgico, com o objetivo de discutir seus anseios, dificuldades e a aprendizagem dos residentes, com a respectiva orientação do tutor.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O programa de RMUE em Sobral foi instituído em 2015 e aprovado pelo MS mediante parceria entre a instituição formadora e a executora. Fomos sua primeira turma, iniciando as atividades em 02/03/2015, em tempo integral, com carga de 60 horas semanais, totalizando 5.760 horas.

Compuseram o programa 4 fisioterapeutas, 3 nutricionistas, 3 farmacêuticos e 8 enfermeiros, dispostos em 3 equipes, com 6 integrantes cada uma, vivenciando os módulos presentes no currículo: Emergência Adulta, no Bloco Cirúrgico e Enfermaria Pré e Pós-Operatória, e na Enfermaria para Cuidados Neurológicos. Depois do sorteio e da definição das equipes, estas foram dispostas nas diferentes unidades de serviço, sendo a nossa a terceira que começou pelo bloco cirúrgico.

Do impacto da inserção dos profissionais da residência no setor emergiu uma situação inicialmente intrigante, haja vista que o bloco cirúrgico não estava acostumado com a presença diária desses profissionais na assistência ao

*Ao próprio olhar do residente a imersão no bloco cirúrgico foi um desafio.*

paciente. Houve estranheza por parte da equipe, situação que se modificou paulatinamente em razão da atuação profissional do residente com sua ciência e da interação interpessoal com os funcionários desse setor.

Em outra vertente, ao próprio olhar do residente a imersão no bloco cirúrgico foi um desafio, pois a princípio ele não o considerava um campo de atuação na perspectiva da urgência e da emergência.

## O FISIOTERAPEUTA

O perfil prevalente dos pacientes que necessitam de avaliação e tratamento fisioterapêutico na clínica cirúrgica neste cenário consiste em adultos jovens do gênero masculino, etilistas, fumantes, vítimas de acidente automobilístico ou de perfuração por arma branca ou de fogo, com trauma de tórax e/ou trauma abdominal, portadores de patologias que requerem cirurgias abdominais eletivas, submetidos a drenagem torácica e/ou a laparotomia exploratória.

Os pacientes são avaliados por anamnese, exame físico, sinais vitais, ausculta pulmonar, exames de imagens e laboratoriais. Depois da coleta de dados, define-se com base técnico-científica a melhor conduta para o paciente, de acordo tanto com a experiência profissional dos preceptores e do residente fisioterapeuta responsável pelo setor quanto com a experiência vivenciada pelos integrantes da RM da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) em parceria com o Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (Humap)<sup>6</sup>.

Com o emprego de técnicas de reexpansão pulmonar (como compressão-descompressão torácica e incentivador respiratório), exercícios respiratórios (como inspiração fracionada, da sustentação máxima inspiratória), técnicas de higiene brônquica (como vibrocompressão torácica, aceleração do fluxo expiratório) e aspiração traqueobrônquica é possível tratar e prevenir desordens respiratórias como alterações de volumes e capacidades pulmonares decorrentes de derrame pleural, pneumotórax, atelectasia e retenção de secreções brônquicas desenvolvidas pelo trauma, pela cirurgia da patologia de base ou pelo longo período de internação hospitalar<sup>7,8</sup>.

O mesmo paciente recebe até 3 atendimentos/dia, dependendo de seu quadro clínico. Para avaliar a eficácia das

condutas a equipe adota os seguintes parâmetros: ausculta pulmonar, saturação de oxigênio pelo oxímetro de pulso, relato do paciente quanto à melhora ou piora da dispneia, exames de imagens e a quantidade de líquido drenado por dia (se o paciente estiver com dreno de tórax).

Pelo contato excessivo no manejo dos pacientes hospitalizados, precauções padrão são adotadas, como uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e lavagem constante das mãos antes e depois dos atendimentos, para prevenir disseminação e contaminação de microrganismos.

Depois de receberem o relatório de alta hospitalar o paciente e seus familiares são orientados pela fisioterapeuta residente a procurar um serviço de fisioterapia em seu município para continuar o acompanhamento, em domicílio ou em um centro de reabilitação, a fim de que sejam evitadas sequelas que possam comprometer suas atividades diárias e qualidade de vida<sup>6</sup>.

## O NUTRICIONISTA

O processo de inserção do nutricionista na RMUE objetiva vivenciar a prática de maneira integral, de modo que ele se associe ao quadro de profissionais contribuindo para um cuidado humanizado, integral e igualitário, de acordo com as diretrizes políticas do SUS. Essa inserção do nutricionista residente no serviço hospitalar é inovadora, data de 2001, pois antes só havia programas de RM em Saúde da Família, iniciados em Sobral em 1999<sup>9</sup>.

Entre as atribuições do nutricionista a Resolução do Conselho Federal n. 334/2004, no capítulo IV, artigo 6, inciso IV, fala das responsabilidades do profissional enfatizando a prestação de assistência, que se mostra de grande importância pois esse é o único profissional capaz de identificar e diagnosticar o estado nutricional do paciente e adotar uma terapêutica nutricional para a reabilitação do bem-estar completo do ser cuidado, nas diversas fases de complexidade em que se encontra<sup>10</sup>.

O nutricionista residente atua na enfermaria da clínica cirúrgica que compõe o bloco cirúrgico no acompanhamento aos pacientes no pré e pós-operatório. Esse acompanhamento é integral, com a realização de exames clínicos ou anamnese clínica, exame físico nutricional, avaliação do consumo alimentar, exame antropométrico e avaliação de exames laboratoriais, fechando o diagnóstico nutricional e dando início à terapêutica de acordo com a patologia a ser tratada. Em relação à antropométrica em pacientes acamados, adotamos a fórmula de Chumlea, que tem a capacidade científica de mensurar o peso corporal principalmente em idosos com dificuldade de caminhar e ficar em pé, sendo feita uma estimativa mediante determinada fórmula<sup>11,12</sup>.

A imersão do residente nutricionista no cuidado aos

## *Essa inserção do nutricionista residente no serviço hospitalar é inovadora.*

pacientes da clínica cirúrgica é um desafio devido à alta complexidade do serviço e às limitações autônomas de atuação. No início percebemos a necessidade de nos atualizar sobre doenças, em especial do trato digestivo pós-operatório, pois o cuidado clínico e nutricional é fundamental na recuperação e na alta hospitalar do paciente. O convívio com os pacientes nesse estado de saúde-doença nos causou intensa preocupação em relação à alimentação a ser adotada de acordo com a patologia de base.

O serviço de nutrição também se mostrou deficiente na atenção ao paciente cirúrgico devido ao número reduzido de profissionais e ao alto número de usuários, dificuldade e realidade a serem mudadas, visto que, além dos profissionais já lotados no serviço, houve a inserção de mais um, o nutricionista residente, que permanece no serviço 12 horas diárias em dias úteis, melhorando, com sua proximidade, a atenção aos pacientes. Essa carência também favoreceu a inserção e a atuação dos residentes no serviço, uma vez que tanto o hospital ganhou por ter mais profissionais quanto os residentes por estar em constante aprendizagem e ter oportunidade de crescimento.

## A FARMACÊUTICA

O grande desafio em relação à atuação da residente farmacêutica foi entrar em um setor cuja equipe não tinha experiência com farmacêutico clínico, sendo necessária uma adaptação tanto da residente quanto da equipe.

Os farmacêuticos clínicos durante a análise de prescrições médicas fazem intervenções conforme a avaliação dos seguintes parâmetros: dose, intervalo de administração, forma farmacêutica, necessidade de medicamento adicional, presença de interações medicamentosas, inconsistências nas prescrições e estabilidade da solução, entre outros<sup>13</sup>.

É sabido que o uso inadequado de medicamentos resulta em terapia negativa, portanto o fármaco precisa estar disponível no tempo correto e em boas condições de uso, além de ser necessário fornecer informações ao paciente ou esclarecer suas dúvidas, possibilitando sua maior adesão ao tratamento. Empregam-se recursos cognitivos e outras intervenções terapêuticas para acompanhar e avaliar a ação dos medicamentos, assistindo o utente em suas necessidades

de tratamento e cuidado<sup>14</sup>. Em vista desse pressuposto, a atuação da farmacêutica residente na enfermaria de clínica cirúrgica e na sala de recuperação pós-anestésica se deu pela verificação da posologia e da forma farmacêutica conforme prescrição, pela observação das diluições até o momento da administração, principalmente em relação aos antibióticos, pela anamnese farmacêutica mediante questionário para detectar se havia pacientes com alguma comorbidade preexistente à hospitalização e que não estivessem fazendo uso dos medicamentos e pela verificação de manifestações alérgicas. Esse contato mais próximo com o paciente pela anamnese farmacêutica proporcionou um olhar ampliado dos profissionais, pois ao conversar com ele compartilhamos experiências e o conhecemos melhor, vendo-o além de sua terapia medicamentosa.

Semelhante a tal experiência, no hospital Risoleta Toletino Neves de urgência e emergência de Minas Gerais os residentes farmacêuticos integram um programa multiprofissional de visita aos leitos, cuja atividade se inicia pela leitura dos prontuários e pelos exames laboratoriais, identificação das necessidades de uso de medicamentos para só em seguida analisar a farmacoterapia. Foram padronizadas 22 intervenções farmacêuticas, entre as quais se destacaram: substituição da forma farmacêutica; alteração no horário da administração; intervenção voltada para as técnicas de administração; desenvolvimento de educação em saúde ao paciente na internação, orientação no momento da alta hospitalar, sugestões para início da farmacoterapia em patologias não tratadas; aviso de interações graves e necessidade de monitorização relacionada à efetividade e à segurança farmacoterapêutica<sup>15</sup>.

Com base no exposto percebemos que RM está em seus primórdios, portanto está conhecendo seu campo de atuação e suas competências.

O medicamento e as ações logísticas não devem ser o alvo principal das atividades da assistência farmacêutica, pois o importante é fazer do utente o foco central do processo de cuidado, sendo fundamental relacionar a gestão clínica do medicamento à atenção à saúde para obter resultados terapêuticos efetivos<sup>15</sup>.

Além disso, foram feitos a notificação de suspeita de reação adversa ao medicamento (RAM), o *check-list* e a reorganização dos fármacos do carro de parada, retirando os que estavam em excesso ou com prazo de validade perto do vencimento.

No centro cirúrgico houve oportunidade de acompanhar os anestesistas no preparo e na administração de opioides, hipnóticos e relaxantes para indução e manutenção de um bloqueio geral e raquianestesia. Essa realidade é um diferencial que tem proporcionado novos conhecimentos e experiências ímpares.

## AS ENFERMEIRAS

O enfermeiro é o responsável ativo do princípio do cuidar com a equipe de enfermagem em todos os níveis da assistência<sup>15</sup>. Nesse sentido as atividades das residentes enfermeiras na sala de recuperação pós-anestésica no período pré-operatório foram receber o paciente e avaliar suas condições físicas e emocionais, visando à solução dos problemas identificados, buscando ajudá-lo a compreender seu problema de saúde, prepará-lo para o procedimento anestésico-cirúrgico a que será submetido, bem como usar mecanismos de defesa fisiológicos e psicológicos nesse período.

As residentes enfermeiras dispostas no centro cirúrgico percebem imediatamente a responsabilidade no dimensionamento das salas operatórias e na dispensação de materiais estéreis e equipamentos necessários para o ato cirúrgico, em vista da grande demanda do hospital, tanto de cirurgias de caráter eletivo quanto emergenciais. As cirurgias eletivas são feitas todas as manhãs e tardes, intercaladas com as de emergência. O período noturno só atende a demanda emergencial. Todo esse cenário é responsabilidade do enfermeiro.

Nas salas operatórias, as residentes enfermeiras assumem a admissão dos pacientes prestes a se submeter a tratamento cirúrgico, percebendo as necessidades dele para minimizar riscos e contribuir para sua segurança, confirmando dados como nome, diagnóstico, sítio cirúrgico, doenças de base preexistentes, alergias. Ao paciente, explica os momentos cirúrgicos para minimizar sua ansiedade e estresse no pré-operatório, bem como são responsáveis por colocar o paciente na posição cirúrgica, monitorar seus sinais vitais e observar atentamente os parâmetros do início ao fim do procedimento.

A disposição de materiais e equipamentos das salas operatórias também estão entre as atividades da residente enfermeira, visto que manter seu bom funcionamento garante um ambiente seguro ao ato cirúrgico, minimizando as surpresas que podem prejudicar a evolução desse processo. Tal dinâmica no dimensionamento gerencial abrange o pré e

*Essa realidade é  
um diferencial que  
tem proporcionado  
novos  
conhecimentos  
e experiências  
ímpares.*

o pós-operatório, devido à alta demanda, sendo crucial um bom ordenamento na gestão da equipe de enfermagem para cuidados satisfatórios.

## A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Cada um em sua atividade e âmbito de competências, com suas dificuldades e desafios, está implantando e promovendo a adesão ao serviço e contribuindo para atender as necessidades básicas dos pacientes, antes esquecidas ou não priorizadas. A equipe RMUE, além de amenizar a sobrecarga dos profissionais de saúde, atua com suas especialidades em âmbitos não considerados essenciais ao paciente.

Essa nova forma de trabalho na saúde, conjunta entre profissionais de diversas categorias, tem se mostrado desafiadora tanto para os residentes, que precisam se afirmar como profissional e conseguir perceber e delinear seu papel e sua contribuição em equipes que já têm seu ritmo e processo de trabalho estabelecido e rígido, quanto para os profissionais que de repente se deparam com mais 3 enfermeiras, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 1 farmacêutica e se veem diante da pergunta: “Como posso integrar esses novos atores do cuidado em minha prática diária de trabalho?”. Nesse momento, equipe e residentes dão as mãos e buscam o novo, o que não viam antes no serviço para, juntos, construir uma nova forma de atuar, sem deixar de levar em conta que isso se dá sem conflitos e resistências.

Outro ponto interessante nessa jornada foi o processo de comunicação desenvolvido pelos residentes. Os do bloco cirúrgico apresentaram uma característica diferente das demais equipes, pois atuaram em ambientes distintos, porém, interligados pelo fluxo percorrido pelo paciente no pré, no trans e no pós-operatório. De início, essa característica peculiar gerou alguma dificuldade de comunicação, sendo superada no dia a dia com estratégias como: estudo de caso dos pacientes, de modo que cada residente expôs sua atuação em relação a determinado paciente, criando um elo entre os residentes, além de se mostrar uma forma de estudar e se aprimorar na clínica do cuidado; encontros periódicos da equipe na sala de estudos do setor, para discussões e comunicação efetiva; acompanhamento efetivo, pelos residentes, da coleta de outra categoria no cuidado aos pacientes como forma de trocar conhecimentos. Tais estratégias foram efetivas para consolidar e tornar a equipe mais unida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto refletimos que a equipe multiprofissional viabilizou um cuidado baseado na clínica,

## *Como posso integrar esses novos atores do cuidado em minha prática diária de trabalho?*

assistência multiprofissional e implementação do projeto terapêutico singular, a residência multiprofissional explorou novos horizontes e preencheu algumas lacunas do processo de produção de saúde no setor de atuação.

Consideramos também, que ainda há alguns entraves no processo de inserção dos profissionais da residência multiprofissional exemplificada pela resistência de alguns profissionais do setor em receber os residentes, na intervenção para modificação das rotinas e protocolos da instituição e principalmente na reavaliação de procedimentos. Porém com a convivência, integração ao serviço e reconhecimento do trabalho desenvolvido pela residência tais dificuldades vêm sendo superadas paulatinamente.

Ressaltamos, mesmo que com algumas dificuldades, o papel dos preceptores e tutores na criação do vínculo e estabelecimento do papel do residente no hospital, instigando-o para uma prática crítica e reflexiva diante das necessidades dos pacientes.

Por fim, consideramos que os maiores beneficiários deste programa são os pacientes, os mais necessitados de atenção e cuidado de forma singular, pois foi possível viabilizar planos de cuidado, alta programada com comunicação entre equipe de saúde do hospital e do município de origem e avaliação de cada paciente no que se refere as suas necessidades relacionadas ao cuidados de enfermagem, atuação do fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutico.

## Contribuições dos Autores

Ana Cláudia Mesquita de Andrade contribuiu com a concepção, preparação e revisão do manuscrito, Silvana Vasconcelos de Souza, Jarlan Ted do Nascimento Lima, Francisco Valdicélio Ferreira, Jayane Darla Moreira Pinto Dias contribuíram a preparação do manuscrito, Tiago de Sousa Melo colaborou com orientação e revisão final do artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Residência multiprofissional em saúde: experiência, avanços e desafios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

2. Barros MCN, Silva EB. Papel do preceptor da residência multiprofissional: experiência do serviço social. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
3. Cintra AMM, Martinez JE, Geraldini AFS, Borges GC, Saccomann ICRS. Programa de residência multiprofissional em urgência e emergência. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Secretaria Municipal de Saúde [document on the internet].2013 [cited 2015 July 16]. Available from: <http://www.vestibular.pucsp.br/downloads/programa-em-urgencia-e-emergencia.pdf>
4. Brasil. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde; 2006.
5. Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Edital de seleção de residência multiprofissional [document on the internet].2015 [cited 2015 July 16]. Available from: <http://stacasa.com.br/site/?p=2225>
6. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. CogitareEnferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 July 16];18(3):592-5. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33577/21075>
7. Silva FA, Lopes TM, Duarte J, Medeiros RF. Tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de laparotomia. J Health Sci Inst. 2010;28(4):341-4.
8. NóbregaKCC, Pereira JVM, Costa DS. Intervenção fisioterapêutica em casos de pacientes admitidos por trauma torácico: um estudo retrospectivo. Estação Científica.2012;2(1):43-54. Available from: <http://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/458/Cirilov1n1.pdf>
9. Rodrigues DCM, Rodrigues CMM, Nunes GM, Lira MRB, Melo PTH, Matos TA, et al. Por onde andei: caminhos percorridos pelos nutricionistas residentes na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2009 [cited 2015 July 16];8(2):41-51. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/18/14>
10. Conselho Federal de Nutrição. Resolução CFN n. 334/2004 (nova redação). Código de Ética do Nutricionista [document on the internet].2004 [cited 2015 July 16]. Available from: [http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2000\\_2004/res334.pdf](http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2000_2004/res334.pdf)
11. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steibaugh ML. Estimating stature from knee height for person 60 to 90 years of age. JAMA.1985;(33):116-20.
12. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steibaugh ML. Prediction of body weight for the no ambulatory elderly from anthropometry. J Am Diet Assoc. 1988;(88):564-86.
13. eis WCT, ScopelCT, Correr CJ, Andrzejewski VMS. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. Einstein [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 July 16];11(2):190-6. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n2/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n2/pt_10.pdf)
14. Correr CJ, Soler MFOO. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Revista Pan-Amazônica de Saúde [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 July 16];2(3):41-9. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v2n3/v2n3a06.pdf>
15. Costa JM, Martins JM, Pedoso LA, Reis AMM. Acompanhamento farmacoterapêutico em um programa de residência multiprofissional: contribuições para a segurança de idosos hospitalizados. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde [serial on the internet]. 2014 [cited 2015 July 16];5(2):39-44. Available from: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2014050208000526BR.pdf>

Recebido em 15/04/2015 Aprovado em 20/05/2015

