



ARTIGO RELATO DE EXPERIÊNCIA

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO
MANEJO DE CASO CLÍNICO COMPLEXO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
**SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT AND MULTIPROFESSIONAL TEAM IN CLINICAL COMPLEX
CASE MANAGEMENT: AN EXPERIENCE REPORT**
**PROYECTO TERAPÉUTICO ÚNICO Y EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL MANEJO DE CASO CLÍNICO
COMPLEJO: ESTUDIOS DE CASO**

*Mariana Lieka Assega¹, Luís Carlos Lopes-Júnior², Denise Tiemi Assega³, Regina Aparecida Garcia Lima⁴, Sueli
Moreira Pirolo⁵*

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de uma equipe multiprofissional em saúde na elaboração de um plano de cuidados para um paciente portador da Síndrome de Werdnig Hoffmann, alicerçado no referencial teórico do Projeto Terapêutico Singular. **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência de cunho reflexivo, realizado em um hospital paulista no período de agosto/2012 a janeiro/2013. Participaram da pesquisa: o paciente, sua mãe, e a equipe multiprofissional. Realizaram-se oficinas de trabalho com discussões pautadas no referencial do Projeto Terapêutico Singular para Indivíduos, sendo levantadas necessidades de saúde do paciente e da cuidadora, para elaborar o plano de intervenção baseando-se nas vulnerabilidades individuais, sociais e político-programáticas do caso. **Resultados:** verificou-se a construção de uma nova forma de trabalhar em equipe. **Conclusão:** o Projeto Terapêutico Singular como ferramenta humanística, mostrou-se potente e foi útil para exemplificar a implementação de um dispositivo de gestão do cuidado o qual pode instrumentalizar ações complexas de saúde. **Descritores:** Atrofias Musculares Espinais da Infância; Equipe de Assistência ao Paciente; Cuidado da Criança; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: reporting the experience of a multidisciplinary health team in developing a care plan for a patient with Werdnig Hoffmann Syndrome, based on the theoretical framework of Singular Therapeutic Project. **Method:** a descriptive study type reporting reflective nature experience, held in a hospital of Sao Paulo from August/2012 to January/2013. The participants were: the patient, his mother, and the multidisciplinary team. There were performed workshops with guided discussions in the framework of the Therapeutic Project for Single Individuals, health needs being raised the patient and the caregiver to developing the intervention plan based on individual vulnerabilities, social and political and programmatic case. **Results:** there was the construction of a new way of working as a team. **Conclusion:** Singular Therapeutic Project as a humanistic tool proved to be powerful and helpful to illustrating the implementation of a care management device which can equip complex health actions. **Descriptors:** Spinal Muscular Atrophies of Childhood; Patient Care Team; Child Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: presentar la experiencia de un equipo multidisciplinario de salud en el desarrollo de un plan de atención para un paciente con Síndrome de Werdnig Hoffmann, con base en el marco teórico del Proyecto Singular Terapéutico. **Método:** un tipo de estudio descriptivo de informe de experiencia, de naturaleza reflexiva, que tuvo lugar en un hospital de Sao Paulo a partir de agosto/ 2012 a enero/2013. Los participantes fueron: el paciente, su madre, y el equipo multidisciplinario. Hubo talleres con discusiones guiadas en el marco del Proyecto Terapéutico para personas individuales, las necesidades de salud están planteando el paciente y el cuidador, para desarrollar el plan de intervención basado en vulnerabilidades individuales, caso social y política y programática. **Resultados:** hubo la construcción de una nueva forma de trabajar en equipo. **Conclusión:** el Proyecto Terapéutico Singular como herramienta humanista demostró ser potente y útil para ilustrar la aplicación de un dispositivo de gestión de la atención que se puede equipar las acciones de salud complejas. **Descritores:** Atrofias Musculares Espinales de la Infancia; Grupo de Atención al Paciente; Cuidado de Niños; Enfermería.

¹Enfermeira, Especialista em Saúde Materno Infantil na modalidade Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Materno Infantil. Marília (SP), Brasil. E-mail: marianalieassega@hotmail.com; ²Enfermeiro, Mestre em Ciências, Doutorando, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP, Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: luisgen@usp.br; ³Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Intensiva, Faculdade de Medicina de Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: denise_dta@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP. Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: limare@erp.usp.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA. Marília (SP), Brasil. E-mail: pirolo@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Werdnig Hoffmann é uma doença neurodegenerativa de etiologia genética, incluída no grupo de patologias conhecido como Atrofias Musculares Espinhas (AME). É considerada a principal desordem autossômica recessiva fatal, sendo sua ocorrência de aproximadamente um para cada dez mil nativos.¹⁻² Essa síndrome caracteriza-se principalmente pela atrofia muscular secundária à degeneração de neurônios motores localizados no corno anterior da medula espinhal.³

Clinicamente, as AME compreendem quatro patologias classificadas de acordo com a idade de aparecimento dos sintomas e o grau do comprometimento motor. O tipo 1, denominado AME Infantil ou Síndrome de Werdnig Hoffmann, objeto deste estudo, apresenta-se como forma mais grave da doença, manifesta-se precocemente entre o período pré-natal e os seis meses de vida ou imediatamente após o nascimento e caracteriza-se por grave comprometimento motor e respiratório.⁴ No tipo 1, as crianças não chegam a rolar ou sentar sem apoio, e geralmente, não sobrevivem após três anos.^{1,4}

As manifestações clínicas caracterizam-se por hipotonia, arreflexia, atrofia muscular do tronco e das extremidades, tremores finos dos dedos e frequentemente fasciculações da língua levando a dificuldade de deglutição e sucção. As crianças afetadas apresentam uma perda significativa da mobilidade muscular, inclusive as habilidades motoras previamente adquiridas.^{3,5} Todos os músculos são acometidos pelo processo de atrofia neurogênica, exceto o diafragma, os músculos das extremidades e os músculos oculares, entretanto, a sensibilidade cutânea, o controle dos esfíncteres e o cognitivo se apresentam dentro da normalidade na maioria dos pacientes.^{3,5}

Muitos dos indivíduos afetados apresentam comprometimento respiratório importante, que frequentemente evolui para ventilação mecânica e traqueostomia. Não obstante, a principal causa de óbito desses pacientes relaciona-se ao sistema respiratório debilitado, em virtude do aumento na susceptibilidade a infecções respiratórias persistentes e acúmulo de secreções em pulmões e em orofaringe.⁶

Diante do exposto, é necessário o planejamento do cuidado de forma sistematizada e integral para potencializar a capacidade de resposta do serviço de saúde às necessidades individuais e das famílias com doenças crônico-degenerativas e sindrômicas.

O plano de cuidado deve ser concebido a partir de um trabalho multidisciplinar, em equipe, na qual cada profissional de saúde desenvolve ações complementares, de forma a favorecer o cuidado integral em saúde.

O trabalho multiprofissional representa uma estratégia para uma reorganização da atenção a saúde que preze pela qualidade dos serviços.⁷ Essa concepção exige que os profissionais utilizem seus saberes singulares, baseados em distintas lógicas de tomada de decisão quanto à assistência, de forma compartilhada, o que remete para além das relações de trabalho, de conhecimentos e das relações interpessoais. Tal articulação implica em uma conexão de diferentes processos de trabalho, valorização do trabalho em conjunto e o reconhecimento pelo outro de sua necessidade para a atenção à saúde.⁸⁻¹⁰

Como proposta, vem sendo discutido na literatura nacional, a partir da publicação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, estratégias terapêuticas que são postas a funcionar nas práticas de produção de saúde para promover mudanças no modelo de atenção/gestão de casos clínicos complexos. Dentre os dispositivos da PNH destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) compreendido como modelo de práticas de saúde singularizante.¹¹ Tal dispositivo emerge como instrumento de gestão de caso alicerçado no conjunto de condutas terapêuticas articuladas. O PTS resulta da discussão de ações do cuidado de uma equipe multidisciplinar, direcionadas para um sujeito individual ou coletivo.¹²

O PTS é produzido em “uma variação da discussão de caso clínico”.¹³ Tem como base reuniões em que os profissionais de saúde trocam percepções e constroem uma compreensão integral do sujeito doente, a qual é subsidiada pelo desenho de intervenções sobre o caso. Ademais, reuniões técnicas fazem parte do processo de trabalho em saúde e permitem a troca de informações e vivências do dia a dia, propiciando um processo participativo e de partilha de saberes¹⁴, o qual privilegia a prática pedagógica, a atividade criadora e o desencadeamento de processos internos de revisão de valores e condutas e de construção coletiva do conhecimento.^{11,15} O PTS é composto por quatro momentos: 1) o diagnóstico; 2) a definição de metas; 3) a divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe; e 4) a reavaliação.¹³ Todavia, essa estratégia inovadora de cuidar demanda às equipes de saúde novas formas de organização para seu desenvolvimento. Assim, o trabalho em equipe deve superar a

Assega ML, Lopes-Júnior LC, Assega DT et al.

fragmentação das profissões, para a produção de uma prática essencialmente focada nas necessidades singulares dos sujeitos.

Devido à natureza degenerativa das afecções neuromusculares, somado ao fato de que até o presente momento não existe a cura da doença, a não ser o tratamento paliativo e preventivo, considera-se que o grande embate atual não é somente manter a sobrevivência dos indivíduos portadores da síndrome, mas também, oferecer intervenções multiprofissionais no intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento e as complicações clínicas. Destarte, atua como componente fundamental para o cuidado em saúde, a equipe multiprofissional, que detém um conhecimento ímpar e cujo agir deve estar pautado no princípio da integralidade e da humanização.¹⁶⁻¹⁷ Os profissionais dessa equipe exercem papéis de liderança e podem compartilhar sua visão a respeito do que constitui o escopo da prática profissional necessário para realizar a promessa e o potencial do cuidado em saúde. Contudo, a literatura científica é ainda limitada e carece de publicação no que diz respeito à descrição de Projetos Terapêuticos Singulares manejados à luz de uma equipe multiprofissional em saúde no contexto das AME.³

OBJETIVO

- Relatar a experiência de uma equipe multiprofissional em saúde na elaboração de um plano de cuidados para um paciente portador da Síndrome de Werdnig Hoffmann, alicerçado no referencial teórico do Projeto Terapêutico Singular.

METODOLOGIA

Manuscrito originado da monografia << **Atuação de uma equipe multiprofissional em saúde na Síndrome de Werdnig Hoffmann: uma pesquisa metodológica** >> apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Latu Sensu* em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, 2013.

Estudo descritivo do tipo relato de experiência reflexivo. Os sujeitos envolvidos nesse estudo foram: o paciente portador da Síndrome de Werdnig Hoffmann, sua mãe, e a equipe de profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil, a saber: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, enfermeira e nutricionista. Para proteger a identidade dos participantes optou-se pelo uso de siglas (PC -

Projeto terapêutico singular e equipe multiprofissional...

paciente; M - mãe do paciente; EqM - equipe multiprofissional da Residência).

O estudo foi realizado no Hospital Materno-Infantil do Complexo Hospital das Clínicas II da FAMEMA, localizado em um município paulista. A pesquisa foi conduzida no período compreendido entre agosto de 2012 a janeiro de 2013.

Na ocasião da coleta de dados os participantes foram convidados a participar do estudo voluntariamente, sendo solicitados seus assentimentos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada nos prontuário do paciente, a fim de se obter informações relevantes como a história clínica e evolução da doença durante o período da internação, a partir do olhar clínico de cada profissional. Em seguida, a mãe do paciente foi submetida a uma entrevista semiestruturada como complementação dos dados, para obter informações mais preciosas sobre aspectos relacionados à gestação, parto, desenvolvimento neuropsicomotor, diagnóstico da doença, evolução do quadro clínico, alterações mais evidentes, perspectivas e seu posicionamento frente à enfermidade.

Foram realizadas oficinas de trabalho de duas horas semanais, com duração de um mês, totalizando quatro encontros. Tais encontros aconteciam sob a coordenação da orientadora do estudo, observação da pesquisadora e com a participação dos cinco membros da residência multiprofissional os quais discutiram conjuntamente o caso e o manejo clínico do mesmo, numa perspectiva onde o nexos conhecimentos/habilidades/attitudes aliado a prática do cuidado integral foi resgatado. Para tanto, foi utilizado durante as oficinas de trabalho um roteiro sistematizado do Projeto Terapêutico Singular para Indivíduos (PTSI)¹¹, o qual direcionou as discussões da equipe multiprofissional tendo por base os momentos processuais para a condução do projeto.

Para o início da oficina de trabalho, utilizamos a seguinte pergunta disparadora: “como compreendem a situação de saúde de PC? Quais as necessidades de saúde identificadas na situação?”, sendo então, solicitado que os profissionais descrevessem tais experiências as quais eram levadas para a discussão.

Os encontros, alicerçados pelo PTSI, consistiram da discussão sobre dados sociodemográficos e clínicos do paciente, elaboração gráfica de arranjo familiar (familiograma), o histórico do paciente e ações clínicas já realizadas pelos diversos

profissionais, a avaliação das vulnerabilidades, pactuação dos objetivos do caso clínico e elaboração de uma proposta de intervenção. Inicialmente foram feitos relatórios empíricos mediante observação da pesquisadora e que foram registrados em um diário de campo. Nesses relatórios estavam contemplados todos os aspectos clínicos do paciente, as intervenções realizadas, bem como a síntese das questões discutidas durante as oficinas de trabalho pela equipe multiprofissional. Os registros produzidos nas oficinas foram utilizados para construção do plano de cuidados.

Esse estudo teve submetido o projeto de pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), tendo sido aprovado sob o parecer nº 640/12.

RESULTADOS

De acordo com as informações extraídas a partir do relato de cada profissional acrescido de informações do prontuário e entrevista com a M (mãe do paciente). PC é do sexo masculino e na ocasião em que os dados foram coletados apresentava-se com dois anos e um mês de idade, internado há mais de um ano e nove meses naquele hospital. PC era considerado paciente crítico por demandar cuidados complexos por parte da M, da EqM e da equipe da unidade de internação, aliada à dependência de tecnologias de saúde leve, leve-duras e duras para sobreviver. Tinha o diagnóstico de Amiotrofia Espinhal Progressiva tipo I, como já mencionado, apresentando dificuldades motoras no controle de membros superiores, inferiores e da região cervical, com a não sustentação desta, além de quadros de infecções respiratórias de repetição desde os dois meses anteriores ao da internação. No que concerne aos antecedentes familiares, a mãe da criança não reconhece parentes com o mesmo diagnóstico ou qualquer tipo de doença genética.

Aos quatro meses, PC foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva com choque séptico secundário a pneumonia. Nessa ocasião, apresentou insuficiência respiratória aguda, sendo submetido à intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Após o insucesso de várias tentativas de desmame da ventilação mecânica e pelo grave comprometimento respiratório apresentado,

foi submetido à traqueostomia. No mesmo período, devido à disfagia, foi submetido à gastrostomia para dietoterapia. O diagnóstico foi confirmado acerca de oito meses mediante a realização do teste molecular evidenciando ausência de cópias de gene SMN1 e presença de duas cópias do gene SMN2.

Encontrava-se na unidade de produção de cuidados pediátricos, em bom estado geral, consciente, contactuante e suscetível às expressões faciais. Apresentava capacidade de raciocínio e resposta a estímulos, interagindo com o ambiente e com as pessoas principalmente com o olhar, em ventilação mecânica controlada à pressão, com sistema de aspiração de cavidade oral, hipersecretivo, respiração paradoxal, ausculta com sibilos e roncos. Estável hemodinamicamente, sem uso de drogas vasoativas e com sistema cardiovascular preservado. Exibia hipotonia generalizada, acometimento de tronco e pescoço, paresia muscular de membros superiores com movimentação mínima de punho (flexão e extensão), apresentava joelhos em semiflexão devido à utilização de coxins, pois possuía encurtamento muscular importante, sutis movimentos de tornozelo e artelhos e pés equinovaros. O sistema gastrintestinal demonstrava baixa motilidade intestinal, com alternância de obstipação e episódios de diarreia, recebendo dieta enteral industrializada associada a dietas hipogordurosas, sopas, sucos e água. Com relação ao sistema imunológico, a equipe referiu ser depletado, por ter frequentes infecções respiratórias e gastrintestinais e residir em um ambiente hospitalar suscetível a patologias.

DISCUSSÃO

No que concerne às necessidades de saúde identificadas, a EqM elencou os cuidados demandados pelo paciente como aqueles responsáveis pela manutenção da vida, tais como permeabilidade da via aérea, nutrição, administração de medicamentos, higiene corporal, estimulação orofacial e tátil, posicionamento de membros, prevenção de infecções ou tratamento destas, além da educação em saúde com a M. Transcrevemos na Figura 1 o esquema da avaliação de vulnerabilidade¹¹ o qual permitiu analisar a situação-problema do PC, a partir do olhar da EqM.

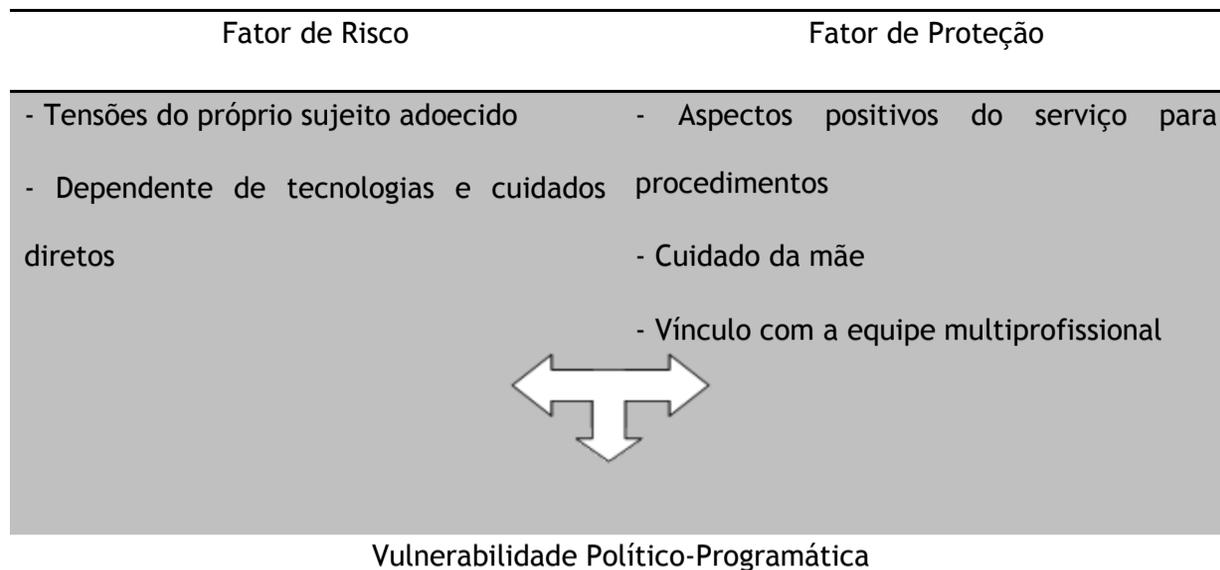


Figura 1. Balança de vulnerabilidades - Marília, SP, 2013.

Os fatores de proteção incluem aspectos positivos do serviço para com o paciente, identificando questões advindas da presença da mãe e a realização de procedimentos necessários para a manutenção da vida de PC e do vínculo. Com relação aos fatores de risco, verifica-se a preponderância de tensões advindos do próprio sujeito frente à enfermidade, ou seja, as alterações fisiopatológicas da amiotrofia espinhal. Ressalta-se a vulnerabilidade político-programática identificada nesse contexto, pois nesse plano, pensa-se em questões relacionadas aos serviços de saúde, como as políticas de saúde e o modo de organização dos serviços¹¹. A EqM apontou que a não existência do Programa de Internação Domiciliar Infantil, reflete em vulnerabilidade político-programática.

Ainda no tocante a essa possibilidade, a EqM refletiu sobre todas as possíveis demandas que a mãe viria a enfrentar diante da condição de saúde do PC. Assim a EqM ratificou a necessidade de uma equipe preparada para atendê-lo frequentemente, além dos equipamentos, adaptações para o domicílio, bem como a capacitação da família por meio de educação em saúde para lidar com a complexidade do cuidado.

Foi pontuado como uma variável sombra (que singulariza o caso)¹⁵, agrupamentos de elementos de vulnerabilidade individual, programática e social, como por exemplo: a dificuldade do manejo no caso da síndrome com relação aos recursos e informação a família e a qualidade e eficiência do sistema de saúde para contemplar de fato as necessidades de PC e de M. Diante dessa análise, a EqM refletiu sobre hipóteses explicativas do caso e propuseram ações para o cuidado.

Percebemos no depoimento de M, o sofrimento vivenciado pela mesma, ciente do prognóstico fechado e incurável de PC, permanecendo todos os dias com PC e longe da família, evidenciando a fragilidade do núcleo familiar e consequente distanciamento dos familiares. Esse angustiante sofrimento era exacerbado com a condição de M, que se apresentava com diagnóstico de depressão e com dificuldades no seguimento terapêutico psiquiátrico, o que favorecia o rebaixamento do humor e oscilações do afeto, apresentando-se na maioria das vezes entristecida ou mesmo chorosa e mantendo o mínimo de contato com a equipe. Acerca dessa situação-problema ficou evidente que M almejava a alta hospitalar e internação domiciliar. Com isso surgiu um sentimento de impotência por parte da EqM, pois aparentemente a questão não era condizente com a realidade, devido aos entraves para atender essas peculiaridades do cuidado.

Devido ao distúrbio diagnosticado de M, a EqM vislumbrou uma atenção para além da doença, com a oferta de suporte psicológico durante a internação, seguimento na especialidade de psiquiatria e tratamento medicamentoso; mencionaram ainda a possibilidade da realização de cursos técnicos para geração de renda e qualificação profissional, proporcionando graus crescentes de autonomia no período de internação. A fim de propiciar um maior convívio de M com os familiares optou-se pela possibilidade de escalar técnicos e auxiliares de enfermagem para PC, de modo a favorecer sua permanência com os outros familiares, por ficar tranquila e segura, sabendo que PC estaria sendo cuidado integralmente por um profissional da enfermagem de sua confiança. Discutiu-se com a equipe de referência da unidade de produção de cuidado para sensibilizá-los e conjuntamente implantar as

Assega ML, Lopes-Júnior LC, Assega DT et al.

ações deste plano de intervenção, além de buscar apoio à rede de atenção a respeito dos entraves de uma internação domiciliar.

Algumas ações pontuadas pela EqM foram a possibilidade de ser realizado o rastreamento genético em parentes de primeiro grau (pais e irmãos) e o oferecimento de aconselhamento genético não-diretivo, para esclarecimentos da condição genética e de risco genético para familiares.

A EqM referiu que o caso é um desafio para os profissionais que o acompanham, demonstrando sentimentos de incômodos quanto ao mau prognóstico e sobre o processo de cuidar. Uma integrante da EqM ao expressar seus sentimentos quando entrou em contato com PC, relatou estar vivenciando a dualidade entre o processo de cuidar com o alcance das ações e o sentimento de incapacidade devido ao prognóstico, tornando-se também, angustiante aos profissionais de saúde e carecedor de atenção de quem cuida. A capacidade de auto avaliação da mostrou-se positiva, tanto nas dinâmicas das oficinas propostas quanto no compromisso dos protagonistas do cuidado. Vislumbrou-se a potencialidade do PTS como ferramenta de gestão, bem como a necessidade de implementá-lo cotidianamente nos casos clínicos mais complexos da prática clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo realizado, observou-se a construção de uma nova forma de trabalhar em equipe, a qual demonstrou a transversalidade entre os sujeitos, com respeito e valorização em relação ao saber e o fazer das diversas profissões, bem como a co-responsabilização para com a atenção prestada ao caso clínico.

A riqueza da discussão deste PTS vai além do caso em si. A multiplicidade de temas que emergiu pode ser manejada por diferentes perspectivas e enfoques, subsidiando novas discussões. O desenrolar das discussões nas oficinas de trabalho sustentadas pelo PTSI foram descortinando novas possibilidades, em função da capacidade cada vez mais ampliada, de análise conjuntural da EqM sobre o caso. O PTS configura um instrumento potente para disparar processos de mudança nas práticas de saúde, contribuindo para a diversificação das ofertas nos serviços de saúde. Foi útil para exemplificar a implementação de práticas de saúde que levem em consideração as singularidades dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado, todavia, assim como outros arranjos e dispositivos de gestão, o PTS proposto nesse

Projeto terapêutico singular e equipe multiprofissional...

trabalho não representa solução para todas as questões. Não se esgotam aqui as possibilidades de releituras críticas do que foi apresentado. Esse relato de experiência trouxe à tona um dispositivo de gestão o qual pode instrumentalizar diversas ações de cuidado complexas, alicerçadas em uma equipe multiprofissional, de modo a fomentar a militância na defesa e construção do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Darbar IA, Plaggert PG, Resende MBD, Zanoteli E, Reed UC. Evaluation of muscle strength and motor abilities in children with type II and III spinal muscle atrophy treated with valproic acid. *BMC Neurology* [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 19];11:36. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2377-11-36.pdf>
2. Melki J, Adbelhak S, Sheth P, Bachelot MF, Bulet P, Marcadet A, et al. Gene for chronic proximal spinal muscular atrophies maps to chromosome 5q. *Nature* [Internet]. 1990 [cited 2014 Aug 19];344(6268):767-8. Available from: <http://www.nature.com/nature/journal/v344/n6268/abs/344767a0.html>
3. Lima MB, Orrico KF, Moraes APF, Ribeiro CSNS. Atuação da fisioterapia na doença de Werdnig-Hoffmann: relato de caso. *Rev Neurociênc* [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 19];18(1):50-5. Available from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1801/321%20relato%20de%20caso.pdf>
4. Soares JA, Silva NLS, Leite SO, Parisi M. Fisioterapia e qualidade de vida de paciente com amiotrofia espinal progressiva tipo I: relato de caso. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2006 [cited 2014 Aug 19];13(1):44-7. Available from: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-1/ID%20159.pdf
5. Zárate-Aspiros R, Rosas-Sumano AB, Paz-Pacheco A, Fenton-Navarro P, Silvet-López C, López-Ríos JA. Atrofia muscular espinhal tipo 1: doença de Werdnig-Hoffmann. *Touro. Med. Hosp. Infantil. Mex.* [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 18]; 70(1):43-7. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v70n1/v70n1a9.pdf>
6. Hardart MK, Burns JP, Troug RD. Respiratory support in spinal muscular atrophy type I: a survey of physician practices and attitudes. *Pediatrics* [Internet]. 2002 [cited 2014 Aug 19]; 110(2Pt1):e24. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/110/2/e24.full.pdf+html>

Assega ML, Lopes-Júnior LC, Assega DT et al.

7. Costa RKS, Enders BC, Menezes RMP. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2008 [cited 2014 Aug 19];7(4):530-36. Available from:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/6670/3920>

8. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 [cited 2014 Aug 19];13(Suppl1):681-688. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a18v13s1.pdf>

9. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Nurse's view on the coordination of health actions among professional of Family health teams. Rev esc enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2014 Aug 19]; 42(2):256-261. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a06.pdf>

10. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2014 Aug 19];13(2):262-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>

11. Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. 2nd ed. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; 2010.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

13. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec; 2005.

14. Abuhab D, Santos ABAP, Fonseca RMGS, Aranha e Silva AL. O trabalho em equipe multiprofissional no caps III: um desafio. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2005 [cited 2014 Aug 19];26(3):369-80. Available from:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/4567/2494>

15. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [cited 2014 Aug 19];8(2):611-20. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a21v08n2.pdf>

16. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na

Projeto terapêutico singular e equipe multiprofissional...

produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto contexto - Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 19];20(3):493-502. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>

17. Goulart BF, Coelho MF, Chaves LDP. Nursing staff in hospital attention: integrative review. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 19];8(2):386-95. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5682/pdf_4589

Submissão: 19/08/2014

Aceito: 15/12/2014

Publicado: 01/04/2015

Correspondência

Mariana Lieka Assega
Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA
Avenida República, 1507
Bairro Palmital
CEP 17509-032 – Marília (SP), Brasil