

Práticas colaborativas em saúde envolvendo o terapeuta ocupacional residente em uma enfermaria de clínica médica

Collaborative health practices involving the occupational therapist residing clinic ward

Rafaela Dias Lima¹, Rosé Colom Toldrá², Marina Picazzio Perez Batista³,
Maria Helena Morgani de Almeida⁴

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e204824>

Lima RD, Toldrá RC, Batista MPP, Almeida MHM. Práticas colaborativas em saúde envolvendo o terapeuta ocupacional residente em uma enfermaria de clínica médica. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 jan.-dez.;32(1-3):e204824.

RESUMO: Residências multiprofissionais têm contribuído para o desenvolvimento de práticas colaborativas em saúde. *Objetivo:* Identificar práticas colaborativas em saúde, desenvolvidas em uma enfermaria de clínica médica de um hospital universitário, envolvendo residentes terapeutas ocupacionais e alguns fatores demográficos, funcionais e diagnóstico clínico, associados a essas práticas. *Método:* Estudo de natureza quantitativa, retrospectivo, transversal, de abordagem descritiva, realizado por meio de análise documental e testes de associação estatística. Foi utilizado Teste T para verificar diferença na média dos grupos contemplados ou não por práticas colaborativas e o Qui-Quadrado para verificar fatores associados a essas práticas. *Resultados:* Há diferença na média do grupo contemplado em relação ao grupo não contemplado por práticas colaborativas em saúde envolvendo residentes terapeutas ocupacionais (p-valor 0.000295) e associação entre funcionalidade e práticas colaborativas com profissionais da reabilitação (p=0.012). Ações com usuários são a principal prática colaborativa e na maioria dos casos essas práticas se desenvolveram com fisioterapeutas e fonoaudiólogos. *Conclusão:* A residência tem viabilizado práticas colaborativas no hospital, porém existem desafios para a prática do cuidado integral.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia ocupacional; Hospitalização; Práticas interdisciplinares.

Lima RD, Toldrá RC, Batista MPP, Almeida MHM. Collaborative health practices involving the occupational therapist residing clinic ward. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 Jan.-Dec.; 32(1-3):e204824.

ABSTRACT: Multiprofessional residencies have contributed to the development of collaborative health practices. *Objective:* To identify collaborative health practices in a medical clinic ward of a university hospital, involving resident occupational therapists and some demographic, functional and clinical diagnostic factors associated with these practices. *Method:* A quantitative, retrospective, cross-sectional study with a descriptive approach was carried out through document analysis and statistical association tests. T Test was used to verify the difference in the average of the groups contemplated or not by collaborative practices and the Chi-Square was used to verify factors associated with these practices. *Results:* There is a difference in the mean of the group covered in relation to the group not covered by collaborative health practices involving resident occupational therapists (p-value 0.000295) and there is an association between functionality and collaborative practices with rehabilitation professionals (p=0.012). Actions with users are the main collaborative practice and in most cases these practices were developed with physical therapists and speech therapists. *Conclusion:* The Residency has enabled collaborative practices in the hospital, but there are challenges for the practice of comprehensive care.

KEYWORDS: Occupational therapy; Hospitalization; Interdisciplinary placement.

Este artigo integra o trabalho de conclusão de curso na Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar. Área de concentração: Saúde do Adulto e do Idoso de Rafaela Dias Lima, aprovado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os resultados da pesquisa foram apresentados no seminário de apresentação de trabalhos de conclusão dos cursos de Residência do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, São Paulo, fev. 2020. Pesquisa não subvencionada.

1. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. <http://orcid.org/0000-0002-9333-1014>. E-mail: to.rafaeladl@gmail.com.
2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. <http://orcid.org/0000-0001-9181-1519>. E-mail: rosetoldra@usp.br.
3. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. <http://orcid.org/0000-0001-6147-1728>. E-mail: marinapperez@usp.br.
4. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. <http://orcid.org/0000-0001-7266-9262>. E-mail: hmorgani@usp.br.

Endereço para correspondência: Rafaela Dias Lima. Rua Andrade Reis nº30, Ap. 1309, Mooca - São Paulo, SP, Brasil. CEP: 03105-100.

INTRODUÇÃO

O hospital é um ponto essencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), apoiando processos assistenciais desde o nascimento até a morte. Segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais configuram-se unidades com densidade tecnológica específica, que oferecem assistência contínua em regime de internação, com forte caráter multiprofissional e interdisciplinar¹.

No entanto, os profissionais que constituem as equipes hospitalares têm sua formação orientada por um modelo fragmentado de atenção em que cada profissional realiza seu trabalho sem integração com as demais áreas envolvidas². A dificuldade de realização de trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, entre outros fatores, é gerada pela escassez de reflexões e discussões teóricas e práticas no processo da formação acadêmica. Na Universidade evidencia-se fragmentação dos saberes e reprodução do modelo biomédico centrado nas disciplinas altamente especializadas².

Historicamente, a instituição do SUS no Brasil fez emergir a questão da necessidade de reorientação na formação de profissionais de saúde para que se tornassem aptos a trabalhar em conformidade com diretrizes e princípios do novo sistema³. A Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, Lei n.8.080/90, afirmam que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e colocam a integração ensino-serviço como o eixo estruturante desta formação⁴.

Nesta perspectiva, o Brasil tem sido favorável a criação de propostas que induzam mudanças no processo de trabalho em saúde coerentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção que norteiam o SUS⁵.

Considerando que a educação profissional é estratégica para o desenvolvimento de novas práticas em saúde, o Ministério da Saúde passou a investir em programas indutores de formação e qualificação para o trabalho no SUS como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)⁶ e o Programa de Educação pelo Trabalho (PET saúde)⁷. Em consonância, é previsto que todas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde ofereçam formação direcionada ao fomento do trabalho em equipe⁸.

Ainda com a finalidade de reorientar os serviços aos princípios e diretrizes do SUS, surge a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), promulgada a partir da Lei n° 11.129 de 2005⁹. Nessa proposta prevê-se a criação de um ambiente propício para que a interdisciplinaridade aconteça⁵.

No contexto da RMS valoriza-se o trabalho de equipe e considera-se fundamental para seu êxito, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP), definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: “[...] o aprendizado que ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde” (p.7)⁹. A EIP surgiu como uma estratégia inovadora, cuja proposta é preparar profissionais com habilidades para o trabalho em equipe, capazes de desenvolver práticas colaborativas necessárias à integralidade no cuidado em saúde¹⁰.

A prática colaborativa para o cuidado em saúde, engloba o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, comunicação e administração. Ela ocorre quando profissionais de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da atenção, envolvendo os usuários, suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços¹¹. Exemplos claros destas práticas incluem acolhimento, negociação e processo de comunicação; humanização do serviço; construção de estratégias coletivas de atuação para a qualificação da atenção ofertada, dentre outras¹¹. Além de beneficiar o profissional e o serviço, pesquisas indicam que as práticas colaborativas em saúde favorecem o processo de tratamento e recuperação dos usuários, quando envolvem a escuta qualificada e a integralidade do atendimento¹¹.

Para atingir a prática de cuidado colaborativa, os profissionais devem aprender a trabalhar como membros efetivos das equipes interprofissionais e esse aprendizado é essencial para o desenvolvimento de uma força de trabalho de saúde “colaborativa e preparada para a prática”¹². Profissionais que participam de uma prática colaborativa em saúde necessitam de modelos de governança claros e objetivos e de protocolos de atendimento que favoreçam a interação para alcançar os objetivos propostos, o que tradicionalmente é uma barreira encontrada em instituições e serviços que já se estabeleceram em modelos de assistência pautados nas especialidades⁹.

Ao fortalecer a Educação Interprofissional em Saúde é possível favorecer a implementação da prática colaborativa em saúde, uma vez que esta pressupõe a incorporação da experiência de profissionais de diversos núcleos do saber, estimulando a comunicação entre eles e a tomada de decisão, com vistas a consolidar a integralidade do cuidado¹³.

Neste contexto, como mencionado, a Residência Multiprofissional em Saúde contribui com a qualificação do profissional para o desenvolvimento e implementação de práticas colaborativas em saúde na perspectiva do cuidado integral, possibilitando mudanças no modelo técnico-assistencial⁹.

Embora a Residência Multiprofissional em Saúde tenha no seu escopo a finalidade de oportunizar práticas de cuidado colaborativas é imprescindível considerarmos que elas deverão se desenvolver em grande parte em instituições hospitalares, que historicamente oferecem ações de forma isolada e compartimentalizada¹².

Assim, as Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvidas em contextos hospitalares surgem como possibilidade de enfrentamento dos desafios de problematização do cotidiano de trabalho nestes serviços de saúde, articulação destes com as instituições de ensino em busca da integração de residentes, docentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde para o desenvolvimento e implementação da prática colaborativa em saúde¹⁴.

Nesta perspectiva, desenvolve-se desde 2012, em um hospital universitário de uma universidade pública, o Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar, tendo como uma das áreas de concentração, a atenção à Saúde do Adulto e Idoso¹⁵. O Programa acolhe profissionais das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, que interagem com outros profissionais da equipe de saúde tais como enfermeiros e médicos¹⁵. O hospital em questão é um serviço 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 família¹⁵. Destaca-se que são atendidas pessoas com diferentes diagnósticos e níveis de dependência. Por meio da Residência Multiprofissional em Saúde houve ampliação da integração das áreas profissionais bem como da assistência prestada a essa população¹⁵.

O terapeuta ocupacional compõe a equipe de assistência hospitalar, e também está presente na composição da Residência Multiprofissional em Saúde e, neste contexto tem como principal foco a manutenção da independência e autonomia do usuário no desempenho de diferentes ações do cotidiano^{16,17}. O terapeuta ocupacional atua para que os usuários conservem ou recobrem capacidade física, mental, social, bem como inclusão e participação no tratamento e autocuidado^{16,17}. Para alcançar esses objetivos e reduzindo impacto de agentes estressores associados à hospitalização, é necessário que o terapeuta ocupacional atue em equipe e que seja fomentado o trabalho colaborativo com foco na melhora da qualidade de vida do usuário^{16,17}.

OBJETIVO

Com objetivo de fomentar práticas colaborativas em saúde no âmbito de enfermarias de clínica médica de hospitais de média complexidade com a participação da

área de terapia ocupacional, buscou-se conhecer práticas colaborativas em saúde desenvolvidas em um hospital universitário envolvendo residentes terapeutas ocupacionais e investigar se há associação relevante de alguns fatores sociais, demográficos, funcionais e diagnóstico clínico (sexo, idade e escolaridade do paciente, contato com os familiares durante internação, diagnóstico segundo o CID 10 e a pontuação no Índice de Barthel Modificado) com a realização destas práticas.

MÉTODO

Estudo de natureza quantitativa, retrospectivo, transversal, de abordagem descritiva, desenvolvido a partir de análise documental e testes de associação estatística. O estudo teve como fonte de informações o banco de dados do serviço, especificamente os registros de prontuários de Terapia Ocupacional - referentes a intervenções realizadas na enfermaria de clínica médica de um Hospital Universitário, em colaboração com outros profissionais da equipe, entre março de 2016 a fevereiro de 2019.

A pesquisa documental utiliza documentos que não sofreram tratamento analítico, requerendo do pesquisador capacidade em selecionar, tratar e interpretar a informação¹⁸.

O banco de dados e os prontuários da Terapia Ocupacional contêm informações relacionadas às demandas recebidas pelo serviço; intervenções com usuários, familiares/cuidadores, tanto específicas quanto de forma colaborativa com demais membros da equipe de saúde; bem como dados sociodemográficos, diagnóstico e funcionalidade.

As intervenções que se configuram como colaborativas registradas no banco de dados abrangem: encaminhamentos; discussão de caso; ações conjuntas com o usuário/familiares/cuidadores e mediação equipe-usuário.

Os critérios de inclusão de informações no estudo foram: registros referentes a atendimentos prestados por residentes de terapia ocupacional na enfermaria de clínica médica de um Hospital Universitário, envolvendo ao menos mais um profissional de outra área, entre março de 2016 e fevereiro de 2019 e registros acessíveis no banco de dados/prontuários da terapia ocupacional. A amostra foi composta por 256 registros em banco de dados/prontuários e, a partir dos critérios estabelecidos foram selecionados 104 para análise.

Foi realizado levantamento de informações sociodemográficas, diagnóstico, relativas à funcionalidade, referentes à presença e/ou frequência do acompanhante durante internação, correspondentes às práticas colaborativas em saúde realizadas e acerca dos profissionais envolvidos nestas práticas além do terapeuta ocupacional.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das informações. Em seguida foi utilizado o Teste T para duas populações independentes, a fim verificar se havia diferença estatística significativa na média do grupo que foi contemplado por práticas colaborativas em saúde (N=104) em comparação ao grupo atendido pela equipe de residentes de terapia ocupacional que não foi contemplado por essas práticas (N=152). O teste foi realizado com nível de significância de 5%. Posteriormente foi realizada análise de associação entre variáveis categóricas, com uso do teste Qui-Quadrado (χ^2 teste) e nível de significância também de 5%.

O trabalho faz parte de pesquisa mais ampla aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - CAAE 21434113.0.0000.0065,

respeitando os princípios éticos baseados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O teste T para duas populações independentes (contemplados e não contemplados pelas práticas colaborativas em saúde) revelou diferença significativa na média dos grupos de usuários que foram atendidos por meio de práticas colaborativas envolvendo terapeuta ocupacional residente ($p = 0.000295$). A amostra de usuários atendidos de modo colaborativo foi constituída pelo N=104. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos usuários atendidos por meio de práticas colaborativas com a participação de Terapeutas Ocupacionais residentes no período março de 2016 a fevereiro de 2019 (N=104). SP, 2019

Características		Número	%
Sexo	Feminino	55	52.8%
	Masculino	49	47.2%
Faixa etária	20 a 39 anos	30	28.9%
	40 a 59 anos	22	21.1%
	60>	52	50%
Escolaridade	Analfabeto	13	12.5%
	Até 5 anos	7	6.73%
	5 a 9 anos	41	39.42%
	9 anos >	43	41.35%
Contato com família durante a internação	Sempre (4 a 7x)	62	59.6%
	Às vezes (2 a 3x)	25	24%
	Raramente (0 a 1x)	17	16.3%
Diagnóstico CID – 10 ¹⁹	Doenças infecciosas e parasitárias	10	9.62%
	Doenças do aparelho circulatório.	51	49.04%
	Doenças do aparelho respiratório	8	7.69%
	Doenças do Aparelho Geniturinário	9	8.65%
	Outros	26	25%
Índice de Barthel Modificado ²⁰	<20 (Dependência Total)	23	22.12%
	21 - 59 (Dependência Severa)	27	25.96%
	60 - 99 (Dependência Escassa)	31	29.8%
	100 (Total Independência)	23	22.12%

Fonte: Elaboração própria.

A amostra pesquisada (N=104) foi composta, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino (52,8%); metade delas, com idade superior a 60 anos (50%). É possível notar que não existe um distanciamento percentual dos usuários quanto ao sexo e idade, evidenciando que estas variáveis não têm impacto no que diz respeito à diferenciação de quem foi alvo ou não de ações compartilhadas. O mesmo equilíbrio ocorre no que diz respeito à funcionalidade, observando-se percentuais próximos de pessoas atendidas com dependência total (22,1%), severa (25,9%), escassa (29,8%) e com total independência (22,1%).

Quanto à escolaridade é observado que usuários com maior escolaridade aparecem como maioria, sendo que os que estudaram 9 anos ou mais constituem 41,35% da amostra, seguidos de quem estudou de 5 a 9 anos (39,42%).

A maior parte da amostra (59,6%) teve contato com a família/cuidador de 4 a 7 vezes por semana durante a internação. Um número reduzido teve nenhum ou raro contato com a família (1x por semana), somando apenas 16,3% do total da amostra.

Os principais diagnósticos apresentados foram doenças do aparelho circulatório (49%), seguidas de doenças infecciosas e parasitárias (9,62%), doenças do aparelho geniturinário (8,65%) e doenças do aparelho respiratório (7,69%).

A Tabela 2 informa os tipos de práticas colaborativas em saúde descritas nos registros em banco de dados e prontuários da terapia ocupacional e, número absoluto e percentual de pessoas que foram ou não envolvidas em cada um desses tipos de prática.

Tabela 2 - Caracterização das práticas colaborativas em saúde, com participação de terapeutas ocupacionais residentes. SP, 2019

Tipo de prática		Número	%
Encaminhamento Usuário	Sim	54	51.92
	Não	50	48.08
Discussão de Caso	Sim	60	57.7
	Não	44	42.3
Atendimentos compartilhados entre profissionais de diferentes áreas	Sim	65	62.5
	Não	39	37.5
Ações Conjuntas com Família	Sim	18	17.3
	Não	86	82.7
Mediação Equipe Usuário	Sim	41	39.4
	Não	63	60.6

Fonte: Elaboração própria.

O primeiro tipo de prática “encaminhamento do usuário” diz respeito a casos em que algum membro da equipe encaminhou o usuário para a terapia ocupacional ao observar demandas para o atendimento deste profissional: essa prática correspondeu a 51.9% dos casos analisados. Cabe salientar que no contexto de atendimento da enfermagem de clínica médica em que este estudo foi realizado estes encaminhamentos eram feitos de forma direta e informal, onde os profissionais na relação de trabalho diária tinham a liberdade de apontar a necessidade de que determinado paciente recebesse o atendimento/avaliação da terapia ocupacional no caso de essa necessidade não ter sido identificada no momento inicial da internação.

Em 57.7% da amostra houve discussão dos casos entre os membros da equipe, no entanto, o percentual de 42.3% de casos em que não houve essa prática ainda se mostra elevado. O Atendimento compartilhado entre profissionais de diferentes áreas de forma simultânea se deu em 62.5% dos casos.

Um dado que nos chama a atenção é o baixo percentual de ações junto às famílias dos usuários (17.3%), considerando que as famílias estiveram presentes “sempre” (4 a 7 vezes por semana) (59.6%) e “às vezes” (3 a 2 vezes por semana) (24%).

O dado sobre “Mediação Equipe Usuário” diz respeito ao percentual de vezes em que o profissional residente de terapia ocupacional mediou a relação/comunicação entre o usuário e outros membros da equipe por ser um profissional de referência para esta pessoa, Em 39.4% dos casos analisados, o terapeuta ocupacional residente teve este papel.

A Tabela 3 aponta com quais profissionais o terapeuta ocupacional residente tem desenvolvido práticas colaborativas em saúde.

Tabela 3- Profissionais envolvidos nas práticas colaborativas em saúde com o terapeuta ocupacional residente. SP, 2019

Profissionais Envolvidos	Número	%
Reabilitação (Fisioterapia e Fonoaudiologia)	78	73
Medicina	22	23.15
Enfermagem	16	15.3
Serviço social	14	13.4
Outros (Psicologia e Farmácia)	9	8.6

Fonte: Elaboração própria.

As práticas colaborativas em saúde entre residentes terapeutas ocupacionais e outros profissionais se deram mais frequentemente com aqueles da área de reabilitação

(fisioterapeuta e fonoaudiólogo), sendo que em 73% dos casos as três áreas atuaram em conjunto, seguidas por práticas colaborativas de terapeutas ocupacionais residentes com médicos (23,15%), enfermeiros (15,3%), assistentes sociais (13,4%) e outros profissionais (psicólogos e farmacêuticos).

A Tabela 4 apresenta os resultados do teste qui-quadrado aplicado para apontar associação estatística entre “variáveis clínicas ou sociodemográficas” e “práticas colaborativas” envolvendo terapeutas ocupacionais residentes e demais profissionais da reabilitação.

Tabela 4 - Distribuição de usuários beneficiados por práticas colaborativas em saúde envolvendo terapeutas ocupacionais residentes e demais profissionais da reabilitação, segundo variáveis clínicas e sociodemográficas, SP, 2019

Variáveis Clínicas e Sociodemográficas		Usuários atendidos por profissionais de reabilitação		
		Sim	Não	p- valor
Funcionalidade	Dependência total\severa	43	7	0.012
	Dependência escassa\independente	35	19	
Gênero	Masculino	42	13	0.733
	Feminino	36	13	
Idade	Abaixo de 60 anos	39	13	1
	Igual ou maior que 60 anos	39	13	
Contato com família	4 A 7 vezes por semana	49	13	0.248
	3 a 0 vezes por semana	29	13	
Escolaridade	Até 5 anos	13	7	0.250
	6 anos ou mais	65	19	
Diagnóstico	Doenças do aparelho circulatório	41	10	0.212
	Outros	37	16	

Fonte: Elaboração própria.

Apenas a variável funcionalidade esteve associada estatisticamente a atendimento por meio de práticas colaborativas em saúde por profissionais de reabilitação.

DISCUSSÃO

Os resultados do teste T para duas populações independentes (contemplados e não contemplados pelas práticas colaborativas em saúde evidenciou uma diferença significativa na média do grupo de usuários que foram atendidos por meio de práticas colaborativas envolvendo residentes terapeutas ocupacionais em comparação ao grupo que não foi alvo dessas práticas mostrando que o N=104 dentro do N total de 256 constituiu uma amostra relevante. Albuquerque²¹ coloca que a Residência Multiprofissional em Saúde auxilia na implementação da prática colaborativa em saúde, fomentam comunicação para a tomada de decisões e estabelecem a consolidação do cuidado integral.

A população idosa considerada como aquela com 60 anos ou mais representa metade do percentual da

amostra. Rossett²² aponta esse segmento populacional como aquele que cresce mais rapidamente no país e que tende a consumir mais os serviços de saúde e apresentam maiores taxas de hospitalizações. Embora, muitas vezes necessárias, as internações podem agravar comorbidades, diminuir a capacidade funcional requerendo atenção integral e colaborativa²².

No que se refere justamente ao cuidado integral, salienta-se uma semelhança percentual entre práticas colaborativas prestadas a usuários independentes e dependentes. Assim no contexto hospitalar, com protagonismo dos residentes multiprofissionais e em sintonia com os propósitos da Residência Multiprofissional em Saúde, está sendo possível abranger ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação como parte das práticas colaborativas envolvendo o terapeuta ocupacional.

Santos²³ aponta que orientados pelo princípio de integralidade, os serviços têm como dever a promoção da saúde, sendo que, ao pensarmos a integralidade no contexto hospitalar devemos nos nortear por alguns aspectos,

como: a concepção de saúde enquanto qualidade de vida, a constituição de um olhar biopsicossocial sobre os usuários, a construção coletiva do cuidado, a interdisciplinaridade, a articulação com a rede de atenção, as condições concretas que incluam a horizontalidade nas relações entre os profissionais, à gestão do cuidado dos usuários e o incentivo a capacitações que auxiliem na formação continuada com vistas a práticas de cuidado na perspectiva da integralidade.

Em relação ao alto nível de escolaridade dos usuários, cabe destacar as características do local do estudo: um hospital universitário que possui como principal público funcionários e alunos da universidade, funcionários do hospital e uma pequena parcela de atendimentos referenciados. Destaca-se que a EIP, o trabalho interprofissional e as práticas colaborativas em saúde são favorecidos nos contextos dos hospitais universitários, que funcionam como base de treinamento e de ensino conectados a tríade da formação, a saber: ensino, pesquisa e extensão²⁴

Quanto às práticas colaborativas em saúde, a literatura frequentemente vai além das questões interprofissionais e inclui o usuário, família e comunidade na busca de cuidar junto/com às pessoas, ao invés de cuidar para as pessoas²⁵. Neste sentido os resultados deste estudo sugerem alguma inconsistência entre o que tem sido preconizado pelas políticas e pela literatura e as práticas em colaboração com a rede de suporte dos usuários, ou seja, apesar da presença da rede de suporte durante a internação, identificou-se um baixo percentual de atuação junto às famílias com participação do terapeuta ocupacional residente, o que requer novos estudos mais abrangentes que tragam dados que subsidiem o aprofundamento da discussão.

As doenças do aparelho circulatório aparecem como diagnóstico mais prevalente quando se fala em práticas colaborativas em saúde na população estudada. Devido a mudanças epidemiológicas, demográficas e nutricionais, as doenças do aparelho circulatório emergem como um problema mundial de saúde pública²⁶. Diante desta problemática em 2011 foi elaborado no Brasil o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e que incluem as doenças do aparelho circulatório, objetivando promover políticas públicas integradas e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco²⁷. Esse plano tem como um dos pilares o cuidado integral e a atenção colaborativa em saúde centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença²⁷. A atuação multiprofissional e interdisciplinar deve produzir novas formas de cuidado, a partir de mudanças no trabalho em equipe, tais como reuniões de equipe, discussões de caso, atendimentos compartilhados, entre outros²⁷.

Quando analisamos os tipos de práticas colaborativas em saúde que ocorreram no serviço estudado o “encaminhamento do usuário” aparece como primeiro tipo de prática. Essa prática está frequentemente atrelada ao conhecimento que os profissionais da equipe têm sobre a atuação do terapeuta ocupacional. Nesse sentido, Aguilar-da-Silva²⁸ e Oliveira et al.²⁹, enfatizam que o conhecimento de cada profissional, isoladamente, não atende as necessidades de saúde, portanto, é preciso flexibilidade nos limites das competências para atingir uma ação integral, valorizando diferentes áreas profissionais como parceiros na construção de conhecimento.

Vemos que a prática de discussão de casos abre as portas para as outras práticas colaborativas em saúde citadas, o alto percentual de ações conjuntas com o usuário é reflexo desta afirmação. Um serviço que educa os profissionais para conversarem entre si de forma igualitária e com compreensão dos papéis particulares e coletivos na atuação junto ao usuário possibilita um atendimento mais amplo e integral. Outro reflexo desta afirmação é a prática do terapeuta ocupacional residente em 39.4% dos casos como mediador da relação entre o usuário e a equipe, o que, como discutido por Wanderbroocke¹¹ e Batista³⁰ corresponde aos princípios nos quais as práticas colaborativas em saúde se baseiam, tais como: acolhimento, negociação, processo de comunicação e construção de estratégias coletivas de atuação, cooperação para o desenvolvimento de práticas de saúde transformadoras, parcerias na construção de projetos e estabelecimento de diálogo permanente.

O estabelecimento de parcerias mais fortes do terapeuta ocupacional residente com a equipe de reabilitação pode ser explicado por alguns fatores: maior convivência com esses profissionais, nível de funcionalidade dos usuários e também por historicamente terem atuações mais próximas e que reconhecidamente se complementam. Isso nos leva a pensar na necessidade da formação em saúde com oferta de práticas coletivas e interprofissionais desde a graduação. O trabalho de equipes de reabilitação resulta em comprovados ganhos quanto à qualidade de vida, o que exige que esse campo de cuidados em saúde possua uma harmoniosa relação entre os diversos saberes e práticas que o compõe³¹.

Quando feita a comparação da interação dos profissionais de terapia ocupacional junto a profissionais de reabilitação em relação à interação com profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e psicólogos, existe um reduzido percentual. Nesse sentido Araújo¹³ reflete que embora as discussões sobre a multiprofissionalidade e interprofissionalidade tenham aumentado nos últimos anos, este movimento ainda se mostra lento especialmente no contexto hospitalar, considerando

o predomínio do modelo médico-centrado e da assistência pautada em procedimentos.

Ainda que existente, a pouca interação com demais profissionais da equipe por parte do terapeuta ocupacional residente pode remeter a presença limitada destes no ambiente da enfermaria de clínica médica, tanto em relação a tempo quanto a horários em comum com os profissionais de terapia ocupacional residentes ou mesmo ausência de profissionais no serviço em alguns períodos do estudo, como no caso da psicologia. Peduzzi e Agreli²⁵ afirmam que não bastam equipes diversificadas e completas para ampliar e melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde - é preciso que equipes de um mesmo serviço se encontrem, colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços na lógica de redes.

O cuidado fragmentado, oferecido por profissionais em ações isoladas, já não é resolutivo. É necessário que haja alterações no modo de se organizar o trabalho multiprofissional em equipe, visando atingir a atenção integral com desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do paciente³³.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar práticas colaborativas envolvendo residentes de terapia ocupacional numa enfermaria de clínica médica de um hospital

universitário e reconhecer que essas práticas se desenvolviam mais frequentemente junto aos usuários, poucas vezes se dirigiram aos familiares, se davam fundamentalmente em conjunto com profissionais da reabilitação e estiveram associadas prioritariamente a funcionalidade dos usuários.

Os resultados do estudo permitem afirmar que a Residência Multiprofissional em Saúde tem contribuído na construção de práticas colaborativas no ambiente hospitalar. Assim o suporte e o aprendizado disseminado através de Programas de residência multiprofissional mostram-se estratégicos para superação do cuidado fragmentado, em direção ao ensino e ao fomento nos serviços de práticas colaborativas.

A relevância das práticas colaborativas em saúde para profissionais, serviços e usuários em todos os níveis de atenção da RAS e os desafios para sua efetivação, torna premente intensificação de estudos sobre essas práticas.

O presente estudo teve como limitação um “n” reduzido devido ao fato de nos restringirmos as informações referentes ao banco de dados e registros em prontuários da terapia ocupacional da população atendida por residentes. Sugere-se para uma avaliação mais ampla da efetividade da Residência Multiprofissional em Saúde como indutora das práticas colaborativas em saúde, que seja realizada uma análise a partir da perspectiva das demais áreas profissionais participantes do programa, sendo estas fisioterapia e fonoaudiologia.

Agradecimentos: Agradecemos o apoio recebido pelo Hospital Universitário (HU-USP) e ao MS pelo fomento ao Programa de residência multiprofissional da FMUSP.

Participação dos Autores: *Rafaela Dias Lima:* Autora do trabalho de conclusão de residência, que originou este manuscrito, participou das etapas de concepção, planejamento, coleta, organização, análise, interpretação e redação do presente manuscrito. *Marina Picazzio Perez Batista:* Contribuiu com as etapas de concepção, organização dos dados e revisão do texto. *Rosé Colom Tolodr:* Co-orientadora do trabalho de conclusão de residência, participou das etapas de organização dos dados, concepção e revisão do texto. *Maria Helena Morgani de Almeida:* Orientou do trabalho de conclusão de residência que originou este manuscrito. Contribuiu com as etapas de concepção, orientação, planejamento, interpretação, análise, redação e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do trabalho.

Sobre os autores:

Lima RD – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Tolodr RC – Professora Doutora da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Batista MPP – Terapeuta Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Almeida MHM – Professora Doutora da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. Uzuelli FHP, Costa ACD, Guedes B, Sabiá CF, Batista SRR. Reforma da Atenção Hospitalar para modelo de saúde baseada em valor e especialidades multifocais. *Cien Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2147-2154. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08612019>
2. Gelbecke FLL, Matos EM, Sallum NC. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2012;6(4):31-39. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202/1087>
3. Haddad AE, Ferreira ASF, Santos AA, Martins Netto CA, Andrade LR, Couto LCD, et al. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 19 maio 2019]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001596978>
4. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília; 2019 [citado 21 jan. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
5. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3203-3212. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. (Série C. Programas e Relatórios) [citado 28 maio 2019]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf
7. Costa MV, Borges FA. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2015;19(suppl 1):753-763. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1057>
8. Amaral AR. Formação interprofissional nos cursos de graduação em saúde em São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública; 2016 [citado 20 nov. 2019]. doi: <https://doi.org/10.11606/D.108.2016.tde-21112016-164128>
9. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2018;22(Supl.1):1325-1337. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>
10. Cardoso Júnior OP, Souza BJ, Furtado MEMF, Diniz RB, Rebouças RRM, Sidney KMM, Morano MTAP. Revendo caminhos: a inserção da Residência Multiprofissional no âmbito hospitalar. *TEMPUS*. 2018;12(1):269-280. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i4.2058>
11. Wanderbroocke ACNS, Baasch C, Antunes MC, Menezes M. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. *Trabalho Educ Saúde*. 2018;16(3):1157-1176. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00155>
12. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev Katálysis*. 2018;21(1):200-9. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
13. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface Comun Saúde Educ*. 2017;21(62):601-13. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>
14. Arnemann CT, Kruse MHL, Gastaldo D, Jorge ACR, Silva AL, Margarites AGF, et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface Comun Saúde Educ*. 2018;22(Supl. 2):1635-46. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>
15. Santos LP, Pedro TNF, Almeida MHM, Toldrá RC. Terapia ocupacional e a promoção da saúde no contexto hospitalar: cuidado e acolhimento. *Rev Interinstitucional Bras Ter Ocup - REVISBRATO*. 2018;2(3):607-20. <https://revistas.ufjf.br/index.php/ribto/article/view/16020>
16. Shin CG, Toldrá RC. Terapia ocupacional e acidente vascular cerebral: revisão integrativa da literatura. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2015;23(4):843-54. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0591>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 28 nov. 2019]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf
18. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Rev Investigaciones UNAD (Bogotá)*. 2015;14(2):55-73. Disponível em: <https://docplayer.com.br/58230159-Pesquisa-documental-na-pesquisa-qualitativa-conceitos-e-caracterizacao.html>
19. Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 [citado 09 mar. 2019]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
20. Dias AM, Sartor TB, Pazinato J, Dacorégio D, Dias SLA. A aplicação do Índice de Barthel em idosos institucionalizados.

- In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2008 [citado 22 abr. 2019]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosINIC/INIC1483_01_A.pdf
21. Albuquerque ERN, Santana MCCP, Rossit RAS. Residências multiprofissionais em saúde como fomentadoras da formação interprofissional: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas. *Demetra*. 2018;13(3):605-619. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33495>
 22. Rossetto C, Soares JV, Brandão ML, Rosa NG, Rosset I. Causas de internação hospitalar e óbito em idosos brasileiros entre 2005 e 2015. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20190201. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190201>
 23. Santos DF. A busca pela construção da integralidade no cuidado de pessoas internadas na dialética das relações hospitalares: o olhar de profissionais da equipe de saúde [Monografia]. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2018 [citado 14 ago. 2019]. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/10226/2/Artigo%20%28TCC%29%20-%20Deborah%20Flores%20dos%20Santos.pdf>
 24. Araújo KM, Leta J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História Ciên Saúde – Manguinhos*. 2014;21(4):1261-1281. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000022>
 25. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2018;22(supl. 2):1525-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
 26. Andrade JV, et al. Anos potenciais de vida perdidos no Brasil na última década em decorrência de doenças do aparelho circulatório. In: *Mostra de Trabalhos Científicos UNIFAGOC*; 2018. v.3 [citado 02 jan. 2020]. Disponível em: <http://conferencia.fagoc.br/index.php/trabalhosfagoc/III/paper/view/912>
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 11 out. 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
 28. Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliados da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). *Educar Rev (Curitiba)*. 2011;(39):159-175. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602011000100011>
 29. Oliveira CM, Batista NA, Batista SHSS, Figueiredo LRU. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):1005-14. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0660>
 30. Batista REA, Peduzzi M. Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl. 2):1685-95. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0755>
 31. Bezerra JGV, Azevedo CC, Sampaio JF. Desafios da Formação para o Trabalho Interprofissional no Contexto da Reabilitação. *Rev Port Saúde Soc*. 2018;3(1):680-693. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/4196/3716>
 32. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Residência Multiprofissional em Saúde percepção dos residentes sobre a Educação Interprofissional nas práticas colaborativas. *Atas CIAIQ2015. Investigação Qualitativa em Educação*. 2015;2:368-370 [citado 18 jul. 2019]. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/277/273>
 33. Utida KAM, Batiston AP, Souza LA. Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. *Acta Fisiatr*. 2016;23(3):107-112. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20160021>

