

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA
COMUNICAÇÃO HUMANA

Camila Dias Möller

**LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E O PROCESSO DE CUIDADO: A
ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Santa Maria, RS
2020

Camila Dias Möller

**LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E O PROCESSO DE CUIDADO: A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no Cuidado à Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana.**

Orientadora: Prof.^a Dra. Elenir Fedosse

Santa Maria, RS
2020

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Möller, Camila Dias

Lesão encefálica adquirida e o processo de cuidado: a ótica dos profissionais de saúde de um hospital universitário / Camila Dias Möller.- 2020.
89 p.; 30 cm

Orientadora: Elenir Fedosse

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2020

1. Equipe de Assistência ao Paciente 2. Comunicação Interdisciplinar 3. Pessoal de Saúde 4. Equidade em Saúde 5. Unidade Hospitalar I. Fedosse, Elenir II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, CAMILA DIAS MÖLLER, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Camila Dias Möller

**LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E O PROCESSO DE CUIDADO: A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no Cuidado à Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana.**

Aprovado em 04 de dezembro de 2020:

Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)



Renata Cristina Rocha da Silva, Dra. (UFPEL)

Geovana de Paula Bolzan, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2020

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus** pela minha vida, por me abençoar e me fortalecer em cada passo durante esta trajetória, sendo o meu amparo em todos os momentos. De maneira geral, minha gratidão a todos que contribuíram para que este trabalho fosse realizado, no entanto, agradeço em especial, as pessoas nominadas abaixo.

Aos meus pais **Sérgio** e **Tânia** pelo incentivo, amor e companheirismo. Por sempre priorizarem meus estudos e não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos. A eles eu agradeço infinitamente!

À **Rakelly** pela amizade fiel, afeto e acolhimento em todos os momentos, minha felicidade diária!

Aos meus amigos e familiares que compartilharam comigo todos os processos de crescimento e compreenderam as ausências, meu eterno carinho e gratidão.

À Prof.^a Dr.^a. **Elenir Fedosse** por acreditar neste propósito! Sou grata pela oportunidade de crescer profissionalmente, por compartilhar seus saberes e pela confiança a mim depositada. Muito Obrigada!

Às professoras Dr.^a. **Geovana de Paula Bolzan** e Dr.^a. **Renata Cristina Rocha da Silva** membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições.

A todos os membros do **GIC** pela amizade, aprendizado, carinho e confiança. Deixaram este percurso mais leve e alegre!

Aos **Profissionais de saúde** do Hospital Universitário de Santa Maria que acreditaram na proposta deste estudo, sou grata pela participação, tempo doado e a rica contribuição de cada um!

À **Universidade Federal de Santa Maria** e ao **Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana**, que com a contribuição dos seus professores e funcionários tive a oportunidade de concluir esta etapa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES** pelo apoio financeiro.

RESUMO

LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA E O PROCESSO DE CUIDADO: A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORA: Camila Dias Möller
ORIENTADORA: Elenir Fedosse

Resumo: Esta pesquisa tematizou as Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA) sob a perspectiva de profissionais da saúde atuantes em um Hospital Universitário; objetivou analisar como tais profissionais reconhecem o processo de cuidado e as necessidades de saúde das pessoas com LEA por eles acompanhadas na fase aguda. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório e qualitativo. A amostra foi composta por profissionais de distintas áreas e de diferentes setores do referido hospital, que recebem sujeitos acometidos por LEA. A coleta foi realizada entre dezembro de 2019 e maio de 2020, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, produzido especialmente para esta pesquisa, que buscou caracterizar os trabalhadores (letras iniciais do nome, sexo, idade, profissão, ano da titulação, nível de formação, setor da atividade profissional, tempo de atuação no setor) e suas concepções sobre os atendimentos necessários a pessoas com LEA, se o profissional trabalha em equipe, com quais profissionais, como caracteriza sua equipe de trabalho, repercussão do trabalho, etc. A análise estatística foi descritiva, utilizando-se o *Software Statistica 9.1*. A análise qualitativa foi pelo método análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados são apresentados em dois artigos; o primeiro – “O trabalho em equipe e a atenção a sujeitos com LEA: concepções e vivências de profissionais de um hospital universitário” – cujo objetivo foi caracterizar as condições do cuidado, analisando-se os discursos através das unidades de registro que possibilitaram a elaboração de duas categorias: i) ações profissionais e sua repercussão junto a pessoas com LEA e ii) processo de trabalho em equipe. O segundo artigo – “Necessidades de saúde das pessoas com LEA acompanhadas em um hospital universitário: a ótica dos profissionais de saúde de diferentes setores” – cujo objetivo foi identificar a visão dos profissionais acerca das necessidades de atenção à saúde das pessoas com LEA, analisou os discursos emergentes em três categorias: i) identificação das necessidades de cuidado a pessoas com LEA; ii) potencialidades da assistência prestada pelas equipes profissionais e iii) fragilidades observadas pelas equipes dos diferentes setores do hospital. **Conclusão:** Conclui-se que os profissionais de saúde dedicados ao cuidado em estado agudo das LEA reconheceram que desenvolvem suas funções com responsabilidade técnica, mas a execução do trabalho em equipe apresenta-se fragmentada. Reconheceram também a necessidade de ampliar suas concepções sobre como exercer suas práticas em equipes multiprofissionais com abordagens interdisciplinares e/ou transdisciplinares.

Palavras Chave: Equipe de Assistência ao Paciente. Comunicação Interdisciplinar. Pessoal de Saúde. Equidade em Saúde. Unidade Hospitalar.

ABSTRACT

AQUIRED BRAIN INJURY AND THE CARE PROCESS: THE VIEWPOINT OF HEALTHCARE PROFESSIONALS OF A UNIVERSITY HOSPITAL

AUTHOR: Camila Dias Möller
ADVISOR: Elenir Fedosse

Introduction: This research focused on the Acquired Brain Injury (ABI) from the perspective of health professionals working at a University Hospital; aimed to analyze how these professionals recognize the care process and the health needs of people with ABI they monitored during the acute phase. **Method:** Descriptive, exploratory and qualitative quantitative study. The sample consisted of professionals from different areas and from different sectors of the referred hospital, who receive subjects affected by ABI. The data collection was carried out between December 2019 and May 2020, through the application of a semi-structured questionnaire, specially designed for this research, which sought to characterize workers (initial letters of name, sex, age, profession, year of graduation, level of education, sector of professional activity, length of experience in the sector) and their conceptions about the necessary assistance to people with ABI, if the professional works in a team, with which professionals, how does his work team characterize, the repercussions of the work, etc. The statistical analysis was descriptive, using the Statistica 9.1 Software. Qualitative analysis was performed using the content analysis method. **Results:** The results are presented in two articles; the first - "Teamwork and care for subjects with ABI: conceptions and experiences of professionals at a university hospital" - whose objective was to characterize the conditions of care, analyzing the speeches through the registration units that enabled the elaboration of two categories: i) professional actions and their repercussion among people with ABI and ii) teamwork process. The second article - "Health needs of people with ABI monitored at a university hospital: the perspective of health professionals from different sectors" - whose objective was to identify the view of professionals about the health care needs of people with ABI, analyzed the emerging speeches in three categories: i) identification of care needs for people with ABI; ii) potential of assistance provided by professional teams and iii) weaknesses observed by teams from different sectors of the hospital. **Conclusion:** It is concluded that the health professionals dedicated to care in the acute condition of the ABI recognized that they perform their functions with technical responsibility, but the execution of teamwork is fragmented. They also recognized the need to expand their conceptions on how to exercise their practices in multidisciplinary teams with interdisciplinary and / or transdisciplinary approaches.

Keywords: Patient Assistance Team. Interdisciplinary Communication. Health Personnel. Health Equity. Hospital Unit.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Figura 1 – Distribuição dos participantes e respectivos setores de atuação	34
Figura 2 – Conhecimento dos profissionais sobre os diferentes conceitos de trabalho em equipe multiprofissional (n=35).....	37
Figura 3 – Concepções dos profissionais sobre modos de atuação de suas equipes (n=35)	38

LISTA DE QUADROS

ARTIGO 1

Quadro 1 – Práticas multiprofissionais na atenção à saúde de pessoas com LEA	39
Quadro 2 – Repercussão do trabalho junto a pessoas com LEA	40
Quadro 3 – Conhecimento dos conceitos sobre trabalho em equipe e como categoriza o processo de trabalho da sua equipe.....	41
Quadro 4 – Reuniões de equipe e integração/discussão de casos.....	41

ARTIGO 2

Quadro 1 – Necessidades de cuidado das pessoas com LEA	57
Quadro 2 – Potencialidades da assistência prestada pelas equipes profissionais	58
Quadro 3 – Fragilidades observadas pelas equipes dos diferentes setores.....	58

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=35).....	35
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CC	Clínica Cirúrgica
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CMII	Clínica Médica II
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPS	Educação Permanente em Saúde
GAP/CCS	Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria
GEP/HUSM	Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
LEA	Lesão Encefálica Adquirida
LN	Lesão Neurológica
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto Socorro
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAF	Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da Universidade Federal de Santa Maria
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
UR	Unidade de Reabilitação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	O CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR	16
2.2	ATENÇÃO A PESSOAS COM LEA: DESTAQUE À INTERDISCIPLINARIDADE.....	18
3	METODOLOGIA	20
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	20
3.2	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	21
3.3	AMOSTRA, LOCAL E PERÍODO DA COLETA.....	22
3.3.1	Âmbito Hospitalar.....	22
3.3.2	Âmbito Virtual	23
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	24
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	24
3.6	ANÁLISE DE DADOS	25
3.7	FLUXOGRAMA	26
4	RESULTADOS	27
4.1	ARTIGO – O TRABALHO EM EQUIPE E A ATENÇÃO A SUJEITOS COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	27
4.2	ARTIGO – NECESSIDADES DE CUIDADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE A PESSOAS COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA: A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE DIFERENTES SETORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	51
5	DISCUSSÃO GERAL	66
6	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	76
	APÊNDICE B – CARTA DE APRESENTAÇÃO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	79
	APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	80
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO: INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HUSM	81
	APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	82
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	83

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação ocupa-se do trabalho desenvolvido pela equipe do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) junto a sujeitos acometidos por Lesão Encefálica Adquirida (LEA), geralmente decorrente de Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), Traumatismos Crânios Encefálicos (TCE), anóxias cerebrais, tumores e infecção do sistema nervoso central (SNC) (CARVALHO et al., 2007). Portanto, visa contextualizar as práticas do trabalho em equipe e sua repercussão no cuidado dispensado a sujeitos com lesão neurológica.

Sabe-se que as necessidades de saúde dos referidos sujeitos demandam uma atenção que não pode ser efetivada por ações isoladas de um único profissional; exigem intervenções de núcleo e relação inter profissional (SCHRAIBER et al., 2000), ou seja, trabalho em equipe. Este requer uma construção coletiva que potencializa a troca de informações, o cooperativismo entre os profissionais e o melhor planejamento terapêutico (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção.

No trabalho em equipe, observam-se três concepções distintas quanto à autonomia técnica, caracterizando assim as formas de relacionamento profissional; a primeira – relação multidisciplinar - o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; na segunda – relação interdisciplinar - ignora-se o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho e, na terceira, apreende-se o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes – relação transdisciplinar (PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (1998) considera que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. Se assim o é, espera-se que a formação profissional aborde tais questões ao longo da graduação em saúde.

Para Albuquerque et al. (2009), a maioria dos currículos dos cursos na área da saúde são organizados a partir de estruturas disciplinares, que fragmentam os conhecimentos e

limitam a correlação de informações; prejudicando, portanto, a prática interdisciplinar. Ferreira, Varga e Silva (2009) acrescentam que a construção do trabalho cooperativo é árdua, pois exige a solidariedade e a confiança entre os profissionais da saúde. Nesse contexto, destaca-se a importância do trabalho em equipe (FAZENDA, 2008; PEDUZZI, 2001) com troca de saberes entre as profissões, propiciando a humanização da atenção hospitalar e o cuidado integral ao sujeito, contrariando a prevalência da fragmentação do conhecimento e do trabalho individualizado e centralizado no núcleo profissional.

Além dos aspectos mencionados, vinculação e interdisciplinaridade, sabe-se que quanto mais rápido o início da reabilitação, maiores são os benefícios à saúde da pessoa acometida e a melhora funcional é mais rápida imediatamente após a lesão neurológica (SOUSA et al., 2012). Portanto, as intervenções reabilitadoras favorecem a alta hospitalar e, conseqüentemente, a diminuição de agravos decorrentes por longos períodos de internação. Neste sentido, profissionais tradicionalmente vinculados à reabilitação neurológica (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, por exemplo) podem contribuir com o cuidado em saúde no ambiente hospitalar – maximizando a assistência e minimizando gastos, visto que a hospitalização exige dispendiosos investimentos (CUNHA; VIEIRA, 2010).

Em todos os momentos da oferta de cuidado para sujeitos acometidos por LEA é de extrema importância a atuação de equipes multiprofissionais, preferencialmente, por meio de abordagens inter ou transdisciplinar. Além do acompanhamento terapêutico dos sujeitos, convém o apoio aos seus familiares, visando o retorno à vida na comunidade/sociedade, sobretudo, porque na atualidade a inclusão/o convívio nas diferenças apresenta-se como condição de desenvolvimento da humanidade (POMMEREHN, 2016).

O cuidado imediato e multiprofissional, no ambiente hospitalar, responde ao fato de que, em se tratando de LEA, cada etiologia apresenta-se e evolui de maneira própria (CECCATO, 2005), podendo resultar em prejuízos funcionais, causando alterações motoras (hemiparesia ou dupla hemiparesia), distúrbios cognitivos, sensoriais, perceptuais, emocionais e comportamentais. Estes prejuízos podem trazer impactos negativos no desempenho das atividades funcionais e ainda podem limitar o potencial de reabilitação (DUNCAN et al., 1983; CACHO et al., 2004).

As deficiências causadas pelas LEA podem se manifestar como restrições dos comportamentos essenciais da vida e do desempenho ocupacional, gerando, por sua vez, desvantagens sociais à medida que limitam ou impedem o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais (OMS, 2008). O processo de recuperação de uma

pessoa com LEA pressupõe, conforme já dito, acesso a uma equipe multiprofissional que se comunica de modo efetivo, ocupada do cuidado no estado agudo e/ou prolongado, que visa melhorar a saúde e qualidade de vida dos sujeitos acometidos e de seus familiares (CECATTO; ALMEIDA, 2010; GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003).

A propósito da comunicação profissional, Bordenave (1983) ensina que ela refere-se ao processo pelo qual fatos, decisões e diretivas circulam em um sistema social; incluem as formas em que o conhecimento, as opiniões e as atitudes são formadas ou modificadas. Por isso, o mencionado autor assegura que a comunicação não existe por si mesma como algo separado da vida em sociedade, de modo que ambas – comunicação e sociedade – são uma só. Nesta perspectiva, a qualidade do cuidado depende não só da competência técnica, mas principalmente da habilidade de interação e comunicação dos profissionais entre si e com os usuários (NONINO; ANSELMINI; DALMAS, 2008).

É por meio da relação, da escuta sensível e do diálogo, que o trabalhador transmitirá sentimentos como confiança e tranquilidade, essenciais para o processo de cuidado em saúde (POTT et al., 2013). Assim, para que haja a efetiva construção de um cuidado pautado na humanização, devem-se respeitar os saberes do sujeito acolhido, os quais são ligados a sua cultura e dão sustentação a sua forma de perceber o processo de adoecimento (OLIVEIRA, 2002), e incluam-se as relações comunicativas entre profissionais e deles com os usuários.

Considera-se que são grandes os desafios encontrados pela equipe de profissionais da saúde em oferecer os serviços e técnicas de reabilitação, bem como outros cuidados necessários pelos sujeitos com LEA nas condições atuais de saúde. Vê-se, portanto, a necessidade de pesquisar como ocorre esse trabalho em equipe, na visão dos profissionais das distintas áreas de saúde de um hospital universitário, identificar as adversidades e as potencialidades encontradas por eles ao oferecer os cuidados específicos a sujeitos com LEA. Este estudo levou em consideração o fato de que a crítica de serviços e de práticas profissionais pode aperfeiçoar o processo de elaboração ou de implantação e implementação de políticas públicas com potencial para transformar a organização e o entendimento do sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

Tratando-se dos diversos assuntos a serem abordados, este estudo foi estruturado na forma alternativa de trabalhos de conclusão de curso de mestrado, sendo apresentado em seis capítulos. O primeiro – Revisão de Literatura – apresenta os aspectos teóricos/os temas fundamentais desta pesquisa: cuidados em ambiente hospitalar, fundamentos sobre interdisciplinaridade e atenção a pessoas com LEA.

O segundo capítulo apresenta a Metodologia, esclarecendo a população estudada, o local, o período e os instrumentos da coleta de dados, os critérios de análise e os princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

No terceiro capítulo, evidenciam-se os Resultados, os quais são apresentados em dois artigos. O primeiro – “O trabalho em equipe e a atenção a sujeitos com LEA – concepções e vivências de profissionais de um hospital universitário” e o segundo - “Necessidades de saúde das pessoas com LEA acompanhadas em um hospital universitário: a ótica dos profissionais de saúde de diferentes setores”.

No quarto capítulo, faz-se a Discussão Geral dos resultados obtidos; no quinto, apresenta-se a Conclusão Geral desta pesquisa e, no sexto, as Referências.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo tem o intuito de contextualizar técnica e cientificamente os cuidados prestados pelas equipes profissionais no âmbito hospitalar, partindo-se do princípio de que o acesso à atenção/cuidado à saúde é essencial para a vida (BRASIL, 1990). Há autores que discutem o acesso na perspectiva das necessidades de saúde dos usuários; outros nas características da oferta; outros, ainda, abordam as características ou a relação entre os indivíduos e os serviços (ANDERSEN, 1995; DONABEDIAN, 1973; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Destaca-se, neste estudo, a perspectiva das necessidades e a relação entre os usuários e os serviços.

Convém ressaltar que importante parte da população que se beneficia do trabalho desenvolvido nos hospitais é a das pessoas acometidas por alguma LEA, tendo em vista que os danos neuroanatômicos e neurofisiológicos do Sistema Nervoso Central (SNC) - encéfalo e medula espinhal (ambos envolvidos pelas meninges) - e/ou do Sistema Nervoso Periférico (SNP) - nervos cranianos raquimedulares - são passíveis de cuidado, sobretudo, de reabilitação funcional (POMMEREHN, 2016). Portanto, a atenção de uma equipe multiprofissional é fundamental no manejo e reestabelecimento funcional, já no âmbito hospitalar, levando-se em consideração os níveis de sequelas neurológicas ocasionadas e o potencial de cada sujeito acometido. A propósito, citam-se estudos encontrados na literatura científica (QUEIROZ; ARAÚJO, 2009; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009; MATOS; PIRES; GELBCKE, 2012) que abordaram temática semelhante à deste, porém, direcionaram-se a equipes específicas de um determinado setor hospitalar, contextualizando o trabalho dessas equipes. Portanto, não foram encontrados estudos que abordassem o sistema de funcionamento de diferentes equipes de diferentes setores hospitalares, tal como o propósito deste.

2.1 O CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Sabe-se da importância do cuidado especializado no âmbito hospitalar desenvolvido por múltiplos profissionais (SAAR; TREVIZAN, 2007). Estudos comprovam a melhora da qualidade da assistência, a redução dos custos financeiros da unidade, a recuperação dos sujeitos acometidos por LEA e o apoio aos seus familiares quando há atuação multiprofissional (MIRANDA; STANCATO, 2008; TONETTO; GOMES, 2007).

Considerando a necessidade de reabilitação imediata e multiprofissional, com abordagem interdisciplinar ou transdisciplinar (CHUN; NAKAMURA, 2014; CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004; RODRIGUES, 2008), junto às sequelas físicas, cognitivas e/ou emocionais que podem decorrem de uma LEA, convém a inserção de sujeitos por ela acometida, a processos de reabilitação. Tais processos podem ser desenvolvidos pela Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, entre outras áreas, durante a internação e no momento de alta, fazendo jus a um cuidado humanizado àqueles que necessitam de atendimentos de qualidade pós-lesão neurológica (POMMEREHN, 2016).

No Brasil não faltam orientações oficiais do Ministério da Saúde (MS) sobre como melhor atender as necessidades de saúde de seus cidadãos, inclusive das pessoas com LEA. No entanto, pode-se dizer que a formação em saúde e a prática no cotidiano dos serviços ainda não as integraram efetivamente. Tem-se, por exemplo, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada para atuar de forma transversal às demais políticas de saúde, que visa a qualificação da atenção em saúde e da gestão do SUS. Essa política visa a autonomia dos sujeitos envolvidos (profissionais, gestores e usuários) para, assim, serem garantidos os princípios filosóficos do SUS - a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da oferta em saúde (BRASIL, 2004).

Entre os princípios da PNH, tem-se a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Desse modo, a comunicação entre os atores sociais envolvidos é fundamental. A PNH pressupõe, portanto, uma equipe com profissionais diversificados e dispostos a acolher o usuário, possibilitando que esse expresse suas preocupações, angústias e anseios; visa garantir tanto uma atenção resolutiva imediata, quanto a articulação com outros serviços, se for necessário. Essa lógica contrapõe-se ao modelo biomédico e implica o estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais de saúde e a população atendida por eles (ANVERSA, 2018).

Apesar de todas as medidas sugeridas para o cuidado integral e humanizado, pode-se dizer que ainda persistem fatores que dificultam a atenção especializada junto a pessoas com LEA. Destacam-se, por exemplo, a desinformação da sociedade, a precária distribuição dos recursos financeiros e a visão limitada dos serviços de saúde sobre a conveniência de que a incorporação de diferentes profissões, para além da Medicina e da Enfermagem, favorece a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos atendidos no ambiente hospitalar (BRASIL, 2004).

No sentido acima, defende-se a necessidade de serem aplicados os preceitos da Clínica Ampliada sobre a qual se baseiam a construção das responsabilidades singulares e dos

vínculos estável entre as equipes de saúde e os usuários, respeitando-se sempre a variedade dos casos já que estes são encarnados em sujeitos concretos (BRASIL, 2004). Portanto, convém a construção de uma metodologia organizacional que combine a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com as necessidades prementes de cada caso/de cada usuário. De acordo com Campos e Amaral (2007), a singularização do atendimento clínico será possível se houver esforço particular de cada profissional frente a cada situação de cuidado. Uma condição para que isso aconteça é a abertura dos profissionais ao imprevisto e à variação regular da vida cotidiana. É fundamental assegurar a motivação dos profissionais e criar um padrão de gestão em que a maioria dos profissionais se sinta motivada para se dedicar à produção de saúde.

Logo, conforme defendem os autores acima, pode-se afirmar que grande parte da crise dos sistemas de saúde deve-se à dissociação das práticas de cuidados e à predominância de métodos de gestão dirigidos ao controle externo da vontade e conduta dos profissionais. Constata-se certa desistência em se resgatar a responsabilidade e a relativa autonomia dos profissionais, fatos que viabilizam a singularização e a integralidade do cuidado dos casos/usuários (CAMPOS; AMARAL, 2007). E, por isso, convém destacar, nesta revisão de literatura, as equipes profissionais e os seus processos de trabalho voltados à LEA.

2.2 ATENÇÃO A PESSOAS COM LEA: DESTAQUE À INTERDISCIPLINARIDADE

Por se tratar de uma área ampla e aberta, a única certeza que se tem em relação à LEA é que cada etiologia se apresenta e evolui de maneira muito própria (CECCATO, 2005), podendo resultar em prejuízo nas funções, causando alterações motoras (hemiparesia ou dupla hemiparesia), distúrbios cognitivos, sensoriais, perceptuais, emocionais e comportamentais. Estes prejuízos podem trazer impactos negativos no desempenho das atividades funcionais e ainda podem limitar o potencial de reabilitação (DUNCAN et al., 1983; CACHO; MELO; OLIVEIRA, 2004; POMMEREHN, 2016). A LEA acarreta a desorganização do sujeito à medida que alteram seu funcionamento motor, cognitivo e subjetivo (NOVAES-PINTO, 2012) e, por isso, refletem-se como alterações no cotidiano e na qualidade de vida do sujeito, sendo, então, indispensável cuidado especializado em reabilitação e interdisciplinar (POMMEREHN, 2016).

As incapacidades resultantes de uma LEA, a restrição do desempenho de determinadas habilidades nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária, resultam, por sua vez, em limitações ou impedimentos do desempenho dos papéis anteriormente ao

comprometimento neurológico. Logo, sujeitos acometidos por lesões neurológicas requerem que suas condições atuais sejam potencializadas através da atuação de (múltiplos) profissionais especializados, inclusive, no ambiente hospitalar (POMMEREHN, 2016). Portanto, a importância de sempre se tematizar essas questões junto a equipes de trabalhadores/profissionais que se caracterizam como linha de frente no cuidado das pessoas com LEA.

Sabe-se, na atualidade, que não é possível produzir e/ou recuperar saúde a partir do saber unidisciplinar, ou seja, cuidar do processo saúde-doença exige atenção de diferentes profissões já que este processo é complexo e dependente de múltiplos fatores e setores. Neste sentido, a interdisciplinaridade coloca-se como condição fundamental para o cuidado integral à saúde. O que não quer dizer que não seja possível assistir às necessidades de saúde por outros meios como a multidisciplinaridade e transdisciplinaridade (JAPIASSU, 1976)¹. No entanto, destaca-se neste estudo a interdisciplinaridade, considerando a sua potência de efetivação e de resolubilidade.

Segundo Japiassu (1976), a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas (acrescenta-se – das práticas profissionais) no interior de um mesmo estudo (acrescenta-se - prestação de cuidado em saúde). A interdisciplinaridade, na área da Saúde Coletiva, coloca-se como uma exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho - a saúde e a doença no seu âmbito social - envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas. Sabe-se que no processo saúde-doença estão implicadas as condições e razões sócio históricas e culturais dos indivíduos e dos grupos coletivos, bem como se sabe que uma proposta interdisciplinar é desafiadora e desejável na área da saúde.

No sentido acima, considera-se que a interdisciplinaridade carrega um ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois há uma ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte (MINAYO, 1991). Tal situação aplica-se indiscutivelmente às pessoas com LEA e aos profissionais que se relacionam cotidianamente com tais pessoas. Por isso, o desenvolvimento desta pesquisa.

¹ Segundo esse autor, a multidisciplinaridade se caracteriza por uma ação paralela de uma gama de disciplinas em torno de uma temática comum. No entanto, existe escassa cooperação e um limitado diálogo entre as disciplinas, ocasionando uma desarticulação na aprendizagem em termos de aplicação dos conteúdos.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório e descritivo, de abordagem quali quantitativa. Vergara (2000) argumenta que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. Nestas pesquisas destacam-se dados importantes dos levantamentos obtidos e levantam-se hipóteses que não especificam relações de causalidade (AAKER; KUMAR; DAY, 2004).

Sabe-se que nas pesquisas quantitativas a delimitação e o tamanho da amostra são procedimentos nos quais a estatística tornou-se o meio principal, de modo que as respostas de alguns problemas podem ser deduzidas para o todo, então, a amostra deve ser muito bem definida e representativa (MALHOTRA, 2001). Por outro lado, Willard e Spackman (2002) explicam que a pesquisa qualitativa visa explorar o significado e a interpretação das vivências, de forma que esta evolui à medida que surgem o significado e a compreensão durante o processo de pesquisa.

As pesquisas que utilizam metodologias quali quantitativas, segundo Figueiredo, Chiari e Goulart (2013), ainda são restritas e pouco acessíveis aos leitores de publicações científicas na área da saúde. Nas pesquisas baseadas na experiência e no pensamento materializados sob a forma de discursos (uma variante qualitativa), têm-se resultados que podem ser qualificados. Por isso, conforme explicam Lefèvre e Marques (2009), os pensamentos coletivos são resultados que podem ser também compreendidos como uma variante quantitativa, na medida em que expressam opiniões compartilhadas por muitos indivíduos.

Segundo Malhotra (2001, p. 155), “a pesquisa qualitativa proporciona uma melhor visão e compreensão do contexto do problema, enquanto a pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplica alguma forma da análise estatística”. Também afirma que a pesquisa qualitativa pode ser usada, inclusive, para esclarecer os resultados obtidos pela pesquisa quantitativa. Assim, parece haver argumentos plausíveis quanto ao fato de que as abordagens qualitativas e quantitativas podem ser encaradas como complementares, em vez de mutuamente concorrentes (LAVILLE; DIONNE, 1999; MALHOTRA, 2001).

3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu todos os preceitos éticos que regulamentam estudos com seres humanos, ou seja, cumpriu as exigências contidas na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), respeitando a voluntariedade da participação, o anonimato dos participantes e o sigilo dos dados - garantidos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice A). É importante ressaltar que o projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (GAP/CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e, após foi solicitada a autorização do Hospital Universitário – instituição envolvida no estudo – mediante Carta de Apresentação (APÊNDICE B) assinada pela orientadora deste estudo, enviada à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital (GEP/HUSM), juntamente com o projeto, o qual foi submetido à apreciação e aceite do responsável de cada setor do Hospital. Após passar pelos diferentes setores, obteve-se a Autorização Institucional (APÊNDICE C) e, por fim, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSM, sendo aprovado sob nº 3.724.066.

Somente após o referido trâmite é que se deu início à coleta de dados. Os profissionais de saúde, voluntários desta pesquisa, receberam informações individualmente sobre os objetivos do estudo de forma clara e acessível. Após as primeiras informações aos profissionais acerca da pesquisa, foi solicitada a leitura e assinatura do TCLE (Apêndice A), sendo que uma via ficou de posse do entrevistado e a outra com o pesquisador que realizou a coleta dos dados na entrevista.

Salienta-se que o TCLE abrangeu explicações a respeito dos objetivos e da metodologia utilizada, sendo exibidos os riscos e os benefícios do processo de coleta de dados e demais fases da pesquisa. Este estudo foi considerado como de riscos mínimos; de modo que não ocasionou problemas físicos, sociais, profissionais e morais aos participantes. Nenhum profissional retirou o seu consentimento.

As informações obtidas na coleta de dados foram mantidas em sigilo, sendo preservada a identidade dos participantes, de modo que, nos artigos científicos produzidos, eles foram mencionados como sujeitos 1, 2, 3 etc. Após o tratamento e análise dos dados, os documentos impressos foram armazenados/arquivados em envelopes lacrados, acondicionados em armário chaveado, alocado na sala 205 do Prédio 26E da UFSM, localizado na Avenida Roraima, nº 1000 – Camobi, Santa Maria-RS. As gravações e transcrições dos dados estão em arquivos de voz e de *Word*, respectivamente, armazenadas nos computadores pessoais da orientadora e da autora deste estudo. Ressalta-se que após o

período de cinco anos, os dados coletados serão destruídos: os documentos físicos incinerados e os computadores formatados.

3.3 AMOSTRA, LOCAL E PERÍODO DA COLETA

Esta pesquisa teve duas fases de coleta: uma no âmbito hospitalar (local de trabalho dos participantes) e outra no âmbito virtual. Esta última em decorrência da crise do COVID-19.

3.3.1 Âmbito Hospitalar

Conforme já indicado, o campo deste estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/RS. Antes de dar início à coleta, a pesquisadora realizou um curso EAD obrigatório pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com instruções para que, todos aqueles que executam qualquer atividade no HUSM, saibam como agir corretamente frente a incidentes e acontecimentos rotineiros, compreenderem os procedimentos legais, bioéticos e de segurança dos usuários, bem como dos profissionais.

Inicialmente, foi realizada uma visita no campo de pesquisa, a fim de apresentar o projeto pessoalmente aos chefes dos setores e fazer um levantamento de quantos e quais profissionais ofereciam cuidado diretamente a pessoas que apresentam LEA. Ressalta-se que foi solicitado para a chefe/responsável da Unidade de Reabilitação (UR) uma lista dos profissionais de referência de cada setor que atendessem a demanda das pessoas com LEA. Foram indicados os seguintes setores: Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD²); Pronto Socorro (PS); Clínica Médica II; Clínica Cirúrgica e UR. A coleta de dados foi iniciada simultaneamente nos referidos setores.

Participaram deste estudo os profissionais de distintas áreas da saúde (assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos e terapeutas ocupacionais) que trabalham nos setores que atendem a demanda de usuários adultos e idosos com LEA. Foram coletados vivências e relatos sobre a visão dos profissionais participantes sobre como atuam, o que consideram importante no cuidado da pessoa com LEA, sobre o que

² O SAD referido aqui neste estudo age como uma internação domiciliar, ou seja, pacientes que não necessitam de apoio ventilatório e estão em condições de receber seu tratamento em casa, recebem alta e são assistidos semanalmente pela equipe multiprofissional do SAD. Este processo ocorre com o objetivo de liberação de leitos hospitalares para outros pacientes que aguardam internação para casos mais severos.

conhecem e/ou reconhecem com prática interdisciplinar durante o processo de internação desses sujeitos.

Não houve consultas em prontuários e/ou históricos de servidores, esta pesquisa foi realizada diretamente com os profissionais das equipes, tendo como exigência o tempo de atuação de no mínimo seis meses no setor de atividade hospitalar. A pesquisadora sempre realizou o agendamento das entrevistas para o dia, horário/turno de preferência do profissional, visando não interferir negativamente na rotina do mesmo. As coletas foram feitas em turnos diferentes com o propósito de abranger o maior número possível de profissionais. Houve casos em que no momento do convite para a participação da pesquisa, o profissional estava com tempo disponível, então, a coleta já era prontamente realizada.

Os profissionais responderam ao questionário em uma sala que estava desocupada, com o mínimo possível de ruído, perturbações e com privacidade. A aplicação do questionário durou, em média, 20 minutos. Ao finalizar cada coleta, a pesquisadora solicitava ao entrevistado a indicação de um colega que também pudesse trazer contribuições à presente pesquisa. O período de coleta de dados neste ambiente durou três meses – de dezembro de 2019 a meados de março de 2020.

3.3.2 Âmbito Virtual

Em decorrência da pandemia Corona Vírus, também nominada de Covid-19, e a fim de não comprometer a saúde de todos os envolvidos neste estudo e não contrariar recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como das demais organizações nacionais e internacionais (as quais recomendaram aplicar planos de contingência, sendo o principal deles o distanciamento social por tempo indeterminado), houve a necessidade de continuar com a coleta de dados virtualmente, realizando-se, assim, a aplicação dos questionários por meio de chamada de vídeo no aplicativo *WhatsApp*®.

Assim, a pesquisadora responsável pela coleta de dados começou uma nova busca; recorreu aos profissionais já entrevistados e solicitou que eles indicassem e encaminhassem, se possível, o contato telefônico de colegas da equipe que também realizavam atendimentos a pessoas com LEA. Contou-se, especialmente com a colaboração de uma colega do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da mesma linha de pesquisa, que é servidora do HUSM e que prontamente se dispôs a compartilhar contatos de alguns colegas que demonstraram interesse em participar e autorizaram o envio do número telefônico.

Após estabelecer a lista de contatos, a coleta foi reiniciada em abril e perdurou até junho de 2020, mantendo-se o critério de disponibilidade dos voluntários, respeitando-se a organização das suas atividades cotidianas. A pesquisadora deixou os participantes livres, assim como no âmbito hospitalar, para a escolha do melhor horário para a participação do voluntário. Notou-se que os profissionais optaram por fazer a chamada de vídeo no conforto do seu lar, em um momento oportuno do dia ou da noite. Todos os participantes já faziam uso do aplicativo, portanto não houve prejuízo na coleta devido à falta de uso e/ou acesso dos profissionais ao *WhatsApp*®.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo, conforme indicado anteriormente, os profissionais de saúde do HUSM que atendiam a demanda de pessoas com LEA e que exerçam sua atividade profissional, no mínimo, há seis meses; podendo ser de ambos os sexos, sem limites de idade, de todas as raças e classes sociais, sem distinção por especialidade em saúde.

Foram excluídos sujeitos que estavam há menos de seis meses na sua atividade profissional e, também, os residentes médicos e multiprofissionais. Estes mesmos critérios foram utilizados tanto para o âmbito hospitalar quanto para o âmbito virtual.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se para a coleta de dados, um questionário semiestruturado (APÊNDICE D), desenvolvido para desencadear narrativas, ou seja, para alcançar os sentidos da experiência dos indivíduos no que se refere aos aspectos de sua vida profissional (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003). Deve-se considerar que as perguntas do questionário foram elaboradas para nortear a pesquisadora e foram modificadas, com termos informais (utilizando a linguagem coloquial), quando necessário, visando-se garantir respostas fidedignas dos participantes.

Primeiramente, caracterizou-se o participante da pesquisa (iniciais do nome, data de nascimento, data da coleta, sexo, profissão, nível de formação, ano da titulação, setor da atividade profissional). Após a caracterização do profissional, foram realizadas as perguntas e as respostas foram gravadas, em seguida, realizadas as transcrições ortográficas e, na sequência, o tratamento e análise dos dados.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

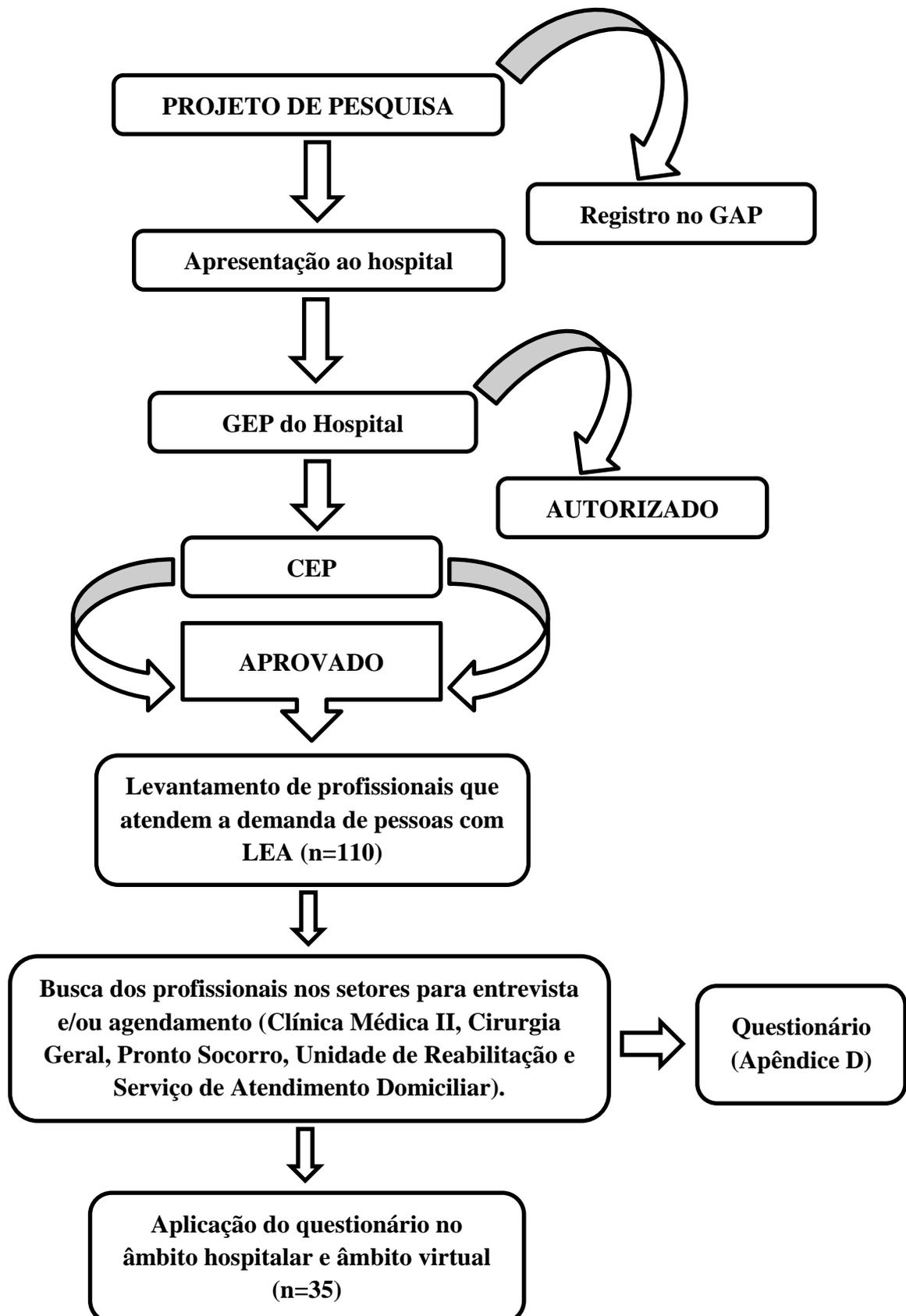
O método de interpretação dos resultados foi de acordo com os objetivos da pesquisa e por análise de conteúdo (BARDIN, 2011), compreendido como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Considerou-se importante analisar meticulosamente o ponto de vista de cada profissional a respeito do seu trabalho, buscando caracterizar as percepções no tratamento oferecido pela equipe profissional e os desafios encontrados no cuidado à pessoas com LEA. Assim, foi possível estabelecer cinco categorias, a saber: i) ações profissionais e sua repercussão junto a pessoas com LEA; ii) processo de trabalho em equipe; iii) identificação das necessidades de cuidado das pessoas com LEA; iv) potencialidades da assistência prestada pelas equipes profissionais e v) fragilidades observadas pelas equipes dos diferentes setores do hospital - apresentadas e discutidas nos artigos que integram a próxima seção.

Os dados quantitativos desta pesquisa foram armazenados em uma planilha no *Microsoft Office Excel 2010*; a análise foi processada no *Software Statistica 9.1* (frequência, média e desvio padrão das variáveis), sendo, pois, realizada análise descritiva dos dados.

3.7 FLUXOGRAMA



4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro, intitulado – O trabalho em equipe e a atenção a sujeitos com LEA: concepções e vivências de profissionais de um hospital universitário – será submetido para publicação em um periódico que seja de interesse de gestores e profissionais do campo hospitalar; mantêm-se, aqui, as normas da MDT/UFSM. O segundo artigo – Necessidades de saúde das pessoas com LEA acompanhadas em um hospital universitário: a ótica dos profissionais de saúde de diferentes setores – também será submetido a periódicos da área, mantendo-se o intuito e procedimentos do Artigo 1.

4.1 ARTIGO – O TRABALHO EM EQUIPE E A ATENÇÃO A SUJEITOS COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O trabalho em equipe e a atenção a sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida: concepções e vivências de profissionais de um hospital universitário^{1,2}.

Teamwork and care for subjects with ABI: conceptions and experiences of professionals at a university hospital^{1,2}.

Camila Dias Möller^{3,4}, Elenir Fedosse^{3,5}

¹ Resultado de pesquisa de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana – UFSM.

² Órgão financiador: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

³ Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

⁴ Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Secretaria do PPGDCH – Prédio 26, sala 1418, 4º andar. Cidade Universitária, CEP 97.105-900, Santa Maria, RS. E-mail – camilamoller.to@outlook.com, (55) 999117275.

⁵ elenir.fedosse@ufsm.br

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de trabalho das equipes, de diferentes setores do Hospital Universitário, que prestam atendimento a pessoas acometidas por Lesão Encefálica Adquirida, bem como analisar a conceituação sobre trabalho em equipe apresentada pelos profissionais que as compõem. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório e qualiquantitativo realizado em um hospital universitário de um município do interior do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta por conveniência e contou com assistentes sociais, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, educador físico, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais atuantes no hospital há, no mínimo, seis meses. A coleta de dados foi realizada nos âmbitos hospitalar e virtual, entre dezembro de 2019 e junho de 2020, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, especialmente elaborado para este estudo, voltado à descrição dos profissionais, caracterização do processo de trabalho, identificação do tipo de equipe e conceituação sobre trabalho em equipe. Utilizou-se áudio gravação; os resultados foram transcritos ortograficamente e analisados por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados:** A maioria dos sujeitos foi do sexo feminino, das profissões Técnico de Enfermagem e Fisioterapia, bem como do setor Unidade de Reabilitação (naturalmente envolvido com assistência a sujeitos com LEA). Quanto ao processo de trabalho predominaram queixas relacionadas à falta de recursos e grande demanda de trabalho; como facilidades a diversidade de profissionais atuantes no cuidado hospitalar, ou seja, a existência de equipe multiprofissional. Na maioria dos setores predominou a abordagem multidisciplinar; poucos referiram a interdisciplinar e raros a transdisciplinar. A minoria revelou total conhecimento acerca das diferentes formas de constituição e desenvolvimento do trabalho em equipe. **Conclusão:** Constatou-se a multidisciplinaridade como conduta prevalente e pouca clareza conceitual sobre as diferentes formas de atuação de uma equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Lesões Encefálicas. Equipe de Assistência ao Paciente. Práticas Interdisciplinares. Atenção Terciária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the work process of the teams, from different sectors of the University Hospital, who provide care to people affected by Acquired Brain Injury, as well as analyzing the concept of teamwork presented by the professionals who compose it. **Method:** Descriptive, exploratory and qualitative quantitative study conducted at a university hospital in a city in the interior of Rio Grande do Sul. The sample was composed by convenience and included social workers, dentists, nurses and nursing technicians, physical educator, physiotherapists, speech therapists, doctors, nutritionists, psychologists and occupational therapists who have been working at the hospital for at least six months. Data collection was performed in the hospital and virtual environments, between December 2019 and May 2020, through the application of a semi-structured questionnaire, specially designed for this research, which sought to characterize workers, characterization of the work process, identification of the type of team and conceptualization of teamwork. Audio recording was used; the results were transcribed orthographically and analyzed using Content Analysis. **Results:** Most of the subjects were female, from the Nursing Technician and Physiotherapy professions, as well as from the Rehabilitation Unit sector (naturally involved with assisting subjects with ABI). Regarding the work process, complaints related to the lack of resources and high demand for work predominated; as facilities the diversity of professionals working in hospital care, that is, the existence of a multidisciplinary team. In most sectors, the multidisciplinary approach predominated; few referred to interdisciplinary and rare to transdisciplinary. The minority revealed total knowledge about the different forms of constitution and development of teamwork. **Conclusion:** Multidisciplinarity was found to be a prevalent conduct and little conceptual clarity about the different forms of performance of a multidisciplinary team.

Keywords: Brain Injuries. Patient Assistance Team. Interdisciplinary Practices. Tertiary Health Care.

Introdução

O trabalho em equipe destaca-se como um tema de extrema relevância no que tange aos cuidados em saúde. Conforme Wallig e Souza Filho (2007), esse assunto é complexo, uma vez que são inúmeros os fatores capazes de influenciar o trabalho em equipe, sobretudo no contexto hospitalar. Silva (2003) assevera que os membros de uma equipe devem buscar formas de organização do trabalho, conforme as características que cada especialidade assume no processo de cuidado hospitalar.

Atualmente o trabalho em equipe tem sido valorizado no contexto hospitalar, uma vez que a assistência aos usuários internados exige a integração de práticas que demandam habilidades técnicas complementares (PERES et al., 2011). Assim, pode-se dizer que a atuação multiprofissional pode ser desenvolvida como uma dinâmica de trabalho coletivo e recíproco entre múltiplas intervenções técnicas das diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 1998). “Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação” (PEDUZZI, 2001, p. 104).

Estudos têm demonstrado que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade, melhoria na comunicação e na tomada de decisões (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). A força do trabalho em equipe está no fato de ser uma ação de diferentes pessoas, com diferentes habilidades e conhecimentos para a gestão de um problema em comum; desta forma, para que as equipes atuem eficientemente, todos os membros devem compreender as habilidades e potencialidades de cada um dos seus colegas (JOHNSON; KIMSEY; 2012).

No contexto do trabalho em equipe, há várias abordagens – muti, inter e transdisciplinar. A articulação interdisciplinar tem sido destacada à medida que pode contribuir para a mudança nas relações de trabalho das equipes e, ao mesmo tempo, favorecer que, cada profissão, internamente, repense a sua prática no sentido de superar a fragmentação e os conflitos existentes no trabalho em saúde (MATOS; PIRES, 2010). É importante ressaltar que a idealização acerca da interdisciplinaridade caracteriza-se pela inserção real das disciplinas dentro de um mesmo projeto, através de relações de interdependência e de conexões recíprocas, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações (AMORIM; GATTÁS, 2007).

Outra abordagem que vem sendo valorizada é a transdisciplinaridade, sendo entendida como aquela que “diz respeito ao que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através da disciplina e além de toda disciplina. Sua finalidade é a compreensão do mundo atual, e um dos imperativos para isso é a unidade do conhecimento” (NICOLESCU, 2005, p. 52-53).

Feriotti (2009) explica que transdisciplinaridade não se limita às discussões das ciências exatas e humanas, ela expande-se a outras ciências, bem como à arte, cultura, religião, entre outras áreas. Este conceito contraria "(...) a neutralidade e objetividade da ciência tradicional, a transdisciplinaridade reconhece a importância da subjetividade humana na produção do conhecimento" (FERIOTTI, 2009, p. 186) e, assume-se, aqui, na produção da saúde no contexto hospital, espaço que acolhe problemas agudos de saúde, por exemplo, as Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA).

Estudos epidemiológicos mostraram que a maior causa da LEA são os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), seguido dos traumatismos cranioencefálicos (TCE) (FERREIRA et al., 2007; CHIAPPETTA; ODA, 2002). As consequências das lesões neurológicas podem ser diversas; as mais comuns são: perda do controle motor e/ou do equilíbrio, prejuízo cognitivo e/ou de linguagem, dificuldade de deglutição e alterações sensoriais e/ou sensitivas (FERREIRA et al., 2007; CARVALHO, 2006). Tais comprometimentos exigem processos de reabilitação que podem ser iniciados já no âmbito hospitalar, sendo necessária a atenção de uma equipe multiprofissional.

Pelas considerações acima, perguntou-se: quem são os profissionais, como se organizam e como trabalham as equipes, atuantes no Hospital Universitário de Santa Maria, envolvidas na assistência a pessoas com LEA? Portanto, este estudo teve o objetivo analisar os processos de trabalho das equipes, de diferentes setores do Hospital Universitário, que prestam atendimento a pessoas (adultos e idosos) acometidas por Lesão Encefálica Adquirida, bem como analisar a conceituação sobre trabalho em equipe apresentada pelos profissionais que as compõem.

Métodos

Este estudo é de natureza descritiva, exploratória e quali-quantitativa; foi realizado no Hospital Universitário de Santa Maria, vinculado a Universidade Federal de Santa Maria, localizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da instituição acima mencionada, sob número 3.724.066.

A amostra foi composta por conveniência, já que uma das autoras deste estudo conhecia a estrutura e funcionamento da assistência deste hospital junto a pessoas com LEA, ou seja, a amostra foi composta por se saber onde tais sujeitos são atendidos quando hospitalizados. Participaram profissionais do sexo masculino e feminino, de todos os setores

da saúde que prestam cuidados a pessoas com LEA, exceto a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), visto que a natureza deste setor impedia a coleta *in loco*, bem como não se tratava de um setor organizado e mantido pela Unidade de Reabilitação (UR).

Outro critério de inclusão foi tempo de experiência no setor: participaram profissionais que exerciam suas funções no hospital há, no mínimo, seis meses. Os servidores atuavam em setores que recebem e atendem a demanda de usuários com LEA sendo eles: Clínica Médica II (CM II), Cirurgia Geral (CG), Pronto Socorro (PS), Unidade de Reabilitação (UR) e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) – que corresponde à internação domiciliar. Foram excluídos os profissionais com tempo de prática profissional nos referidos setores inferior a seis meses, estagiários e residentes (por não serem servidores e pela rotatividade dos mesmos).

O período de coleta foi de dezembro de 2019 a junho de 2020. Para dar início à coleta, a pesquisadora solicitou à chefia da UR (setor que aloca todos os profissionais das equipes de Enfermagem, bem como os das profissões de Assistência Social, Farmácia, Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional do hospital) que indicasse os profissionais de referência de cada um dos setores mencionados acima. De posse da escala nominal e setorial obtida, deu-se início ao convite e, conseqüentemente, ao agendamento dos encontros entre a pesquisadora e os voluntários da pesquisa.

Ressalta-se que cada setor tem sua particularidade (escala, demandas e manejo/rotina de trabalho), fato que trouxe facilidades e dificuldades para a participação dos profissionais nesta pesquisa. Em alguns casos, no momento do agendamento, o profissional já tinha disponibilidade para conhecer os propósitos da pesquisa e responder ao questionário. Nestas situações, a pesquisadora e o profissional dirigiam-se a um local confortável, com privacidade e com o mínimo de perturbação, mas no mesmo setor de trabalho, ocorrendo, então, a assinatura do TCLE e seguidamente a aplicação do questionário. É importante salientar que os encontros foram áudio-gravados e, posteriormente, transcritos ortograficamente.

Houve uma necessidade emergencial ocasionada pela pandemia por Covid 19 e a imprescindível de mudanças quanto à coleta de dados. Em meio à crise pandêmica, passou-se a coletar os dados virtualmente, devido às exigências da Organização Mundial da Saúde (OMS) de manter o distanciamento social, visando-se a proteção e segurança da pesquisadora e dos participantes da pesquisa. Então, nesse segundo momento de coleta, utilizou-se o aplicativo WhatsApp® - ferramenta on-line que possibilita o uso de vídeo chamada que pode ser áudio gravada.

Para conseguir os contatos telefônicos dos profissionais anteriormente indicados, a pesquisadora entrou em contato com alguns dos já entrevistados, consultando-os sobre a possibilidade de compartilhamento do número telefônico dos colegas da equipe. Quando obtidos, foi enviada mensagem de texto, pelo WhatsApp®, que funcionou como o convite presencial, bem como o TCLE. Àqueles que deram retorno, foi agendada a vídeo chamada de acordo com o momento propício indicado pelo participante. Convém salientar que o recolhimento do TCLE ocorreu após a flexibilização da restrição de contato imposta pela pandemia no município (possivelmente a partir do mês outubro do corrente ano). Destaca-se que a coleta virtual não diminui a magnitude e relevância dos dados, já que as chamadas de vídeo puderam ser transcritas da mesma maneira que o encontro realizado no âmbito hospitalar.

É fundamental mencionar que o questionário foi elaborado exclusivamente para os fins desta pesquisa (Anexo A), sendo que parte dos resultados possibilitou a elaboração de categorias que permitiram a elaboração deste estudo. As questões norteadoras foram modificadas, com termos informais, frente à demonstração de não compreensão das mesmas; inclusive, dependendo da resposta do voluntário, realizaram-se outros questionamentos com o propósito de melhor apreender suas percepções acerca dos temas tratados.

Utilizou-se *Microsoft Office Excel 2010* para armazenamento dos dados e geração dos gráficos desta pesquisa. A análise descritiva (percentual e média das variáveis) foi processada utilizando-se *Software Statistica 9.1* e, para a análise dos conceitos e processos de trabalho das equipes, utilizou-se a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011).

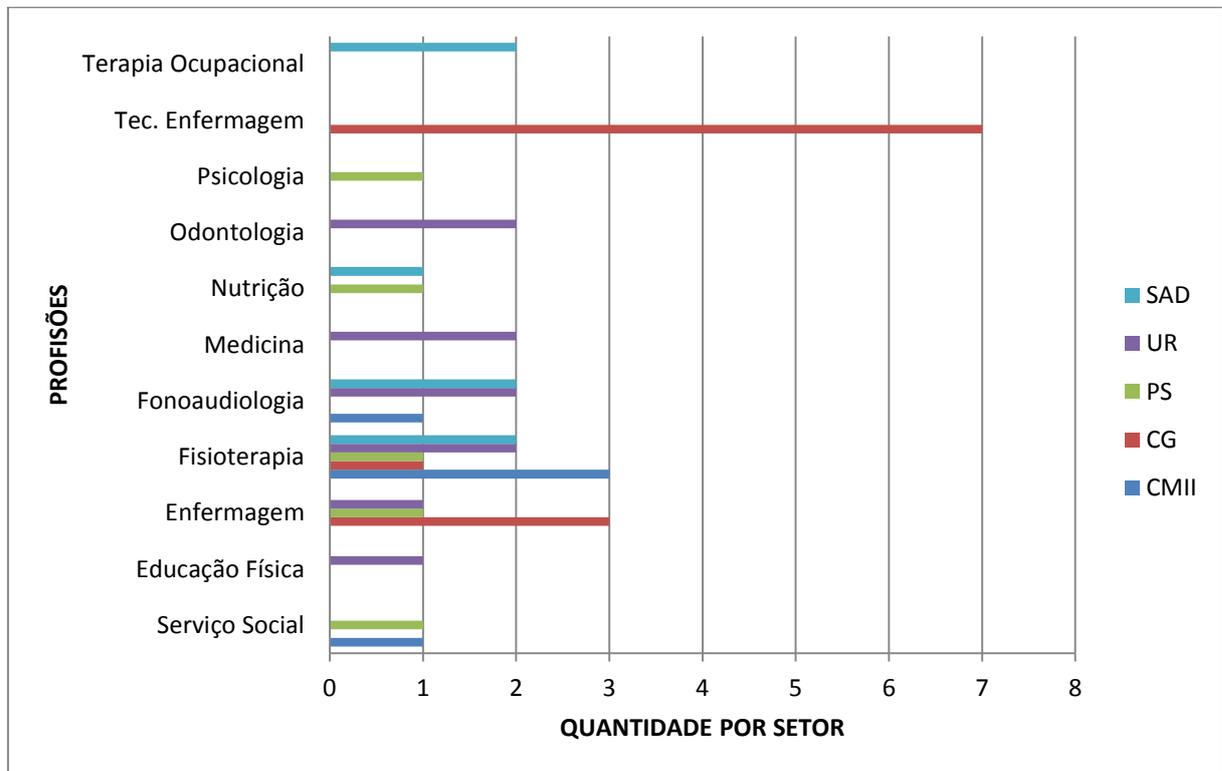
Resultados

Resultados Quantitativos

Foram entrevistados 35 profissionais, sendo que 82,85% eram do sexo feminino; a média de idade foi de 40,4 anos (variando de 27 a 57 anos). As profissões que prevaleceram foram as de Técnicos em Enfermagem e Fisioterapia (20%), seguida das de Enfermagem (14,28%), Fonoaudiologia (11,00%), Serviço Social, Odontologia, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional (5,71%), Educação Física e Psicologia (2,85%). Quanto aos setores pesquisados, o setor da Clínica Médica II (CM II) contou com a participação de cinco (14,28%) profissionais; o de Cirurgia Geral (CG) com 11 (31,42%); o Pronto Socorro (PS)

com cinco (14,28%); a Unidade de Reabilitação (UR) com dez (28,57%) e o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) com seis (17,14%) profissionais.

Figura 1 – Distribuição dos participantes e respectivos setores de atuação



Legenda: CMII- Clínica Médica II; CG- Cirurgia Geral; PS – Pronto Socorro; UR – Unidade de Reabilitação; SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

Note-se que está concentrado maior número de técnicos em enfermagem no setor de CG, seguido do profissional enfermeiro. Os setores com maior diversificação de especialidades foram a UR e o PS. Nos setores SAD, CG e CMII foi comum a participação da Fisioterapia.

Veja-se na Tabela 1, a distribuição dos participantes com detalhamento dos graus de instrução e tempo de atuação. O tempo médio de formação (em anos) dos profissionais foi de 23,4. Chama a atenção à qualificação dos profissionais em nível de mestrado (34,28%) e especialização (31,42%). Quanto ao tempo de atuação no hospital, é importante salientar que 31,42% dos participantes iniciaram seu trabalho como servidores do referido hospital há cinco anos, isso significa que no último concurso (em 2014) foram abertas vagas na área de reabilitação em saúde. Pode-se citar como exemplo, o aumento do número de profissionais da Fonoaudiologia, que passou de apenas um profissional (entre os anos de 2004 a 2014) para 12 (ocorrendo contratações entre 2014 e 2018).

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=35)

(continua)

SUJEITO	SEXO	IDADE	PROFISSÃO	TITULAÇÃO	SETOR	TEMPO DE ATUAÇÃO NO SETOR
S9	Feminino	31	Fonoaudióloga	Doutorado	CM II/SAD	2 anos
S10	Feminino	53	Assistente Social	Mestrado	CM II	16 anos
S11	Feminino	43	Fisioterapeuta	Mestrado	CM II	3 anos e 2 meses
S12	Feminino	43	Fisioterapeuta	Mestrado	CM II	18 anos
S16	Feminino	39	Fisioterapeuta	Especialização	CM II/SAD	12 anos
S1	Feminino	27	Enfermeira	Doutorado	CG	1 ano e 7 meses
S23	Masculino	48	Téc. de Enfermagem	Técnico	CG	18 anos
S24	Feminino	47	Enfermeira	Mestrado	CG	16 anos
S25	Masculino	50	Enfermeiro	Mestrado	CG	5 anos
S28	Masculino	42	Téc. de Enfermagem	Técnico	CG	3 anos
S29	Feminino	32	Fisioterapeuta	Doutorado	CG	5 anos
S30	Feminino	44	Téc. de Enfermagem	Técnico	CG	5 anos
S31	Feminino	40	Téc. de Enfermagem	Técnico	CG	5 anos e 6 meses
S33	Feminino	57	Téc. de Enfermagem	Técnico	CG	12 anos
S34	Feminino	43	Téc. de Enfermagem	Técnico	CG	3 anos
S35	Feminino	38	Téc. de Enfermagem	Mestrado	CG	8 anos
S17	Feminino	50	Fisioterapeuta	Especialização	PS	6 anos
S20	Feminino	34	Assistente Social	Mestrado	PS	5 anos
S21	Masculino	35	Psicólogo	Especialização	PS	4 anos

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=35)

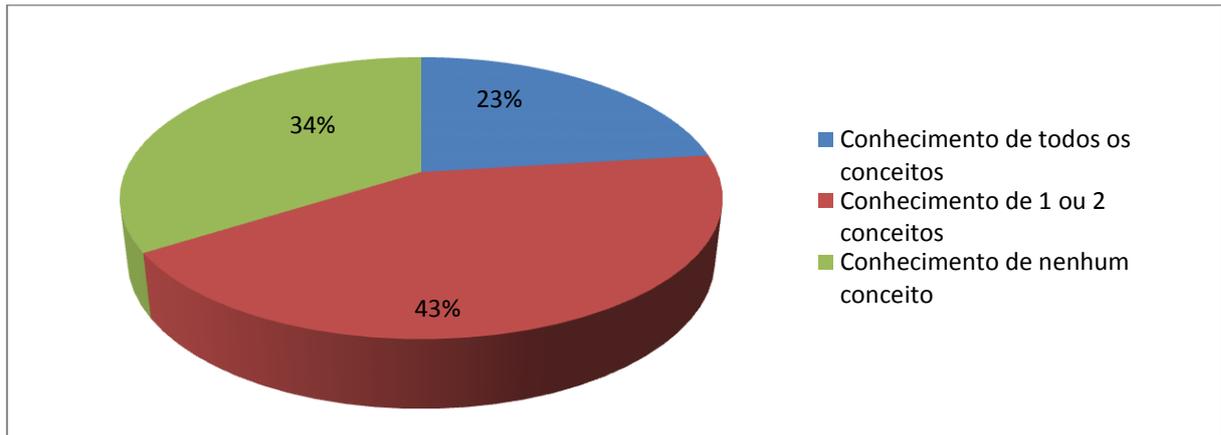
(conclusão)

SUJEITO	SEXO	IDADE	PROFISSÃO	TITULAÇÃO	SETOR	TEMPO DE ATUAÇÃO NO SETOR
S22	Feminino	31	Nutricionista	Especialização	PS	5 anos
S27	Feminino	38	Enfermeira	Mestrado	PS	1 ano
S2	Feminino	40	Fonoaudióloga	Doutorado	UR	5 anos
S3	Feminino	35	Fisioterapeuta	Especialização	UR	5 anos
S6	Feminino	50	Fisioterapeuta	Mestrado	UR	7 anos
S8	Feminino	33	Médica	Mestrado	UR	8 meses
S13	Masculino	39	Dentista	Especialização	UR	4 anos e 6 meses
S14	Feminino	48	Médica	Doutorado	UR	18 anos
S15	Feminino	41	Enfermeira	Mestrado	UR	14 anos
S18	Feminino	28	Dentista	Especialização	UR	7 meses
S19	Feminino	44	Fonoaudióloga	Doutorado	UR	5 anos
S26	Feminino	37	Educadora Física	Mestrado	UR	5 anos
S32	Masculino	43	Fisioterapeuta	Especialização	SAD	16 anos
S4	Feminino	29	Terap. Ocupacional	Especialização	SAD	5 anos e 4 meses
S5	Feminino	28	Terap. Ocupacional	Especialização	SAD	6 meses
S7	Feminino	54	Nutricionista	Especialização	SAD	24 anos

Legenda: CMII: Clínica Médica II; CG: Cirurgia Geral; PS: Pronto Socorro; UR: Unidade de Reabilitação; SAD: Serviço de Atendimento Domiciliar; Tec. de Enfermagem: Técnico de Enfermagem; Terap. Ocupacional: Terapeuta Ocupacional

No que se refere à conceituação do trabalho em equipe multiprofissional com abordagem - multi, inter ou transdisciplinar – obtiveram-se os dados apresentados na Figura 2.

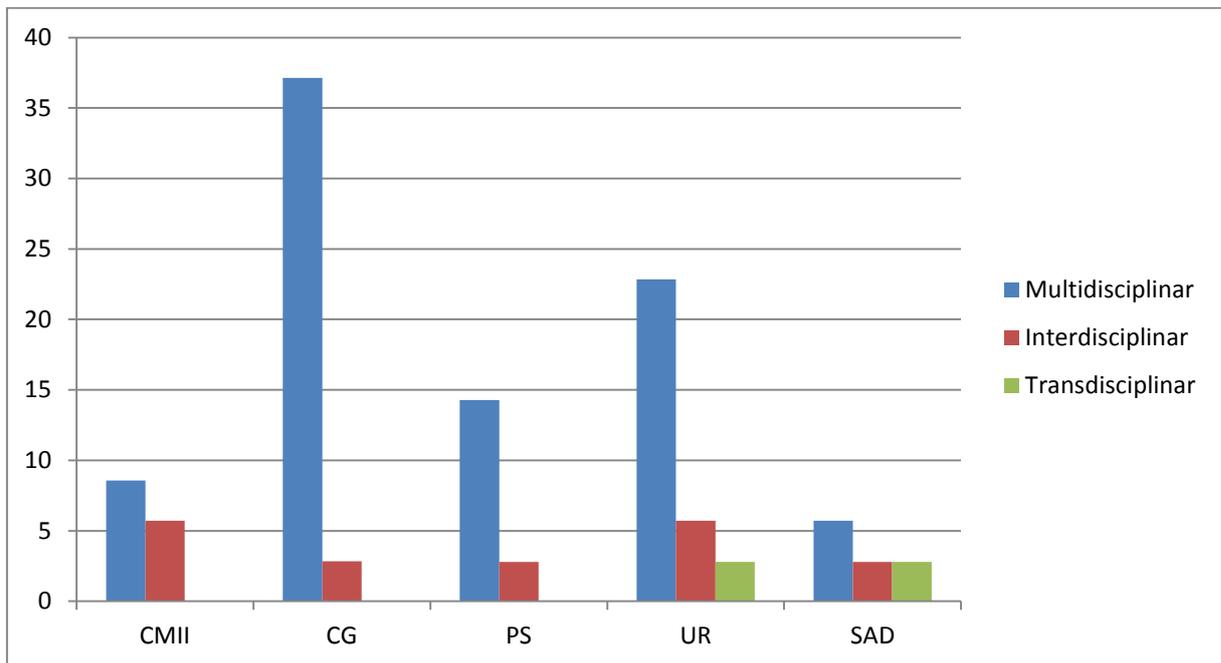
Figura 2 – Conhecimento dos profissionais sobre os diferentes conceitos de trabalho em equipe multiprofissional (n=35)



Pode-se observar, na Figura 2, que a maior parte dos participantes (43%) soube conceituar/definir apenas uma ou duas das categorias de trabalho em equipe. Convém destacar as particularidades de cada setor: na CMII, dos cinco profissionais participantes, três (60%) responderam a um ou dois conceitos corretamente. No setor de CG, 5/11 (45,45%) não souberam responder a nenhum dos conceitos, 4/11 (36,36%) responderam de um a dois conceitos e 2/11 (18,18%) conceituaram corretamente as três categorias. No PS, 2/4 (50%) dos profissionais souberam a todos os conceitos, 1/4 (25%) respondeu adequadamente a um e dois conceitos e o outro 1/4 (25%) não soube responder. Na UR, que contou com a participação de 10 sujeitos, quatro (40%) responderam a um ou dois conceitos corretamente; três (30%) souberam conceituar todas as categorias de equipe e três (30%) não souberam responder. Por fim, no SAD, 4/7 (57,14%) responderam de um a dois conceitos, 1/7 (14,28%) a todos e 1/7 (14,28%) não soube responder. Note-se a diversidade do número de respondentes em cada setor; porém, chama a atenção que os profissionais do PS foram, proporcionalmente, os que mais souberam conceituar as abordagens do trabalho em equipe multiprofissional.

A partir do questionamento sobre a identificação de cada profissional acerca da abordagem disciplinar da sua equipe de trabalho, obtiveram-se os dados demonstrados na Figura 3.

Figura 3 – Concepções dos profissionais sobre modos de atuação de suas equipes (n=35)



Legenda: CMII- Clínica Médica II; CG- Cirurgia Geral; PS – Pronto Socorro; UR – Unidade de Reabilitação; SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

Note-se que em todos os setores a identificação prioritária foi a abordagem multidisciplinar, ou seja, existência de equipes com vários profissionais trabalhando, mas individualmente. Na CMII, 3/5 (8,57%) dos profissionais categorizaram sua equipe como multidisciplinar e 2/5 (5,71%) como interdisciplinar. No setor de CG, 10/11 (37,13%) caracterizaram sua equipe como multidisciplinar e 1/11 (2,85%) como interdisciplinar. No PS 4/5 (14,28%) dos profissionais categorizaram sua equipe como multidisciplinar e 1/5 (2,8%) interdisciplinar. Na UR, 8/10 (22,85%) dos profissionais categorizaram sua equipe como multidisciplinar; 1/10 (5,71%) interdisciplinar e 1/10 (2,8%) transdisciplinar. E, o SAD, foi o setor onde as porcentagens foram mais equilibradas, no qual 5/7 (5,71%) dos profissionais categorizaram sua equipe como multidisciplinar, 1/7 (2,8%) interdisciplinar e 1/7 (2,8%) transdisciplinar.

Resultados Qualitativos

As vivências e as percepções dos participantes possibilitaram elaborar duas categorias: a primeira denominada “Ações profissionais e sua repercussão junto a pessoas com LEA” e a segunda “Processo de trabalho em equipe”. A primeira categoria foi elaborada considerando as respostas referentes às questões sobre as práticas profissionais junto às pessoas com LEA e

sobre como percebiam a repercussão do trabalho junto a tais pessoas. A segunda foi elaborada a partir do conhecimento dos participantes acerca dos tipos/das categorias de trabalho em equipe e sobre a rotina do trabalho em equipe - se ocorriam e com qual regularidade eram realizadas as reuniões para integração e/ou discussão de casos.

Nesta perspectiva, são apresentados, nos quadros a seguir, os discursos que expõem as vivências e percepções relatadas pelos participantes. Visando preservar a identidade dos mesmos, adotou-se o esquema: ordem de sujeito/sigla da profissão/data da coleta. Nos Quadros 1 e 2, estão apresentados os discursos que contemplam a primeira categoria – ações profissionais e sua repercussão junto a pessoas com LEA – respectivamente.

Quadro 1 – Práticas multiprofissionais na atenção à saúde de pessoas com LEA

Setor	Unidade de registro
CMII	<p><i>“Dependendo do que o paciente precisa, eu chamo a fono, um médico ou enfermeira. A TO não está todos os dias aqui, mas quando solicitada ela vem, por que atendem todo o hospital. A assistente social está diariamente aqui conosco, abordagem é um pouco diferente, mas muito importante principalmente para a família.”</i></p> <p>(S12/FIS/05.01.2020)</p>
CG	<p><i>“Como eu sou do turno da noite, me relaciono e trabalho só com equipe de enfermagem. Quando tem eventualidade de urgência/emergência solicitamos um médico. A equipe multi está aqui durante o dia, não tenho contato com eles, só com o que eles deixam no prontuário.”</i></p> <p>(S31/TEC.ENF/20.04.2020)</p>
PS	<p><i>“A nutrição, a fisio, a fono e a psicologia, são essas quatro profissões que estão muito presentes no nosso dia a dia até porque a gente divide sala. Então, estamos sempre discutindo caso, sempre conversando sobre os pacientes, um ajudando o outro, e com a enfermagem e com a medicina também porque a gente não consegue fazer nada sem se desvincular deles, mas com menor aproximação, pois eles não estão presentes no mesmo espaço [sala] de trabalho; então temos que ir atrás ou se eles têm alguma demanda identificada eles vêm atrás da gente. Mas num geral temos uma boa prática com todas as profissões.”</i></p> <p>(S20/SS/12.03.2020)</p>
UR	<p><i>“Costumo trabalhar diretamente com a fisioterapeuta. Dependendo do paciente, com a médica. Geralmente analiso cada caso com ela e buscamos a demanda necessária, podendo ser da fonoaudióloga, terapeuta ocupacional (...) discutimos os casos em geral, pois pacientes da Neuro tem bastante demandas e daí eu vou fora da unidade buscar, dentro das possibilidades, alguém que possa contribuir”</i></p> <p>(S15/ENF/15.01.2020).</p>
SAD	<p><i>“(…) aqui no SAD tem toda a equipe de apoio, porque temos demandas múltiplas. Então, vai muito da prática profissional de cada um. Por exemplo: fui ver um paciente e ele disse que tossiu ao tomar água, então ... eu dou um jeito de falar com a fono para avaliar; procuro sempre ver esse contexto.”</i></p> <p>(S17/FIS/21.01.2020)</p>

Legenda: SS (Serviço Social); ODON (Odontologia), ENF (Enfermagem), EF (Educação Física), FIS (Fisioterapia), FON (Fonoaudiologia), MED (Medicina), NUT (Nutrição), PSI (Psicologia), TEC-ENF (Técnico em Enfermagem) e TO (Terapia Ocupacional).

Quadro 2 – Repercussão do trabalho junto a pessoas com LEA

Setor	Unidade de registro
CMII	<p><i>“Olha... a gente tenta fazer o melhor. Eu acredito que o nosso hospital, apesar de todos os problemas que a gente enfrenta diariamente, a gente consegue fazer um bom trabalho ... de reabilitar esses pacientes internados; eu vejo que é um bom trabalho, apesar de tudo.”</i></p> <p>(S12/FIS/05.01.2020)</p>
CG	<p><i>“É positivo, na grande maioria das vezes, bem positivo. A gente tem progressos aqui porque é na beira de leito, então, a gente faz tudo igual todos os dias ... é uma terapia intensiva, né? (...) Ruim é quando o paciente dá alta e sabemos que há falhas no encaminhamento e continuidade do tratamento.”</i></p> <p>(S1/ENF/10.12.2019)</p>
PS	<p><i>“Eu vejo que o hospital parece bom e apto pra não deixar as pessoas morrerem com LEA. Mas eu não vejo muito o hospital conseguindo fazer um acompanhamento ou de articular um acompanhamento para reabilitação. Mas essa coisa bem tradicional de “salvar vidas”... Eu vejo que o hospital consegue.”</i></p> <p>(S21/PSI/12.03.2020)</p>
UR	<p><i>“É bem positiva, assim, claro que depende muito. Eu vejo a forma que a família, às vezes, acolhe pelo tipo de pacientes que a gente tem ali. Quando a família pega junto, assim ... acolhe as informações e as orientações ... então, assim, tem um crescimento e uma repercussão bem positiva. Claro que tem situações que é mais complicado, mais difícil. Mas quando tudo se encaixa, flui. E é bem gratificante.”</i></p> <p>(S2/FON/10.12.2019)</p>
SAD	<p><i>“Olha, eu acho muito gratificante a gente ter a oportunidade de estar na realidade do paciente; é um trabalho muito diferente do que a gente vê aqui dentro do hospital, nos setores (...). No domicílio conseguimos nós adaptar, ajustar a rotina, ser mais realistas no contexto de cada paciente.”</i></p> <p>(S9/FON/18.12.2019)</p>

Legenda: SS (Serviço Social); ODON (Odontologia), ENF (Enfermagem), EF (Educação Física), FIS (Fisioterapia), FON (Fonoaudiologia), MED (Medicina), NUT (Nutrição), PSI (Psicologia), TEC-ENF (Técnico em Enfermagem) e TO (Terapia Ocupacional).

Nos Quadros 3 e 4 apresentam-se os discursos que contemplam a segunda categoria – Processo de trabalho em equipe; sendo que no Quadro 3 destacam-se os conhecimentos/conceituação dos profissionais sobre as possibilidades do trabalho em equipe e no Quadro 4 a rotina dos encontros profissionais voltados ao cuidado das pessoas com LEA.

Quadro 3 – Conhecimento dos conceitos sobre trabalho em equipe e como categoriza o processo de trabalho da sua equipe

Setor	Unidade de registro
CMII	<p>“Acho que ali [no setor] ela [equipe] acaba sendo multidisciplinar. Tipo, se a equipe médica resolve que um determinado tratamento é indicado pra aquele paciente, não há uma discussão sobre particularidade de cada especialidade (...). Por isso é multidisciplinar, por que são várias disciplinas, vários profissionais envolvidos, mas cada um atua na sua área separadamente”.</p> <p>(S23/TEC.ENF/12.03.2020)</p>
CG	<p>“Não saberia conceituar pra ti cada um deles, mas acredito que minha equipe seja multidisciplinar pelo fato de ter uma equipe multi. Transdisciplinar não sei e não faço ideia do conceito, muito menos exercer isso na prática (...) interdisciplinar seria se mais profissionais de outras áreas atendessem juntos, mas isso não acontece aqui”.</p> <p>(S28/TEC.ENF/31.03.2020)</p>
PS	<p>“Assim, tu tens como me conceituar cada um deles [conceitos de trabalho em equipe]? Eu não tenho como te especificar como é a minha equipe, porque às vezes a gente tem dúvida nessas denominações (...) acho que por ser uma equipe multi, trabalhamos multi, mas é cada um na sua [especialidade]”.</p> <p>(S17/FIS/21.01.2020)</p>
UR	<p>“Eu acredito que nós conseguimos com muitos profissionais ser até transdisciplinar. Mas não com todos, como por exemplo, o neurologista. Mas é transdisciplinar com a nutri, é trans com a psico, com as pessoas que a gente tem mais contato aqui dentro, e eu atuo praticamente junto, é o meio transdisciplinar, é um atendimento em conjunto mesmo”.</p> <p>(S19/FON/14.02.2020)</p>
SAD	<p>“Hã, na verdade eu estudei isso só na residência um pouco (...) mas mais a fundo assim, não. Mas sei classificar onde minha equipe se insere dentro destes contextos (...) vejo ela como interdisciplinar (...), às vezes, fazemos visita com mais de uma área junto, no mesmo momento.”</p> <p>(S9/FON/18.12.2019)</p>

Legenda: SS (Serviço Social); ODON (Odontologia), ENF (Enfermagem), EF (Educação Física), FIS (Fisioterapia), FON (Fonoaudiologia), MED (Medicina), NUT (Nutrição), PSI (Psicologia), TEC-ENF (Técnico em Enfermagem) e TO (Terapia Ocupacional).

Quadro 4 – Reuniões de equipe e integração/discussão de casos

(continua)

Setor	Unidade de registro
CMII	<p>“Na verdade, nós não realizamos uma reunião formal. A gente troca no corredor; vai fazer um lanche, senta e começa a discutir. Um atende e vê que tem alguma coisa do outro profissional específico, daí a gente passa. Mas, assim, formalmente e regularmente a gente não tem reunião.”</p> <p>(S10/SS/ 19.12.2019)</p>
CG	<p>“Olha, para discutir caso, assim, é difícil. Não tem por rotina fazermos reunião pra discutir nenhum caso específico.”</p> <p>(S25/ENF/16.03.2020)</p>
PS	<p>“Sim, temos uma reunião semanal e discutimos os casos que estão internados aqui. Mas o propósito maior da reunião é discutir os casos que estão aqui há mais tempo e quando tem casos mais complexos a gente também levanta mesmo que estejam a menos tempo, mas em geral discutimos os casos mais antigos, porque teoricamente no PS os pacientes deveriam ficar apenas 48h e aqui temos pessoas que ficam muito mais tempo”</p> <p>(S21/ PSI/12.03.2020)</p>

Quadro 4 – Reuniões de equipe e integração/discussão de casos

(conclusão)

Setor	Unidade de registro
UR	<p><i>“Sim, pelo menos uma vez no mês. A gente tem marcado reuniões uma vez por semana. Mas nem sempre em todas as reuniões a gente fala sobre os pacientes, tem umas que são mais administrativas, outras que são mais de organização, outras mais de discutir sobre o paciente.”</i></p> <p>(S26/EDF/19.03.2020)</p>
SAD	<p><i>“Aqui a reunião é semanal - o round é toda segunda feira – a gente passa todos os casos e a gente tem um grupo no WhatsApp também caso precise trocar alguma informação no decorrer da semana.”</i></p> <p>(S9/FON/18.12.2019)</p>

Legenda: SS (Serviço Social); ODON (Odontologia), ENF (Enfermagem), EF (Educação Física), FIS (Fisioterapia), FON (Fonoaudiologia), MED (Medicina), NUT (Nutrição), PSI (Psicologia), TEC-ENF (Técnico em Enfermagem) e TO (Terapia Ocupacional).

Discussão

A Resolução nº 287/1998, do Conselho Nacional de Saúde, reconhece como profissionais da saúde - os assistentes sociais, biólogos, dentistas, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Note-se que a maioria das profissões está presente no hospital estudado. Pode-se dizer que a gestão da EBSEH (que teve contrato firmado no Hospital Universitário, em dezembro de 2013) incorporou com maior ênfase a atuação de uma equipe multiprofissional para promover os cuidados hospitalares. Segundo Silva (2019), uma equipe multiprofissional conta com profissões além das tradicionais (Enfermagem, Medicina e Técnicos de Enfermagem) e tem potencial para instituir práticas multiprofissionais no planejamento hospitalar (SILVA, 2019).

Haddad et al. (2010) já ressaltavam que os sistemas de saúde das três esferas de governo (no âmbito da federação, estados e municípios) historicamente enfrentam desafios quantitativos (número, distribuição e fixação de profissionais) e qualitativos (formação e qualificação profissional) na qualificação dos serviços. Segundo os referidos autores, tal situação tem sido objeto de debates e de intervenções governamentais no que tange à formação e qualificação profissional visto que representam a manutenção da desarticulação na execução de políticas sociais envolvendo os setores educacionais e de prestação de serviços na área da saúde.

A maioria dos profissionais deste estudo foi do sexo feminino, dado que corrobora com o estudo de Matos, Toassi e Oliveira (2013), por exemplo. Tais autores discutem a feminilização das ocupações e profissões de saúde; refletem sobre o crescimento do sexo

feminino em profissões, inclusive, como a Medicina que tradicionalmente era cursada e desenvolvida por homens. Outro estudo destaca que a profissionalização feminina na saúde foi iniciada no final do século XIX e, também, esclarece que inicialmente esteve relacionada aos papéis femininos tradicionais de cuidar, educar e servir, entendidos, à época, como dom ou vocação. Nesse sentido, os autores destacam as equipes de Enfermagem (a primeira profissão feminina universitária no Brasil) como sustentadoras dos programas de saúde pública e do funcionamento dos serviços de saúde (APERIBENSE; BARREIRA, 2008). Neste estudo as profissões de técnicos de Enfermagem e Enfermagem foram as prevalentes.

O sexo predominante, a idade, o tempo de atuação e o grau de formação dos profissionais, aqui pesquisados, foram compatíveis ou aproximados com outros estudos realizados em hospitais universitários. Silva, Soares e Iwamoto (2009) realizaram pesquisa em um hospital universitário do Triângulo Mineiro, abordando 44 profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e encontraram 77% dos sujeitos do sexo femininos; a média de idade de 40 anos; sendo que 80% dos enfermeiros possuíam pós-graduação. Tronchin et al. (2009), pesquisando um hospital universitário de São Paulo, também revelaram predominância do sexo feminino; média de idade de 41 anos, o tempo médio de atuação de 12 anos, sendo que a formação profissional dos participantes foi de 52,8% de nível superior e 47,2% de nível médio/técnico.

Os dados deste estudo diferem dos anteriores no que tange à multiprofissionalidade encontrada e já discutida. Também difere no que se refere ao grau de instrução (muitos têm pós-graduação) – possivelmente os trabalhadores do Hospital Universitário em estudo possuem maior nível instrucional em função de eles (principalmente enfermeiros e médicos), integrarem o Regime Jurídico Único (RJU)/estatutário e receberem incentivos institucionais para capacitação.

Quanto à conceituação sobre as diferentes formas de trabalho em equipe, obteve-se pequeno percentual de trabalhadores que souberam classificar todas as abordagens, mas de forma geral, identificaram suas equipes como “equipes multiprofissionais”, ou seja, múltiplos profissionais que agem lado a lado, havendo, ainda, pouca integração entre os mesmos. Bruscato et al. (2004) ressaltam que em uma equipe multidisciplinar o trabalho de vários especialistas é unido organizacionalmente, mas não sistematizado em tarefas conjuntas, o que, inevitavelmente, não produz melhorias significativas quanto à integralidade do cuidado em saúde.

Reflete-se, aqui, que há evidências científicas acerca dos processos de trabalho interprofissionais, melhor dizendo, interdisciplinares, aqueles em que são estabelecidas

relações de interação e integração entre as disciplinas e entre os trabalhadores no campo da saúde (SEVERO; SEMINOTTI, 2010). As práticas interdisciplinares e transdisciplinares potencialmente geram integralidade, uma vez que colocam em comunicação diferentes formas de descrever, analisar, explicar e intervir na realidade.

Quando se analisam as respostas dos profissionais por setor, chama à atenção a conceituação atribuída pelos profissionais da UR e do SAD – estes definiram de forma mais adequada as diferentes abordagens do trabalho em equipe. Interpreta-se tal dado considerando-se a natureza de tais serviços, ou seja, são setores que se organizam e funcionam assentados no exercício interdisciplinar e/ou transdisciplinar. Ressalta-se que há profissionais que atuam em ambos os serviços. Atualmente a modalidade de assistência domiciliar, definida como procedimentos hospitalares possíveis a serem desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar (CARNAÚBA et al., 2017), vem sendo recorrentemente indicada para atender as necessidades de pessoas com doenças crônicas, neurológicas, cardíacas, entre outras, que necessitam de acompanhamento diário e especializado pós-alta hospitalar. Essa modalidade é defendida por valores como: ampliação da convivência familiar e afeto dela recebido, presumida qualidade de vida e redução de custos relacionados à hospitalização (BRASIL, 2013; SIMÃO; MIOTO, 2016).

Convém destacar que nas questões sobre definição/conceituação das abordagens de trabalho em equipe, muitos profissionais tiveram dificuldade em classificar a organização e funcionamento de suas próprias equipes. Pausadamente refletiram: “a minha equipe é multidisciplinar, mas ao mesmo tempo é fragmentada!” “Será que realizamos um trabalho interdisciplinar ou transdisciplinar e não percebemos por não sabermos os conceitos das categorias?” Portanto, pode-se dizer que estes questionamentos tornaram-se gatilhos reflexivos; muitos profissionais puderam refletir sobre suas concepções e tipos de equipes a partir das suas vivências/de suas rotinas de trabalho. A propósito, este fato já foi referido pela produção teórica sobre equipes multiprofissionais de serviços de saúde, como ambulatórios e hospitais de grande porte; segundo Peduzzi (2001), as equipes raramente eram analisadas como realidades verídicas do trabalho em saúde.

Ainda que o trabalho interdisciplinar em equipe seja uma estratégia recomendada e intensamente referida nos programas e serviços de saúde, bem como as possibilidades de trabalho transdisciplinar, muitos profissionais deste estudo demonstraram não ter conhecimentos sobre os fundamentos básicos de como realizar tarefa coordenadas e/ou em conjunto em seus processos de trabalho. Esse desconhecimento ocasiona desconforto ou

insegurança e, para solucionar isso, os profissionais acabam escolhendo por atendimentos individuais, não interagindo com outros profissionais (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Uma boa oportunidade para mudar tal situação é a Educação Permanente, que segundo Ceccim (2005, p. 161) trata-se de “um processo que ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde”.

Sobre a repercussão do trabalho da equipe prestado às pessoas acometidas por LEA, a grande maioria dos profissionais reconheceu que a assistência prestada por eles favorece as condições de saúde das pessoas atendidas. Possivelmente tal dado tem a ver com o fato de os profissionais apresentarem e cotidianamente aprimorarem seus conhecimentos técnicos e humanitários, indispensáveis à percepção e, conseqüentemente, à redução dos agravos neurológicos das pessoas por eles atendidas (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

No que se refere aos processos de trabalho, foi identificado que o exercício profissional diurno favorece a perspectiva interdisciplinar, diferentemente do que ocorre no período noturno, quando a assistência fica quase que exclusivamente nas mãos da equipe de Enfermagem. Obteve-se, também, o dado de que as reuniões de equipe para discussão de casos acontecem mais no turno diurno e, que os profissionais do turno da noite ficam desatualizados quanto às informações compartilhadas nas reuniões/*rounds*, restando como único meio de troca os prontuários. Pode-se assegurar que durante o dia tem-se a presença de diferentes profissionais, o que possibilita o exercício de um trabalho mais integrador e articulado. Este dado corrobora outros estudos que revelaram o exercício de equipes diversificadas durante o dia (MATOS, 2002; PIRES, 1999).

Entre os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em equipe, tem-se a diversidade de formação dos profissionais a esse respeito, ou seja, a formação para a comunicação difere entre as profissões. Algumas categorias profissionais, por suas naturezas de constituição, têm formação para se comunicar com as outras. Um efeito que ainda permanece no ambiente hospitalar é o da hierarquia entre as profissões e isso pode dificultar o exercício interdisciplinar e/ou transdisciplinar - a visão médico-centrada pode inibir a participação dos demais membros da equipe multidisciplinar (ROWLANDS; CALLEN, 2013). Ainda, a ausência de reflexão e de diálogo nas equipes multiprofissionais

favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre as disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção. Esta prática gera no trabalhador e, conseqüentemente no usuário, sentimentos de desigualdade e desagregação, pois o discurso é da integralidade, mas a prática é fragmentada (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Assim, para tornar o setor dinâmico, organizado e participativo, as reuniões de equipe são consideradas espaços privilegiados para a construção da democracia interna, uma vez que nela são estabelecidos os planos assistenciais para os usuários, assim como tomadas outras decisões referentes à atuação da equipe (MATOS; PIRES, 2012). A participação de, pelo menos, um representante de cada disciplina/profissão que oferece cuidado hospitalar às pessoas com LEA é imprescindível nas reuniões ou *rounds* para discussão de casos e tomada de decisão voltadas ao cuidado integral, evolução clínica, entre outros aspectos favorecedores da recuperação de pais pessoas.

Desafios importantes devem ser superados, sobretudo, no sentido de viabilizar a evolução da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade e para a transdisciplinaridade, de modo a atingir uma maior articulação de ações e, como consequência, efetivar a superação das fronteiras de cada área profissional, tratando-se de uma construção diária complexa e promissora, mas que beneficia os cuidados dos usuários, em especial as pessoas com LEA.

Conclusão

Considerando os resultados obtidos neste estudo, pode-se dizer que o trabalho em equipe nos diferentes setores do hospital universitário ainda é executado de maneira fragmentada. Mas, também foi evidenciado esforço, de parte dos profissionais, para que esta realidade seja modificada.

Foram identificadas dificuldades dos profissionais em conceituar sobre as diferentes formas de atuação de uma equipe multiprofissional de saúde; alguns profissionais refletiram sobre a complexidade de trabalhar de modo interdisciplinar e transdisciplinar. Ficou claro que na maioria dos setores (4/5) obteve-se respostas referentes à atuação multidisciplinar de suas equipes; houve equilíbrio entre as concepções de trabalho em equipe no SAD, ou seja, os profissionais deste setor indicaram (em percentuais aproximados) atuação multi, inter e transdisciplinar.

Na perspectiva contemporânea, na qual este estudo se insere, pode-se dizer que o trabalho em equipe é uma prática que exige relações interprofissionais, organização, comunicação efetiva e constante aprendizagem. Para que isso ocorra e de modo a refletir

positivamente no cotidiano dos profissionais de saúde, convém educação permanente e investimentos da administração hospitalar no que se refere às possibilidades da relação entre as disciplinas/profissões para efetivar um cuidado especializado, integral e de eficiência ofertado às pessoas com LEA.

Referências

AMORIM, D. S.; GATTÁS, M. L. B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 1, p. 82-84, 2007.

APERIBENSE, P. G. G. S.; BARREIRA, I. A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. **Rev. esc. enferm**, v. 42, n. 3, p. 474-482, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 287 de 08 de outubro de 1998**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, 16 jul. 2012.

BRUSCATO, W. L. A Psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In: BRUSCATO, W.L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. (Org.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 17-32.

CARNAÚBA, C. M. D.; SILVA, T. D. A.; VIANA, J. F. ALVES, J. B. N. ANDRADE, N. L. FILHO, E. M. T. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 3, p. 353-363, 2017.

CARVALHO, R. C. Acidente vascular cerebral: atualizações. In: LUCIA, M. C. S.; MIOTTO, E. C.; SCAFF, M. (Org.). **Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 99-103.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CHIAPPETTA, A. L. M. L.; ODA, A. L. Disfagia orofaríngea neurogênica. In: **Reabilitação em doenças neurológicas**: guia terapêutico prático. In: LEVY, J. A.; OLIVEIRA, A. S. B. (Org.). São Paulo: Atheneu, 2002. p. 81-92.

COSTA NETO, M. M. (Org.). **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

FERIOTTI, M.L. Equipe Multiprofissional, Transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Rev. NESME**, v. 6, n, 2, p. 179-193, 2009.

FERREIRA, M. S.; SALLES, I. C. D.; BRANCO, D. G.; GASPAR, A. P. Reabilitações nas lesões encefálicas Adquiridas (LEA). In: **Medicina e reabilitação: princípios e prática**. Org. FERNANDES, A. C.; RAMOS, A. C. R.; CASALIS, M. E. P.; HEBERT, S. K.; São Paulo: **Artes Médicas**, 2007, p. 174-88.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, p. 385-393, 2010.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN J.**, v. 95, n. 5, p. 591-601, 2012.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. 2002. 140 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUZA, G. W.; Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n.5, p. 775-81, 2010.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminilização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

NICOLESCU, B. **O Manifesto da Transdisciplinaridade**. Trad. Lucia Pereira de Souza. 3^a ed. São Paulo: TRIOM, 2005.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. Comunicação Efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PERES, R. S.; ANJOS, A. C. Y.; ROCHA, M. A.; GUIMARÃES, A.G.C.; BORGES, G.M.; SOUZA, K.G.; PEREIRA, M. G.; O trabalho em equipe no contexto hospitalar: reflexões a partir da experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Rev. em Extensão**, v. 10, n. 1, p. 113-120, 2011.

PIRES, D. E. P. Organização do trabalho em saúde. In: **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Org. LEOPARDI, M.T. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p. 25-48.

ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital based multidisciplinary lung cancer team. **Eur J Cancer Care**, v. 22, n. 1, p. 20-31, 2013.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1685-1698, 2010.

SILVA, K. F. N.; SOARES, S.; IWAMOTO, H. H. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 31, n. 6, 2009.

SILVA, L. B. C. Equipe multiprofissional em saúde: níveis de integração. In: OLIVEIRA, V. B.; YAMAMOTO, K. (Org.). **Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática**. São Bernardo do Campo: UESP, 2003. p. 73-88.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 156-169, 2016.

TRONCHIN, D. M. R.; MIRA, V. L.; PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M.; SILVA, J. A. M.; SILVA, A. M.; SOARES, J.M.S. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Rev Esc Enferm**, v. 43, n. 2, p. 1210-1215, 2009.

WALLIG, J.; SOUZA FILHO, E. A psicologia hospitalar segundo médicos e psicólogos: um estudo psicossocial. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 10, n. 2, p. 47-62, 2007.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; BAASH, C.; ANTUNES, M. C.; MENEZES, M. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 16, n. 3, p. 1157-1176, 2018.

Anexo A – questionário para coleta de dados junto aos profissionais de saúde do HUSM

Data da coleta: __/__/__

A) Dados de identificação:

1) Iniciais do nome: __ __ __; DN: __/__/____; 2) Sexo: _____

3) Profissão: () Educação Física; () Enfermagem; () Farmácia; () Fisioterapia; () Fonoaudiologia;
() Medicina; () Nutrição; () Odontologia; () Psicologia; () Serviço Social; () Técnico de Enfermagem; ()
Terapia Ocupacional; () Outra _____

Ano da Graduação: _____

4) Pós-graduação:

TITULAÇÃO	ANO	ÁREA	APLICAÇÃO
() Especialização			
() Mestrado			
() Doutorado			
() Pós Doutorado			

5) Setor da atividade profissional: _____.

6) Tempo de atuação nesta atividade: _____ anos/meses.

B) Dados sobre processo de trabalho e assistência a pessoas com LEA

7) Você trabalha com pessoas com Lesão Encefálica Adquirida (LEA)?

8) Você encontra dificuldades para atender pessoa com LEA? Quais?

9) Quais atendimentos profissionais uma pessoa com LEA precisa? Por quê?

7) Você reconhece dificuldades de comunicação nas pessoas com LEA? Quais? E como você lida com as dificuldades?

8) Você trabalha em equipe? Com quais profissionais?

9) A sua equipe realiza reuniões para discutir o cuidado da pessoa com LEA? Como? Com qual regularidade?

10) Qual a sua percepção da repercussão do trabalho da sua equipe no cuidado à pessoa com LEA? Por quê?

11) Como você caracteriza o trabalho da sua equipe profissional/disciplinar?

() Multidisciplinar; () Interdisciplinar; () Transdisciplinar

12) Com base no que conversamos até agora, como você conceituaria o trabalho:

a) Multidisciplinar; b) Interdisciplinar e c) Transdisciplinar

13) Em sua opinião, você mudaria algo na prática/cuidado prestado à pessoa com LEA pela sua equipe? O quê?
Por quê?

4.2 ARTIGO – NECESSIDADES DE CUIDADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE A PESSOAS COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA: A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE DIFERENTES SETORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Necessidades de cuidado e assistência à saúde a pessoas com Lesão Encefálica Adquirida: a ótica dos profissionais de diferentes setores de um hospital universitário^{1,2}

Health care and assistance needs for people with Acquired Brain Injury: the perspective of professionals from different sectors of a university hospital^{1,2}

Camila Dias Möller^{3,4}, Elenir Fedosse^{3,5}

¹ Resulta de pesquisa de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana – UFSM.

² Órgão financiador: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

³ Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

⁴ Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Secretaria do PPGDCH – Prédio 26, sala 1418, 4º andar. Cidade Universitária, CEP 97.105-900, Santa Maria, RS. E-mail – camilamoller.to@outlook.com, (55) 999117275.

⁵ elenir.fedosse@ufsm.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a visão dos profissionais acerca das necessidades de atenção à saúde das pessoas com Lesão Encefálica Adquirida (LEA), acompanhadas em diferentes setores de um hospital universitário. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada mediante a aplicação de um questionário semiestruturado, coletado entre dezembro de 2019 e junho de 2020, junto a trabalhadores dos setores de Clínica Médica II, Cirurgia Geral, Pronto Socorro, Unidade de Reabilitação e Serviço de Atendimento Domiciliar de um hospital universitário localizado no interior do Rio Grande do Sul, os quais recebem sujeitos com LEA. A amostra foi por conveniência e contou com 35 profissionais. A coleta de dados foi realizada nos âmbitos hospitalar e virtual (este último realizado em consequência da pandemia causada pelo Covid 19) e foi áudio gravada. Os resultados foram transcritos ortograficamente e os dados analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, que resultou em três categorias: i) Identificação das necessidades de cuidado às pessoas com LEA; ii) Potencialidades da assistência prestada pelas equipes profissionais; e iii) Fragilidades observadas pelas equipes dos diferentes setores do hospital. **Resultados:** A maioria dos trabalhadores foi do sexo feminino, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas atuantes, respectivamente, nos setores de Cirurgia Geral e Unidade de Reabilitação. Os participantes identificaram que o número de profissionais ainda é pequeno para a demanda de usuários com LEA recebida no hospital, a falta de recursos materiais e de infraestrutura, em alguns setores, bem como tendência a atuação interdisciplinar. Identificaram a necessidade de diagnósticos mais rápidos, de maior interação da equipe com a neurologia e ampliação da oferta deste atendimento aos usuários. **Conclusão:** Constatou-se as práticas de cuidado/a assistência à saúde junto aos sujeitos com LEA é multiprofissional e que a natureza do trabalho está em evolução para o modelo interdisciplinar, apesar das limitações quanto aos recursos materiais e humanos.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Assistência Hospitalar. Práticas Interdisciplinares. Reabilitação Neurológica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the view of professionals about the health care needs of people with Acquired Brain Injury (LEA) monitored in different sectors of a university hospital. **Methods:** This is a qualitative research, carried out through the application of a semi-structured questionnaire, collected between December 2019 and May 2020, with workers from the sectors of Internal Medicine II, General Surgery, Emergency Room, Rehabilitation Unit and Home Care Service of a university hospital located in the interior of Rio Grande do Sul, which receives subjects with LEA. The sample was for convenience and had 35 professionals. Data collection was carried out in the hospital and virtual areas (the latter carried out as a result of the pandemic caused by Covid 19) and was recorded audio. The results were transcribed orthographically and the data analyzed using the Content Analysis technique, which resulted in three categories: i) Identification of the care needs of people with LEA; ii) Potentials of assistance provided by professional teams; and iii) Weaknesses observed by teams from different sectors of the hospital. **Results:** Most of the workers were female, nursing technicians and physical therapists working, respectively, in the sectors of General Surgery and Rehabilitation Unit. The participants identified that the number of professionals is still small for the demand of users with LEA received at the hospital, the lack of material resources and infrastructure, in some sectors, as well as a tendency for interdisciplinary action. They identified the need for faster diagnoses, greater team interaction with neurology and expanding the offer of this service to users. **Conclusion:** It was found that the care / health care practices with subjects with LEA is multidisciplinary and that the nature of work is evolving towards the interdisciplinary model, despite the limitations regarding material and human resources.

Keywords: Health care. Hospital Assistance. Interdisciplinary Practices. Neurological Rehabilitation.

Introdução

As necessidades de saúde de uma pessoa hospitalizada demandam atenção profissional que não pode ser efetivada por ações isoladas de uma única área. Tais necessidades exigem intervenções de diferentes núcleos e, portanto, uma relação interprofissional, ou seja, o trabalho em equipe. Este, por sua vez, requer uma construção coletiva que potencializa a troca de informações, o cooperativismo entre os profissionais e o melhor planejamento terapêutico (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Há tempos já se reconhecem as complexidades e dificuldades da assistência à saúde no âmbito hospitalar; a extrema fragmentação do conhecimento (resultado do avanço e isolamento das disciplinas) e os diferentes e individualizados interesses corporativos sem qualquer aproximação ou cooperação (SAUPE et al., 2005), levam a práticas uniprofissionais. A racionalidade deste tipo de ação tem se demonstrado insuficiente e colocado à interdisciplinaridade no centro das discussões acerca do desenvolvimento das práticas hospitalares (MATOS; PIRES; SOUZA, 2010).

Perini et al., (2001), apoiados em Rosenfield (1999), caracterizam a interdisciplinaridade como a possibilidade de trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas de cada especialidade em saúde. Os autores, também, referem à transdisciplinaridade como trabalho coletivo que compartilha "estruturas conceituais, construindo junto teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns" (PERINI et al., 2001, p. 103).

Estudos comprovam que a presença de equipes multiprofissionais desenvolvendo ações integradas (entenda-se como ações interdisciplinares e/ou transdisciplinares) proporcionam a humanização da atenção hospitalar e o cuidado integral ao sujeito (FAZENDA, 2008; PEDUZZI, 2001); melhoram a qualidade da assistência (junto aos sujeitos com LEA e seus familiares), bem como favorecem a redução dos custos financeiros das unidades hospitalares (TONETTO; GOMES, 2007; MIRANDA; STANCATO, 2008). Portanto, o cuidado especializado – inter e/ou transdisciplinar – pressupõe novas formas de relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional (gestão, divisão e organização do trabalho), quanto no que diz respeito às relações que o corpo assistencial estabelece entre si e com os usuários do serviço (MATOS; PIRES; SOUZA, 2010). Considera-se, portanto, que tais conceitos e práticas bem se aplicam ao cuidado dispensado a sujeitos acometidos por Lesão Encefálica Adquirida (LEA) em estado agudo.

Em relação à LEA, sabe-se que cada etiologia se apresenta e evolui de maneira muito própria (CECCATO, 2005). Geralmente resultam em prejuízos sensoriais e/ou motores, cognitivos, emocionais e comportamentais que exigem especial atenção dos profissionais no momento da alta hospitalar. Machado et al. (2015) referem que são recorrentes as queixas dos pacientes (leia-se usuários), familiares e cuidadores, quanto aos procedimentos adotados no cuidado hospitalar/durante a internação e no preparo da alta de pessoas com lesões neurológicas. Comumente as pessoas que sobrevivem a um episódio neurológico recebem alta sem a devida orientação sobre quais profissionais e onde procurarem atendimentos que respondam as suas necessidades de saúde.

Considerando-se os aspectos acima apresentados, perguntou-se: quais as concepções sobre necessidades de saúde das pessoas com LEA e como é a assistência hospitalar prestada a tais pessoas, sob o ponto de vista dos profissionais de saúde de um hospital universitário? Portanto, este estudo ocupou-se em analisar a visão dos profissionais acerca das necessidades de atenção à saúde das pessoas com LEA acompanhadas em diferentes setores de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul.

Métodos

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, tendo como participantes profissionais de diversas áreas, a citá-los: assistente social, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais, os quais compõem o quadro de profissionais da equipe de saúde do Hospital Universitário de Santa Maria (RS) e que atendem a demanda de usuários com LEA.

Foram adotados como critérios de inclusão: i) ser servidores com idade igual ou superior a 18 anos; ii) estar exercendo a função há, no mínimo, seis meses nos setores que atendem pessoas com LEA, a saber: Clínica Médica II (CMII), Clínica Cirúrgica (CG), Pronto Socorro (PS), Unidade de Reabilitação (UR) e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). Tais setores desenvolvem tratamento de reabilitação, cujas funções envolvem cirurgias, tratamentos pós-cirúrgicos, orientações familiares, atendimentos especializados em múltiplas profissões; entre outros.

A amostra deste estudo foi composta por 35 profissionais, sendo 29 do sexo feminino e seis do masculino, com idades variando entre 27 e 57 anos. Quanto às profissões participaram: sete técnicos em Enfermagem e mesmo número de fisioterapeutas; cinco enfermeiros, quatro fonoaudiólogos, dois - assistentes sociais, cirurgiões dentistas, médicos,

nutricionistas e terapeutas ocupacionais; um profissional de Educação Física e um psicólogo. O tempo de atuação no setor variou entre seis meses e 24 anos. Quanto aos setores, contou-se com 11 da Cirurgia Geral (CG), 10 da Unidade de Reabilitação (UR), seis do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e cinco da Clínica Médica II (CM II) e do Pronto Socorro, respectivamente.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2019 a junho de 2020. Entretanto, salienta-se que nos meses de abril e maio as coletas foram realizadas via aplicativo WhatsApp®, utilizando o recurso de chamada de vídeo, pelo fato de que neste período ocorreu a pandemia causada pelo Covid-19, que impôs o isolamento social. As entrevistas foram realizadas individualmente, agendadas e aplicadas de forma imediata ou não (dependendo da preferência ou disponibilidade do profissional), sempre respeitando-se os compromissos laborais dos participantes. Quando realizada no trabalho (interior do hospital), prezou-se por um ambiente propício (sem ruídos, arejado e sem interrupções) e, quando virtual, a ambientação foi escolhida pelo participante.

Como instrumento norteador da entrevista, foi utilizado um questionário semiestruturado, elaborado pelas pesquisadoras, especialmente para fins desta pesquisa, questionando-se: 1) se o profissional atendia pessoas com LEA; 2) quais atendimentos de saúde a pessoa com LEA necessitaria; 3) se tinha alguma dificuldade de manejo no cuidado a essas pessoas e quais seriam; 4) se percebia dificuldades de comunicação das pessoas com LEA, quais e como lidava com tais dificuldades; 5) se trabalhava em equipe e com quais profissionais; 6) se a equipe de trabalho realizava reuniões para discutir os casos de LEA e qual a regularidade; 7) como percebia a repercussão do cuidado prestado às pessoas com LEA e 8) se mudaria algo no setor.

As entrevistas foram audiogravadas (tanto na coleta realizada pessoal quanto virtualmente), posteriormente transcritas ortograficamente e tratadas de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), considerando-se, pois, três etapas: pré-análise (leitura flutuante e formulação de hipóteses), exploração do material (elegendo e classificando em categorias), tratamento dos resultados obtidos e interpretação (processamento de reflexão). Da interpretação/análise dos dados emergiram três categorias temáticas: i) Identificação das necessidades de cuidado a pessoas com LEA; ii) Potencialidades da assistência prestada pelas equipes profissionais; e iii) Fragilidades observadas pelas equipes dos diferentes setores do hospital.

Ressalta-se que esta pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade a qual este estudo está vinculado (número

3.724.066), respeitando-se, portanto, os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Portanto, está preservado o anonimato dos participantes, usando-se o esquema: ordem da entrevista realizada com o sujeito/sigla da profissão/data da coleta. Seguem as siglas das profissões - SS (Serviço Social); ODON (Odontologia), ENF (Enfermagem), EF (Educação Física), FIS (Fisioterapia), FON (Fonoaudiologia), MED (Medicina), NUT (Nutrição), PSI (Psicologia), TEC-ENF (Técnico em Enfermagem) e TO (Terapia Ocupacional).

Resultados

Os principais dados estão dispostos em três quadros, a seguir. No Quadro 1, destaca-se a Categoria referente à identificação das necessidades de cuidado das pessoas com LEA.

Quadro 1 – Necessidades de cuidado das pessoas com LEA

Setor	Unidade de registro
CMII	<i>“Depende muito do grau da lesão e do tipo. Até porque lesão neurológica é uma coisa muito ampla (...) acho que todos os profissionais deveriam estar à disposição, caso esse paciente precise, mas há necessidade de ser avaliado individualmente.”</i> (S11/FIS/05.01.2020)
CG	<i>“Olha... com paciente neurológico, geralmente, precisa bastante de fisioterapia; (...) muitas vezes, envolve o assistente social, TO e fisio pra reabilitação [motora geral], o pessoal da fono em função daqueles que precisam receber dieta, muitas vezes, precisamos de nutricionista e um médico, também.”</i> (S25/ENF/ 16.03.2020)
PS	<i>“Todos. E acho que falta TO fixa aqui no PS; pois é só duas aqui no hospital todo e acabam não conseguindo vir acompanhar todos os casos que necessitariam; mas toda equipe multi é necessária - todos são bem importantes.”</i> (S21/ PSI/12.03.2020)
UR	<i>“Pacientes com LEA necessitam de toda equipe multiprofissional. A fonoaudióloga [atuando na] dificuldade para deglutição e fala; a nutri pra incluir uma dieta específica; um fisio e um TO para plena reabilitação; o psicólogo e assistente social para suporte familiar, médicos e enfermeiros para as medicações. Enfim, todos são importantíssimos.”</i> (S15/ENF/ 15.01.2020)
SAD	<i>“Com certeza [a pessoa com LEA necessita] de uma equipe multi. Aqui na internação, a gente tem esse privilégio, né? Porque não é uma realidade encontrada frequentemente, então: fono, fisio, TO, nutri, equipe de enfermagem; todas se comunicando realmente e fazendo efetivar o atendimento em equipe.”</i> (S9/FON/18.12.2019)

No Quadro 2, apresentam-se as unidades de registro relativas à Categoria – Potencialidades da assistência prestada pelas equipes profissionais - dos diferentes setores que recebem pessoas com LEA.

Quadro 2 – Potencialidades da assistência prestada pelas equipes profissionais

Setor	Unidade de registro
CMII	<i>“Eu acho nosso cuidado extremamente positivo! Eu acho que se tenta fazer de tudo para o paciente sair daqui nas melhores condições possíveis.”</i> (S10/SS/19/12/2019)
CG	<i>“Acho que o trabalho está bem estruturado. Por ser um hospital escola tem uma estrutura bem organizada no atendimento.”</i> (S23/TEC. ENF/12.03.2020)
PS	<i>“Todas as quartas-feiras pela manhã nossa equipe se reúne para discutir os casos mais antigos presentes aqui no PS. Digo antigos porque aqui deveriam ficar até 48h no máximo, mas não é essa realidade aqui (...). Então discutimos sobre esses casos pra encontrar maneiras de amenizar e priorizar o cuidado e muitas vezes preparamos a alta deles também.”</i> (S20/ SS/12.03.2020)
UR	<i>“Percebo que quando temos alguma dificuldade, por exemplo, na comunicação com um paciente, chamamos a TO ou a fono para auxiliar, e de dificuldade isso se torna uma potencialidade que nossa equipe apresenta.”</i> (S15/ENF/15.01.2020)
SAD	<i>“A assistência que é dada aqui pelo SAD é essencial para a adaptação na nova rotina (...). Porque eles têm essa continuidade, eles não saem daqui desassistidos, eles ficam lincados de alguma forma pelo serviço e isso corrobora muito para que eles tenham uma progressão. A gente percebe que a organização em casa é bem importante para que as coisas sigam, continuem na recuperação e reabilitação deles.”</i> (S7/NUT/17.12.2019)

Apresentam-se, no Quadro 3, as unidades de registro que compõem a Categoria – Fragilidades observadas pelas equipes dos diferentes setores envolvidos no cuidado a pessoas com LEA.

Quadro 3 – Fragilidades observadas pelas equipes dos diferentes setores

(continua)

Setor	Unidade de registro
CMII	<i>“Tem alguns recursos de material/equipamento que a gente não tem; então acaba nos limitando e até mesmo espaço físico, uma sala que a gente pudesse levar alguns pacientes e fazer um treinamento diferenciado, tanto pela questão de tempo e estrutura física e material a gente acaba ficando um pouco limitado.”</i> (S11/FIS/05.01.2020)
	<i>“Dificuldade de ter equipamentos que poderiam melhorar a qualidade do atendimento, por que o hospital não fornece e a gente não tem disponível tantos dispositivos que poderiam deixar esses atendimentos numa qualidade melhor.”</i> (S12/FIS/05.01.2020)

Quadro 3 – Fragilidades observadas pelas equipes dos diferentes setores

(conclusão)

Setor	Unidade de registro
CG	<p><i>“Faz falta ter capacitações a respeito dos tratamentos atuais e melhores cuidados pra esse tipo de paciente.”</i></p> <p style="text-align: right;">(S31/ TEC. ENF/20.04.2020).</p> <p><i>“Às vezes há certa dificuldade na carência do profissional médico da especialidade (...) da neurologia de um modo geral às vezes não tem o cirurgião.”</i></p> <p style="text-align: right;">(S23/ TEC. ENF/12.03.2020)</p>
PS	<p><i>“Certamente poderia ter mais profissionais, porque TO têm muito pouco, só duas para todo o hospital; fonos agora tem, mas quanto mais tiver, melhor (...) a demanda é muito grande e pacientes neurológicos precisam bastante.”</i></p> <p style="text-align: right;">(S10/SS/19.12.2019).</p> <p><i>“Aqui gente tem muita dificuldade com as camas do setor (...) as manobras de reabilitação se tornam quase impossíveis de fazer aqui, não há infraestrutura adequada, fazemos o que conseguimos com o que temos.”</i></p> <p style="text-align: right;">(S17/FIS/21.01.2020)</p>
UR	<p><i>“Acredito que os médicos da neurologia poderiam ser mais acessíveis, acho que deveria ter mais contato direto, mais explicação por parte dos médicos com os outros profissionais pra gente entender melhor o quadro geral, pra saber como que chegou naquela condição ali.”</i></p> <p style="text-align: right;">(S18/ DEN/ 04.02.2020)</p> <p><i>“Eu vejo como uma dificuldade que às vezes nem é de conhecimento e da importância de como as pessoas veem isso, mas de coisas práticas como espaço físico adequado, horários, meios de comunicação que facilitem o acesso, por muitas vezes não tem acesso àquele profissional naquele momento tu acaba não tendo uma atenção adequada, não consegue discutir.”</i></p> <p style="text-align: right;">(S14/MED/13.01.2020)</p>
SAD	<p><i>“Eu acho que num momento em que esse paciente entra no hospital e ele tem o seu quadro estabilizado, o médico já deveria chamar os profissionais de reabilitação para dar as orientações iniciais. E que o hospital disponibilizasse os materiais, principalmente, para órtese porque a gente vê muito paciente com Lesão Encefálica adquirindo deformidades articulares, que infelizmente, às vezes, são irreversíveis.”</i></p> <p style="text-align: right;">(S4/TO/17.12.2019)</p> <p><i>“Acredito que a maior dificuldade que a gente tem na verdade é a gente conseguir prestar essa frequência da assistência e assim, dada à quantidade de profissionais a gente tem alguma dificuldade com relação à fisioterapeuta, a fono elas não conseguem dar conta muitas vezes de toda demanda.”</i></p> <p style="text-align: right;">(S7/NUT/17.12.2019).</p>

Discussão

Os resultados deste estudo adicionam evidências da percepção dos profissionais de diferentes setores do hospital universitário pesquisado, permitindo compreender como é realizado o cuidado/a assistência especializada/multiprofissional, os quais envolvem saberes e práticas oferecidas por profissionais de diversas áreas da Saúde, que se iniciam no âmbito hospitalar e, dependendo das sequelas, são continuados após a alta.

Na percepção dos profissionais entrevistados, uma das principais necessidades de cuidado à pessoa com LEA é o acesso a diversos profissionais com saberes específicos acerca dos acometimentos apresentados pelos usuários. Os entrevistados reconheceram que os profissionais precisam estar engajados entre si para potencializar a recuperação do sujeito assistido. Para pluralizar a assistência em saúde e aperfeiçoar a qualidade dos serviços em saúde, a OMS apontou estratégias relativas à força do trabalho, focando em três desafios principais – melhorar o engajamento, auxiliar os trabalhadores a melhorar o seu desempenho e diminuir a rotatividade dos profissionais (WHO, 2010).

Estudos têm demonstrado que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade, melhoria na comunicação e tomada de decisões quanto ao processo de cuidado. Além disso, proporciona aos profissionais melhora na autoconfiança, bem-estar psicológico e apoio da sociedade (DANIELS; AUGUSTE, 2013). Sabe-se também que a articulação e a interação no interior das equipes de saúde acontecem considerando a assimetria das relações (sejam elas entre trabalhadores ou entre trabalhadores e usuários), visto que estão envolvidos conhecimentos e práticas distintas, reconhecidas e valorizadas diferentemente pelos envolvidos. Nesta perspectiva, ouvir o outro, considerar a contribuição de cada profissional na definição do trabalho a ser realizado junto aos usuários é parte da constituição de um trabalho de natureza interdisciplinar (MATOS; PIRES, 2009). Assim, o que se discute é que, para haver benefícios aos usuários e melhor planejamento dos tratamentos, é importante que cada profissional conheça as informações sobre que assiste e compartilhe com outros os envolvidos no caso (CAVALHEIRO et al., 2010).

Alguns participantes relataram que a quantidade de profissionais especializados nas necessidades dos usuários com LEA é insuficiente; ressaltaram que seria preciso um maior número de profissionais de reabilitação (especificamente terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas), tendo em vista que o número de internações por LEA é significativo. A este respeito, Campos et al., (2008) refere que a incidência das internações por lesões neurológicas no Brasil ainda é desconhecida, devido ao fato de não serem sujeitadas à notificação – portanto, há poucos dados estratificados e trabalhos publicados a respeito da epidemiologia das lesões. Santos et al. (2012) afirmam que o número de internações está diretamente relacionado com a complexidade individual de cada caso - quanto maior a complexidade, maior o suporte necessário de manutenção e cuidado hospitalar, ou seja, maior é a demanda para profissionais de saúde especializados.

É sabido que os desafios de recursos humanos encontrados no sistema de saúde refletem-se nas instituições que compõem a rede de atenção. Cada instituição, no entanto,

responde a esses desafios de maneira própria, ou seja, de acordo com sua organização interna e sua capacidade de estruturação (MORICI; BARBOSA, 2013). Para Fonseca e Seixas (2002), as políticas de recursos humanos são consideradas como prioritárias para a consecução de um Sistema Único de Saúde (SUS) democrático, igualitário e eficaz. No Brasil, sabe-se, a partir da percepção de gestores, trabalhadores e representantes do governo, que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos afetam tanto positivamente quanto negativamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários assistidos pelo (SUS) (SEIXAS, 2002). Neste sentido e pela percepção dos sujeitos deste estudo, há muito que ser feito, pois os usuários nem sempre dispõem da assistência que necessitam.

Ao falarem sobre as potencialidades encontradas, os participantes deste estudo referiram que o cuidado é positivo de acordo com as condições estabelecidas em cada setor. Afirmaram que, na maioria das vezes, a equipe multiprofissional (ou parte dela) é engajada e cooperativa, auxiliando-se uns aos outros. Desenvolvem ações como a preparação da alta e, quando necessário, fazem encaminhamentos para continuidade do cuidado – por meio do SAD.

A assistência ao sujeito internado é um processo complexo e exige da equipe uma dinâmica de trabalho organizada; o processo de assistência envolve um contexto de informações clínicas para a decisão terapêutica e um contexto de comunicação entre a equipe para tratar o usuário com efetividade (CAVALHEIRO et al., 2010). Quanto melhor a comunicação, o entendimento e o estabelecimento de objetivos em comum, melhor o resultado clínico (SHEEHAN; ROBERTSON; ORMOND, 2007). Matos, Pires e Campos (2009) destacam que nas equipes interdisciplinares, observa-se uma assistência mais resolutiva e os usuários se sentem mais amparados em suas necessidades.

Assim sendo, o estabelecimento de informações padronizadas e abrangentes sobre o que se deveria saber sobre o caso de um usuário passa por itens importantes, como, por exemplo, conhecimento do diagnóstico, do motivo de internação, dos cuidados planejados para o dia, do plano terapêutico, dos exames alterados e do planejamento para alta (CAVALHEIRO et al., 2010).

A propósito da alta, o hospital deste estudo dispõe do SAD, que atua no processo de readaptação de uma nova rotina, dispondo de cuidados hospitalares em domicílio, auxiliando a pessoa com LEA e seus cuidadores às mudanças repentinas impostas pela lesão neurológica. Sabe-se que usuários (com sequelas graves a moderadas) tem direito a uma assistência domiciliar, o que vem se tornando uma prática crescente no Brasil e se apresenta como

alternativa ao atendimento em clínicas de reabilitação, especialmente, conforme dito anteriormente, quando são usuários clinicamente mais fragilizados, quando existem barreiras arquitetônicas e/ou quando a distância dos centros de reabilitação são impedimentos de maior significado (RIBERTO et al., 2007). Ressalta-se a importância de a equipe de saúde informar ao sujeito, ainda no leito hospitalar e/ou no processo de alta, que a reabilitação das habilidades e funções de maneira precoce é extremamente significativa para a diminuição das sequelas, garantia de ganhos motores, sensoriais e cognitivos.

Quanto aos desafios encontrados pelos profissionais deste estudo, pode-se dizer que os principais, nos setores de CG e CMII, são: i) falta de um espaço adequado para a reabilitação dos usuários, ou seja, as tecnologias e a infraestrutura necessárias para dar início ao processo de recuperação, visando a diminuição das sequelas, não são suficientes, e ii) grande demanda de usuários para o restrito número de profissionais especializados em reabilitação. Outras fragilidades citadas foram – a falta de capacitações no serviço, as quais são disponibilizadas pela rede; a carência de médicos (especialmente neurologistas) e a falta de rapidez no estabelecimento do diagnóstico clínico para que se possa dar início oportuno ao processo de reabilitação pós-lesão.

Sabe-se que as condições de trabalho - definidas como o conjunto de elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social (influenciados e determinados por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional) - se inter-relacionam e interatuam, constituindo o meio e a forma em que se desenvolve a atividade laboral (CASTILLO; VILLENA, 1998). Conforme Mauro e colaboradores (2010), as condições de trabalho nas instituições públicas ainda se apresentam como desfavoráveis ao processo de trabalho dos profissionais de saúde em relação à infraestrutura, recursos humanos e materiais, como também foi referido pelos profissionais deste estudo - do PS, por exemplo.

Este estudo revelou a falta de neurologistas ou falta de acesso dos usuários a esta categoria profissional. Tal fato é destacado por Saldiva e Veras (2018); estes autores afirmam que a escassez de profissionais, por exemplo, médicos de diversas especialidades na atenção terciária de saúde é um problema a ser discutido de forma profunda e competente. Também afirmam que relações mais produtivas entre o sistema de saúde e as instituições de ensino superior precisariam ser organizadas e implantadas com maior intensidade, buscando-se disponibilizar profissionais qualificados e em quantidade suficiente para suprir, com qualidade, a população.

É indiscutível a complexidade do atendimento em saúde, sendo que a diversidade de profissionais (enfermeiros, dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e

terapeutas ocupacionais, entre outros) que sustenta a atenção à saúde, pode, ao longo da jornada de trabalho, realizar capacitações para aprimorar o cuidado (SALDIVA; VERAS, 2018). Pode-se dizer que a chave para uma assistência qualificada é aliar fatores como condições de trabalho adequadas (recursos humanos necessários à demanda, disponibilidade de materiais para reabilitação/diminuição de agravos - para confecção de órteses, por exemplo) e existência de uma equipe multiprofissional trabalhando de forma integrada (interdisciplinarmente). Assim, pode-se alcançar agilidade diagnóstica que, por sua vez, proporciona condições para o planejamento e a execução oportuna dos planos terapêuticos.

Portanto, atingir a prática interprofissional implica ter uma equipe colaborativa (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). Segundo a CIHC (2010), alguns princípios são indispensáveis a tais equipes, a saber: comunicação interprofissional (primordial e presente nos demais domínios), cuidado centrado no usuário e família, clarificação dos papéis profissionais, resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa.

Conclusão

A partir do exposto, pode-se compreender que o cuidado multiprofissional está implantado, mas ainda há o que ser melhorado na relação profissional. Na ótica dos profissionais, exposta neste estudo, identificou-se ainda a importância de haver mais profissionais para suprir a demanda de sujeitos com LEA. Caso evidente foi à falta de participação de neurologistas.

Também ficou evidente a pouca disponibilidade de recursos materiais e a necessidade de melhoria da infraestrutura, a fim de que o cuidado e a assistência à saúde sejam ainda mais eficazes. Salienta-se que o diagnóstico precoce é imprescindível para bons resultados em reabilitação, ou seja, convém que os profissionais médicos integrem-se, cada vez mais, com outros profissionais da equipe para o estabelecimento dos devidos planos de cuidado de natureza - inter e/ou transdisciplinar.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.,

CAMPOS, M. F.; RIBEIRO, A. T.; LISTIK, S.; PEREIRA, C. A.; SOBRINHO, J. A.; RAPOPORT, I. A.; Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral no serviço de neurocirurgia do hospital Heliópolis. **Rev. Col. Bras Cir. [on-line]**, v. 35, n. 2, 2008.

- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A National Interprofessional Competence Framework**. Vancouver: CIHC, 2010.
- CASTILLO, J. J.; VILLENNA, J. **Ergonomía. Conceptos y métodos**. Madrid: Editorial Complutense, 1998. p. 287-305.
- CAVALHEIRO, L. V.; ANDREOLI, P. B. A.; MEDEIROS, N. S. de; MENDES, T. A. B.; OLIVEIRA, R.; CORDEIRO, J. J. R.; FIGUEIREDO, R. A. O.; BORK, A. M. T. Comunicação e acesso a informações na avaliação da qualidade de assistência multiprofissional a pacientes internados. **Einstein**, v. 8, n. 3, p. 303-307, 2010.
- CECCATO, R. B. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: CRUZ, D. M. C. (Org.). **Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós- Acidente Encefálico**. São Paulo: Santos, 2012. p. 3-18.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- DANIELS, K.; AUGUSTE, T. Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training. **Semin Perinatol**, v. 37, n. 3, p. 146-150, 2013.
- FAZENDA, I. C. **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.
- FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, 2009.
- FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D. Agenda nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes e prioridades. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. D. **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002. p. 289-322.
- MACHADO, W. C. A.; ALVAREZ, A. B.; TEIXEIRA, M. L. O.; CASTELO BRANCO, E. M.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia. **Rev. pesqui. cuid. Fundam**, v. 7, n. 1, p. 1796-1807, 2015.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUZA, G. W.; Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 5, p. 775-781, 2010.
- MAURO, M. Y. C.; PAZ, A. F.; MAURO, C. C. C.; PINHEIRO, M. A. S.; SILVA, V. G. Trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de um Hospital Universitário. **Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2010.
- MIRANDA, E. J. P.; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Proposta de abordagem integral da saúde. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, 2008.
- MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A Gestão de Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 205-225, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Trabalhando juntos pela saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERINI, E.; PAIXÃO, H. H.; MODENA C. M.; RODRIGUES, R. N. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 8, p. 101-118, 2001.

PIRES, D. E. P. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, v. 22, n. 2, p. 1535-1547, 2018.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; LOURENÇO, C.; BATTISTELLA, L. R.; Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiatr**, v. 14, n. 2, p. 87-94, 2007.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, 2018.

SANTOS, T. S. C.; GUIMARÃES, R. M.; BOEIRA, S. F. Epidemiologia do trauma raquimedular em emergências públicas no município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 4, p. 747-753, 2012.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521-536, 2005.

SEIXAS, P. H. D. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde: seminário internacional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002, p. 100-113.

SHEEHAN, D.; ROBERTSON, L.; ORMOND, T. Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. **Journal of Interprofessional Care**, v. 21, n. 1, p. 17-30, 2007.

TONETTO, A.M.; GOMES, W.B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia I Campinas I**, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007.

5 DISCUSSÃO GERAL

Constatou-se, nesta pesquisa, que os profissionais que prestam assistência aos usuários reconhecem que há benefícios ao planejamento e tratamento dos usuários com LEA quando os profissionais dispõem de informações e as compartilham com outros envolvidos no caso (CAVALHEIRO et al., 2010). Na percepção dos profissionais, uma das principais necessidades de cuidado à pessoa com LEA é a diversidade de profissionais e o engajamento dos mesmos no desenvolvimento dos cuidados hospitalares.

Alguns participantes lamentam por não haver maior número de profissionais de reabilitação (especificamente terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas) fixos para cada setor. É sabido que os desafios de recursos humanos encontrados no sistema de saúde refletem-se nas instituições que compõem a rede e que cada instituição responde a esses desafios de maneira própria, de acordo com sua organização interna e a capacidade de estruturação (MORICI; BARBOSA, 2013). No entanto, há que se concordar com Fonseca e Seixas (2002) sobre o fato de que as políticas de recursos humanos são prioritárias para a consecução de um SUS democrático, igualitário e eficaz.

Quanto à conceituação sobre as diferentes formas de trabalho em equipe, obteve-se pequeno percentual de trabalhadores que souberam classificar todas as abordagens, mas de forma geral, os participantes identificaram suas equipes como “equipes multiprofissionais”, ou seja, há múltiplos profissionais que agem lado a lado, havendo, ainda, pouca integração entre os mesmos. Reflete-se, aqui, em consonância com Severo e Seminotti (2010), que os processos de trabalho das equipes hospitalares deveriam ser interdisciplinares, o que significa dizer que deveriam estabelecer relações coordenadas entre as diferentes profissões e, assim, prestar atendimentos integrados alcançando-se a integralidade do cuidado.

Bruscatto et al. (2004) ressaltam que o trabalho em uma equipe multidisciplinar implica vários especialistas unidos organizacionalmente, mas que, infelizmente, não sistematizam tarefas conjuntas e, inevitavelmente, não produzem melhoramentos integrais e completos aos usuários do sistema de saúde. Ainda que o trabalho interdisciplinar seja uma estratégia recomendada e intensamente referida nos programas e serviços de saúde, muitos profissionais não têm conhecimentos sobre os fundamentos básicos de como realizar esta tarefa em conjunto e/ou gerar tecnologias de reflexão sobre o processo de trabalho. O mesmo pode-se dizer em relação ao trabalho transdisciplinar, quando o trabalho coletivo compartilha "estruturas conceituais, construindo junto teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns" (PERINI et al., 2001, p. 103).

Uma boa oportunidade para mudar a realidade acima descrita, seria, de acordo com Severo e Seminotti (2010), e também do ponto de vista das autoras deste estudo, a execução continuada de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2014) - entendida como a pertinência de vários movimentos de mudança no decorrer da formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, incluindo a educação continuada para o campo da saúde, bem como a educação formal destes profissionais. Ou seja, a proposta da EPS é realizar a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação sendo construída através da prática de equipes de saúde, considerando a necessidade de implementação de um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade.

Por fim, convém discutir que em todos os níveis de formação profissional, seja o nível técnico, a graduação ou a pós-graduação, é importante considerar que o processo educativo deva estimular o pensamento crítico e produtivo; estar em consonância com o serviço; ser baseado nos problemas da população assistida, de modo que o profissional possa atuar como sujeito transformador da realidade (ERDMANN et al., 2009). Tais considerações assumem maior potência na graduação, visto que neste processo longitudinal é favorável para aprender sobre as categorias de trabalho em equipe a qual está inserido, adquirir condutas interdisciplinares e dividir espaços de práticas com outras disciplinas.

6 CONCLUSÃO

Na perspectiva contemporânea, na qual este estudo se insere, pode-se dizer que o trabalho em equipe é uma prática que exige estabelecimento de relações interprofissionais, organização, comunicação efetiva e constante aprendizado para que seja refletido positivamente no cotidiano dos profissionais de saúde, identificando as possibilidades de relação entre as disciplinas, bem como um cuidado especializado e de qualidade para oferecer às pessoas com LEA.

Foram identificadas dificuldades em conceituar sobre as diferentes formas de atuação de uma equipe de saúde, enquanto outros refletiram sobre a complexidade de trabalhar de modo interdisciplinar e transdisciplinar. Os resultados deste estudo mostraram que os profissionais de saúde dedicados aos cuidados das pessoas com LEA necessitam ampliar suas concepções sobre os cuidados hospitalares, bem como aprimorarem suas práticas em equipe, exercendo ações interdisciplinares e/ou transdisciplinares, as quais acrescentam qualidade no serviço e colaboram com a efetividade da reabilitação no âmbito hospitalar e/ou domiciliar. Portanto, conclui-se que o trabalho em equipe nos diferentes setores do hospital universitário ainda é executado de maneira fragmentada, mas que, em parte, já se constata um esforço para que esta realidade seja modificada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAKER, D. D.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Marketing Research**. 8. ed. USA: John Wiley & Sons, Inc, 2004.
- ALBUQUERQUE, V. S.; BATISTA, R. S.; TANJI, S.; MOÇO, E. T. M. Currículos disciplinares na área da saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 13, n. 31, p. 261-272, 2009.
- AMORIM, D. S.; GATTÁS, M. L. B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 1, p. 82-84, 2007.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: does it Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ANVERSA, A. C. **Comunicação Humana, saúde e interdisciplinaridade**: análise das percepções de estagiários e docentes de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. 2018. 89 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018.
- APERIBENSE, P. G. G. S.; BARREIRA, I. A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. **Rev. esc. enferm.**, v. 42, n. 3, p. 474-482, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009.
- BORDENAVE, J. D. **O que é comunicação?** Coleção Primeiros Passos: 67. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 287, de 08 de outubro de 1998**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm>. Acesso em: 24 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde (EPS)**. Maio – SGTES – OS 0314/2014. Brasília, DF: Editora MS, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 29 set 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, 16 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRUSCATO, W. L. A Psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. L. (Org.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 17-32.

CACHO, E. W. A.; MELO, F. R. L. V. de, OLIVEIRA, R. de. Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fugl-Meyer. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 2, p. 94-102, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A National Interprofessional Competence Framework**. Vancouver: CIHC; 2010.

CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. D. C. M. A Terapia Ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. p. 3-28.

CARNAÚBA, C. M. D.; SILVA, T. D. A.; VIANA, J. F.; ALVES, J. B. N.; ANDRADE, N. L.; FILHO, E. M. T. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceio, AL, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 3, p. 353-363, 2017.

CARVALHO, R. C. Acidente vascular cerebral: atualizações. In: LUCIA, M. C. S.; MIOTTO, E. C.; SCAFF, M. (Org.). **Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 99-103.

CASTILLO, J. J.; VILLENA, J. Ergonomía. **Conceptos y métodos**. Madrid: Editorial Complutense, 1998. p. 287-305.

CAVALHEIRO, L. V.; ANDREOLI, P. B. A.; MEDEIROS, N. S. de; MENDES, T. A. B.; OLIVEIRA, R.; CORDEIRO, J. J. R.; FIGUEIREDO, R. A. O.; BORK, A. M. T. Comunicação e acesso a informações na avaliação da qualidade de assistência multiprofissional a pacientes internados. **Einstein**, v. 8, n. 3, p. 303-307, 2010.

CECATTO, R. B. **Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação**. São Paulo: Artes Médicas, 2005. p. 257-270.

CECATTO, R. B.; ALMEIDA, C. I. O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. **Acta fisiátrica**, v. 17, n. 1, 2010.

CECCATO, R. B. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: CRUZ, D. M. C. (Org.). **Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós- Acidente Encefálico**. São Paulo: Santos, 2012. p. 3-18.

- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.
- CHIAPPETTA, A. L. M. L.; ODA, A. L. Disfagia orofaríngea neurogênica. In: LEVY, J. A.; OLIVEIRA, A. S. B. (Org.). **Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 81-92.
- CHUN, R. Y. S.; NAKAMURA, H. Y. Cuidado na Produção de Saúde – Questões para a Fonoaudiologia. In: MARCHESAN, I. Q.; JUSTINO, H.; TOMÉ, M. C. (Org.). **Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia**. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p. 744.
- CHUNHA, A. B. O.; VIEIRA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.
- COSTA NETO, M. M. (Org.). **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.
- DANIELS, K.; AUGUSTE, T. Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training. **Semin Perinatol**, v. 37, n. 3, p. 146-150, 2013.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.
- DUNCAN, P. W.; PROPOST, M.; NELSON, S. G. Confiabilidade da avaliação de Fulg-Meyer da recuperação sensorio motor após acidente cerebrovascular. **Fisioterapia**, v. 63, n. 1, p. 1606-1610, 1983.
- ERDMANN, A. L.; RODRIGUES, A. C. R. L.; KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; DRAGO, L. C.; KLOCK, P. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 3, p. 288-294, 2009.
- FAZENDA, I.C. **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.
- FERIOTTI, M. L. Equipe Multiprofissional, Transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Rev. NESME**, v. 6, n. 2, p. 179-193, 2009.
- FERREIRA, M. S.; SALLES, I. C. D.; BRANCO, D. G.; GASPAR, A. P. Reabilitações nas lesões encefálicas Adquiridas (LEA). In: FERNANDES, A. C.; RAMOS, A. C. R.; CASALIS, M. E. P.; HEBERT, S. K. (Org.). **Medicina e reabilitação: princípios e prática**. São Paulo: Artes Médicas, 2007, p. 174-88.
- FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, 2009.
- FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, abr. 2013.

FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D. Agenda nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes e prioridades. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. D. **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002. p. 289-322.

GRAVINA, M. E. R.; NOGUEIRA, D. P.; ROCHA, L. E.; Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-26, 2003.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN J.**, v. 95, n. 5, p. 591-601, 2012.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber – manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. reimp. [S.l.]: Editora UFMG, 1999. 30p.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

LIRA, G. V.; CATRIB, A. M. F.; NATIONS, M. K.; LIRA, R. C. M. A hanseníase como etno-enfermidade: e busca de um novo paradigma de cuidado. **Hansen Int Online**, v. 30, n. 2, p. 185-194, 2005.

MAATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminilização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MACHADO, W. C. A.; ALVAREZ, A. B.; TEIXEIRA, M. L. O.; CASTELO BRANCO, E. M.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia. **Rev. pesqui. cuid. Fundam.**, v. 7, n. 1, p. 1796-1807, 2015.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 7. ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2001.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. 2002. 140 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 6, p. 862-869, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 2, p. 230-239, 2012.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUZA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 5, p. 775-781, 2010.

MAURO, M. Y. C.; PAZ, A. F.; MAURO, C. C. C.; PINHEIRO, M. A. S.; SILVA, V. G. Trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de um Hospital Universitário. **Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2010.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, 1991.

MIRANDA, E. J. P.; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Proposta de abordagem integral da saúde. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, 2008.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A Gestão de Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 205-225, 2013.

NEISTADT, M. E.; CREPEAU E. B. **Terapia Ocupacional Willard & Spackman**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NICOLESCU, B. **O Manifesto da Transdisciplinaridade**. Trad. Lucia Pereira de Souza. 3. ed. São Paulo: TRIOM, 2005.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. Comunicação Efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

NONINO, E. A. P. M.; ANSEMI, M. L.; DALMAS, J. C. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2008.

NOVAES-PINTO, R. C. Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural: interferências a partir do estudo das afasias. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, jan./mar. 2012.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia científica**: projetos de pesquisas, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde**. Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERES, R. S.; ANJOS, A. C. Y.; ROCHA, M. A.; GUIMARÃES, A. G. C.; BORGES, G. M.; SOUZA, K. G.; PEREIRA, M. G. O trabalho em equipe no contexto hospitalar: reflexões

a partir da experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Rev. em Extensão**, v. 10, n. 1, p. 113-120, 2011.

PERINI, E.; PAIXÃO, H. H.; MODENA C. M.; RODRIGUES, R. N. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 8, p. 101-118, 2001.

PIRES, D. E. P. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

POMMEREHN, J. **O acesso ao cuidado especializado em saúde por pessoas acometidas por lesões neurológicas**. 2016. 153 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

POTT, F. S.; STAHLHOEFER, T.; FELIX, V. C.; MEIER, M. J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 174-179, 2013.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, v. 22, n. 2, p. 1535-1547, 2018.

QUEIROZ, E.; ARAUJO, T. C. C. F. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paideia**, v. 19, n. 43, p. 177-187, 2009.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; LOURENÇO, C.; BATTISTELLA, L. R.; Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiatr.**, v. 14, n. 2, p. 87-94, 2007.

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Perspectivas Online**, v. 2, n. 8, p. 104-109, 2008.

ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital based multidisciplinary lung cancer team. **Eur J Cancer Care**, v. 22, n. 1, p. 20-31, 2013.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 106-112, 2007.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521-536, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SEIXAS, P. H. D. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde**: seminário internacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 100-113.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1685-1698, 2010.

SHEEHAN, D.; ROBERTSON, L.; ORMOND, T. Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. **Journal of Interprofessional Care**, v. 21, n. 1, p. 17-30, 2007.

SILVA, K. F. N.; SOARES, S.; IWAMOTO, H. H. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 31, n. 6, 2009.

SILVA, L. B. C. Equipe multiprofissional em saúde: níveis de integração. In: OLIVEIRA, V.B.; YAMAMOTO, K. (Org.). **Psicologia da saúde**: temas de reflexão e prática. São Bernardo do Campo: UESP, 2003. p. 73-88.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 156-169, 2016.

SOUSA, R. C. P.; TERRA, F. R.; CARBONERO, F. C.; CAMPOS, D. Terapia de Restrição e indução do movimento hemiparético. **Rev. Neurocienc.**, v. 20, n. 4, p. 604-611, 2012.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia I Campinas I**, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

TRONCHIN, D. M. R.; MIRA, V. L.; PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M.; SILVA, J. A. M.; SILVA, A. M.; SOARES, J. M. S. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Rev Esc Enferm**, v. 43, n. 2, p. 1210-1215, 2009.

VERGARA, S. C. Começando a definir metodologia. In: VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WALLIG, J.; SOUZA FILHO, E. A psicologia hospitalar segundo médicos e psicólogos: um estudo psicossocial. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 10, n. 2, p. 47-62, 2007.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S.; BAASH, C.; ANTUNES, M. C.; MENEZES, M. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1157-1176, 2018.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations for the retention of health workers**. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/migration/retention/en/index.html>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: Lesão Encefálica Adquirida e o processo de cuidado: a ótica dos profissionais de saúde de um hospital universitário

Pesquisador responsável: Professora Orientadora Dr^a Elenir Fedosse.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Fonoaudiologia – Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220- 8659. Avenida Roraima, 1000, Prédio 26E – CCS, 2º andar, sala 205 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, no endereço: Avenida Roraima, 1000; sala de apoio 5051, 5º andar.

Nós, Elenir Fedosse e Camila Dias Möller (orientanda de mestrado do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana), responsáveis pela pesquisa “Pessoas com Lesão Encefálica Adquirida: o processo hospitalar sob a ótica de profissionais de saúde” o convidamos para participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar como os profissionais de saúde do HUSM reconhecem o processo interdisciplinar no cuidado a pessoas com Lesão Encefálica Adquirida (LEA) e como objetivos específicos i) caracterizar os profissionais de saúde que atuam no cuidado a pessoas com LEA; ii) identificar as necessidades de saúde da pessoa com LEA na ótica dos profissionais de saúde; iii) identificar os conceitos e as práticas clínicas dos profissionais de saúde, que atuam no cuidado a pessoas com LEA, de acordo com suas condições de trabalho.

Para sua realização será feito o seguinte: uma visita no campo de pesquisa, nos setores/nas Unidades de Reabilitação, Cirurgia Geral e Clínica Médica II, a fim de solicitar o contato de todos os profissionais que atuam diretamente com pessoas que apresentam LEA. Em seguida, a pesquisadora entrará em contato com cada profissional, via telefone e/ou pessoalmente, para o agendamento da entrevista, sendo esta feita em horário que não prejudique o andamento do trabalho. As entrevistas serão realizadas no HUSM, na sala 5051, e ocorrerão após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista é semiestruturada, sendo gravada, posteriormente, transcrita pela mestranda. O tempo estimado de cada entrevista é de trinta minutos. Os profissionais (assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, dentistas, farmacêuticos,

fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos e terapeutas ocupacionais), que participam desta pesquisa. Sua participação será de forma voluntária (de livre e espontânea vontade), sem qualquer tipo de remuneração ou gasto. Os gastos necessários para o desenvolvimento da pesquisa serão assumidos exclusivamente pelos pesquisadores. Sua participação será de apenas responder oralmente às perguntas realizadas pela pesquisadora, não sendo necessário escrever nem realizar leituras.

É possível haja desconforto ou riscos como, por exemplo, cansaço mental, de natureza psicológica ou emocional (ansiedade, vergonha e/ou constrangimento) enquanto você responde ao questionário. Caso isso aconteça, a entrevista será encerrada e você terá direito à assistência gratuita prestada pela equipe interdisciplinar do Grupo Interdisciplinar de Convivência (GIC), o qual consta de profissionais e graduandos de Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia, coordenado pela professora Dr^a Elenir Fedosse. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de esclarecer quaisquer dúvidas e, para isso, poderá entrar em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você também tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, ou seja, em nenhum momento os dados pessoais e institucionais serão divulgados.

Acredita-se que esta pesquisa trará ao HUSM benefícios relativos à contextualização da visão dos profissionais quanto ao processo de trabalho das equipes dedicadas às pessoas com LEA. Também trará benefícios aos profissionais à medida que serão convidados, durante a entrevista, a refletir sobre seus processos de trabalho.

Trará, ainda, benefícios aos usuários do HUSM com LEA, pois a reflexão poderá repercutir sobre o cuidado recebido.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, após a leitura (), a escuta da leitura () deste documento, e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente, também, dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de minha espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo. Este documento consta de duas vias, ambas assinadas por mim e pela pesquisadora responsável e pela entrevistadora, ficando uma via com cada um de nós.

Hospital Universitário de Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela pesquisa

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

APÊNDICE B – CARTA DE APRESENTAÇÃO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Prezado (a) Senhor,

Apresentamos o Projeto de Pesquisa “**Lesão Encefálica Adquirida e o processo de cuidado: a ótica dos profissionais de saúde de um hospital universitário**” que tem como objetivo analisar como os profissionais de saúde do HUSM reconhecem o processo interdisciplinar no cuidado a pessoas com Lesão Encefálica Adquirida (LEA). Para tanto será necessário realizar encontros com hora pré-definida pelos profissionais para aplicação de um questionário semiestruturado, buscando identificar o ponto vista e relatos de experiências a cerca do cuidado prestado pela equipe interdisciplinar das Unidades: Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica, Pronto Socorro, Serviço de Atendimento Domiciliar e Unidade de Reabilitação.

As informações obtidas serão gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora responsável por essa coleta, serão armazenadas em banco de dados por 5 (cinco) anos e serão utilizadas sem prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, guardando-se o anonimato de tais informações.

A pesquisa será coordenada pela Prof.^a. Dr^a Elenir Fedosse e desenvolvida pela mestrandia Camila Dias Möller, iniciada após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e regulamentações correlatas). Portanto, solicitamos a V. S.^a, a autorização para a realização desta pesquisa.

_____, _____ de 20____.

Atenciosamente,

Pesquisador responsável

Elenir Fedosse

Pesquisador responsável

Camila Dias Möller

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, _____, responsável pela instituição _____, declaro que tenho conhecimento do teor do Projeto de Pesquisa intitulado “**Lesão Encefálica Adquirida e o processo de cuidado: a ótica dos profissionais de saúde de um hospital universitário**” proposta pela mestranda Camila Dias Möller, sob orientação da Prof.^a Dr^a Elenir Fedosse.

Disponho de uma cópia do Projeto de Pesquisa, a partir do qual se poderá acompanhar o processo de coletas de dados. Fui esclarecido (a) de que receberei o resultado da pesquisa oportunamente, assim como serei informado (a) das produções científicas dela decorrente. Nesses termos, autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.

Santa Maria, _____ de _____ de _____.

Responsável pelo serviço

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO: INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HUSM

Data da coleta: __/__/__

A) Dados de identificação:

1) Iniciais do nome: __ __ __; DN: __/__/____; 2) Sexo: _____

3) Profissão: () Educação Física; () Enfermagem; () Farmácia; () Fisioterapia; () Fonoaudiologia;
() Medicina; () Nutrição; () Odontologia () Psicologia; () Serviço Social; () Técnico de Enfermagem; ()
Terapia Ocupacional; () Outra _____

Ano da Graduação: _____

4) Pós-graduação:

TITULAÇÃO	ANO	ÁREA	APLICAÇÃO
() Especialização			
() Mestrado			
() Doutorado			
() Pós Doutorado			

5) Setor da atividade profissional: _____.

6) Tempo de atuação nesta atividade: _____ anos/meses.

B) Dados sobre processo de trabalho e assistência a pessoas com LEA

7) Você trabalha com pessoas com Lesão Encefálica Adquirida (LEA)?

8) Você encontra dificuldades para atender pessoa com LEA? Quais?

9) Quais atendimentos profissionais uma pessoa com LEA precisa? Por quê?

7) Você reconhece dificuldades de comunicação nas pessoas com LEA? Quais? E como você lida com as dificuldades?

8) Você trabalha em equipe? Com quais profissionais?

9) A sua equipe realiza reuniões para discutir o cuidado da pessoa com LEA? Como? Com qual regularidade?

10) Qual a sua percepção da repercussão do trabalho da sua equipe no cuidado à pessoa com LEA? Por quê?

11) Como você caracteriza o trabalho da sua equipe profissional/disciplinar?

() Multidisciplinar () Interdisciplinar () Transdisciplinar

12) Com base no que conversamos até agora, como você conceituaria o trabalho:

a) Multidisciplinar; b) Interdisciplinar e c) Transdisciplinar

13) Em sua opinião, você mudaria algo na prática/cuidado prestado à pessoa com LEA pela sua equipe? O quê? Por quê?

APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo: Lesão Encefálica Adquirida e o processo de cuidado: a ótica dos profissionais de saúde de um hospital universitário

Pesquisador responsável: Professora Orientadora Dr^a Elenir Fedosse

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Fonoaudiologia – Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220 - 8659. Avenida Roraima, 1000, Prédio 26E – CCS, 2º andar, sala 205 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, no endereço: Avenida Roraima, 1000; sala de apoio 5051, 5º andar.

O responsável pelo presente projeto compromete-se a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e somente ocorrerão após a anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais, sendo que as respostas dos voluntários serão gravadas e posteriormente transcritas. O local desta coleta de dados será na sala 5051, no 5º andar do Hospital Universitário de Santa Maria. A entrevista poderá ser respondida em, aproximadamente, 30 minutos e o período planejado para a coleta de dados deste projeto é de seis meses, com regularidade de três vezes na semana.

Informa, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, Prédio 26E, Departamento de Fonoaudiologia – Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, sala 205, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a minha responsabilidade - Professora Orientadora Dr^a Elenir Fedosse. Após este período os dados serão destruídos.

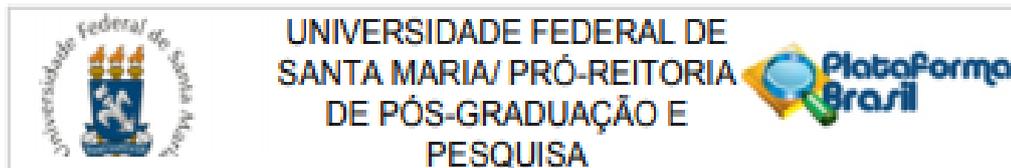
Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,.....dede 20.....

.....

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESSOAS COM LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA: O PROCESSO DE CUIDADO HOSPITALAR SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Elenir Fedosse

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24832719.9.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.724.066

Apresentação do Projeto:

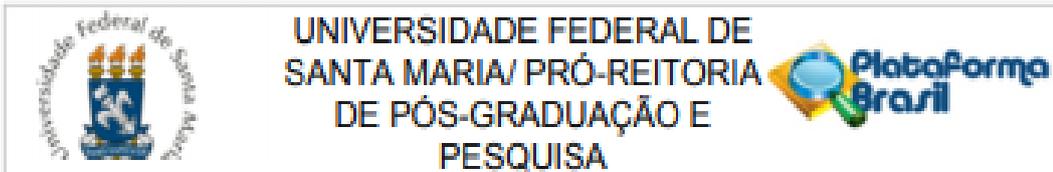
Este projeto de pesquisa busca analisar os princípios que regem o trabalho em equipe do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), identificando a equipe e como esta sustenta os cuidados à sujeitos acometidos por Lesão Encefálica Adquirida (LEA), geralmente decorrentes de Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), Traumatismos Crânicos Encefálicos (TCE), anóxias cerebrais, tumores e infecção do sistema nervoso central (SNC).

Verifica, ainda, as percepções da pessoa com lesão neurológica quanto as suas necessidades de saúde e sobre o cuidado recebido da equipe. Portanto, visa contextualizar as práticas do trabalho em equipe, sua repercussão no cuidado, tomando a interdisciplinaridade como fio condutor.

Sabe-se que as necessidades de saúde demandam uma atenção que não pode ser efetivada por ações isoladas de um único profissional; exigem intervenções de núcleo e relação inter profissional (SCHRAIBER et al, 2000), ou seja, trabalho em equipe. Este requer uma construção coletiva que potencializa a troca de informações, o cooperativismo entre os profissionais e o melhor planejamento terapêutico (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos,

Endereço: Av. Itoraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-8382 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.724.088

pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção.

No trabalho em equipe, observam-se três concepções distintas quanto à autonomia técnica, caracterizando assim as formas de relacionamento profissional; a primeira – relação multidisciplinar - o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; na segunda – relação interdisciplinar - ignora-se o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho e, na terceira, apreende-se o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto dos agentes – relação transdisciplinar (PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (1998) considera que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

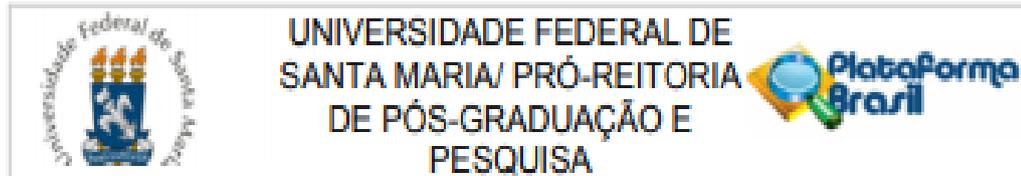
Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. Se assim o é, espera-se que a formação profissional aborde tais questões ao longo da graduação em saúde.

Para Albuquerque et al (2009), a maioria dos currículos dos cursos na área da saúde são organizados a partir de estruturas disciplinares, que fragmentam os conhecimentos e limitam a correlação de informações; prejudicando, portanto, a prática interdisciplinar. Ferreira, Varga e Silva (2009) acrescentam que a construção do trabalho cooperativo é árdua, pois exige a solidariedade e a confiança entre os profissionais da saúde.

Nesse contexto, destaca-se a importância do trabalho em equipe (FAZENDA, 2008; PEDUZZI, 2001) com troca de saberes entre as profissões, propiciando a humanização da atenção hospitalar e o cuidado integral ao sujeito, contrariando a prevalência da fragmentação do conhecimento e do trabalho individualizado e centralizado no núcleo profissional.

Além dos aspectos mencionados, vinculação e interdisciplinaridade, sabe-se que quanto mais rápido o início da reabilitação, maiores são os benefícios à saúde da pessoa acometida; a melhora funcional é mais rápida imediatamente após a lesão neurológica (SOUSA, et al; 2012). Portanto, as

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-9362 **E-mail:** cap.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.724.068

Intervenções reabilitadoras favorecem a alta hospitalar e, conseqüentemente, a diminuição de agravos decorrentes por longos períodos de internação. Neste sentido, profissionais de reabilitação neurológica (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, por exemplo) podem contribuir com o cuidado em saúde no ambiente hospitalar – maximizando a assistência e minimizando gastos, visto que a hospitalização exige dispendiosos investimentos (CUNHA, VIEIRA; 2010).

O cuidado imediato e multiprofissional, no ambiente hospitalar, responde ao fato de que, em se tratando de LEA, cada etiologia apresenta-se e evolui de maneira própria (CECCATO, 2005), podendo resultar em prejuízo na função, causando alterações motoras (hemiparesia ou dupla hemiparesia), distúrbios cognitivos, sensoriais, perceptuais, emocionais e comportamentais. Estes prejuízos podem trazer impactos negativos no desempenho das atividades funcionais e ainda podem limitar o potencial de reabilitação (DUNCAN, et al 1983; CACHO et al 2004).

As deficiências causadas pelas LEA podem se manifestar como restrições dos comportamentos essenciais da vida e do desempenho ocupacional, gerando, por sua vez, desvantagens sociais à medida que limitam ou impedem o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais (OMS, 2008).

O processo de recuperação de uma pessoa com LEA pressupõe, conforme já dito, acesso a uma equipe multiprofissional que se comunica de modo efetivo, ocupada do cuidado no estado agudo e/ou prolongado, que visa melhorar a saúde e qualidade de vida dos sujeitos acometidos e de seus familiares (CECATTO, ALMEIDA, 2010; GRAVINA, NOGUEIRA, RÓCHA, 2003).

Nessa perspectiva, a qualidade do cuidado depende não só da competência técnica, mas principalmente da habilidade de interação e comunicação dos profissionais entre si e com os usuários (NONINO; ANSELMINI; DALMAS, 2008). É por meio da relação, da escuta sensível e do diálogo, que o trabalhador transmitirá sentimentos como confiança e tranquilidade, essenciais para o processo de cuidado em saúde (POTT et al, 2013).

Assim, para que haja a efetiva construção de um cuidado pautado na humanização, devem-se respeitar os saberes do sujeito acolhido, os quais são ligados a sua cultura e dão sustentação a sua forma de perceber o processo de adoecimento (OLIVEIRA, 2002), e incluem-se as relações comunicativas entre profissionais e deles com os usuários.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-070
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9382 **E-mail:** cap.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.724.666

Questão de pesquisa: como os profissionais de saúde do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) (enfermeiros e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos e terapeutas ocupacionais) percebem o processo interdisciplinar no cuidado de pessoas com Lesão Neurológica Adquirida (LEA)?

Metodologia: trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. O campo de estudo será o Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/RS. Estarão especialmente envolvidos os profissionais de distintas áreas da saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos e terapeutas ocupacionais) que trabalham no setor que atende a demanda de usuários com Lesão Encefálica Adquirida (LEA).

Serão coletadas vivências e relatos sobre a visão dos profissionais participantes da pesquisa sobre como atuam, o que consideram importante no cuidado da pessoa com LEA, sobre o que conhecem e/ou reconhecem com prática interdisciplinar durante o processo de internação desses sujeitos. Inicialmente, será realizada uma visita no campo de pesquisa, a fim de apresentar o projeto pessoalmente e fazer um levantamento de quantos e quais profissionais oferecem cuidado diretamente pessoas que apresentam LEA. Nesta visita ao hospital, já será feita uma sondagem de quem gostaria de fazer parte desta pesquisa.

As entrevistas ocorrerão após a anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nas quais serão realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais. A pesquisadora entrará em contato via telefone para o agendamento das entrevistas e as coletas serão feitas em turnos diferentes com o propósito de abranger todos os profissionais participantes da melhor maneira possível.

Os setores escolhidos foram os que atendem grande demanda de pessoas acometidas com LEA, sendo eles: Unidade de Reabilitação, Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica.

Critério de exclusão: Profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física,

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

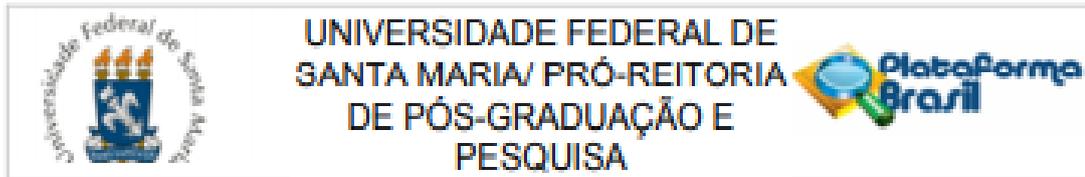
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9382

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.724.066

psicólogos e terapeutas ocupacionais) que não atuam na área de Neurologia e aqueles que estão trabalhando há menos de 12 meses no HUSM.

Período planejado para a coleta de dados deste projeto é de seis meses, duas vezes na semana, com um tempo estimado de trinta minutos para cada profissional.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: analisar como os profissionais de saúde do HUSM reconhecem o processo de cuidado a pessoas com Lesão Encefálica Adquirida (LEA).

Secundários:

Caracterizar os profissionais de saúde que atuam no cuidado a pessoas com LEA;

Identificar as necessidades de saúde da pessoa com LEA, na ótica dos profissionais de saúde;

Identificar os conceitos e as práticas clínicas dos profissionais de saúde que atuam no cuidado a pessoas com LEA, considerando os seus processos de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa pode ser considerada como de riscos mínimos; acredita-se que não ocasionará riscos físicos, sociais, profissionais e morais aos participantes. Entretanto, se no decorrer da coleta dos dados, algum profissional sentir desconforto de natureza psicológica ou emocional (ansiedade, vergonha e/ou constrangimento, por exemplo) a coleta será interrompida imediatamente e será ofertado apoio pela pesquisadora que é terapeuta ocupacional que, portanto, tem condições de acolher demandas desta natureza.

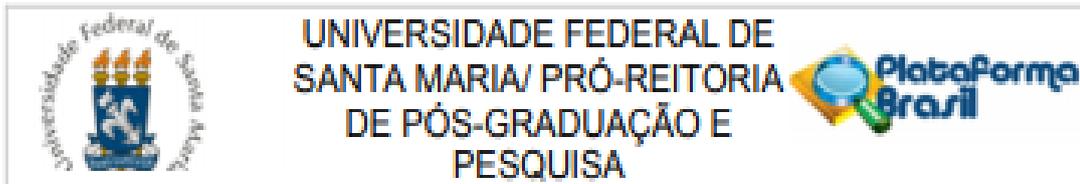
Acredita-se que esta pesquisa trará ao HUSM benefícios relativos à contextualização da visão dos profissionais, quanto ao processo de trabalho das equipes dedicadas às pessoas com LEA. Também trará benefícios aos profissionais à medida que serão lembrados sobre seus processos de trabalho e aos usuários com LEA, onde serão beneficiados com a ampliação do cuidado recebido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresentado está adequadamente redigido para o que se propõe. A garantia da confidencialidade e a não identificação do participante da pesquisa foram apresentados.

A forma de obtenção dos dados também está descrita bem como todos os procedimentos que

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
Bairro: Camobi	CEP: 97.105-970
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9382	E-mail: cap.usm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.724.088

serão realizados durante a pesquisa. O encaminhamento dos possíveis riscos também estão claros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta como documentação: folha de rosto, autorizações institucionais (gerência e setoriais), registro do projeto Portal UFSM, TCLE e termo de confidencialidade devidamente redigidos e assinados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

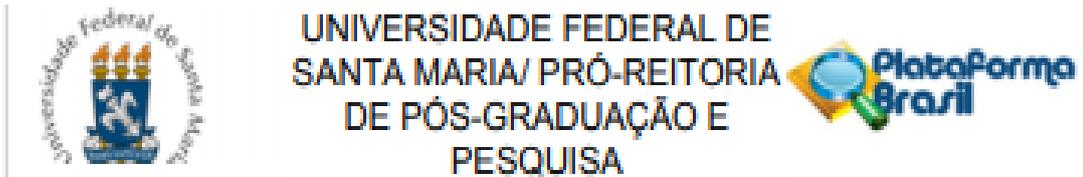
Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DÓ_P ROJETO_1420240.pdf	02/11/2019 00:16:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCAMILA.pdf	02/11/2019 00:15:08	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONFIDENCIALIDADECORRIGIDO.pdf	02/11/2019 00:13:50	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	SETORESHU\$M.pdf	01/11/2019 23:55:04	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	INSTITUCIONAL.pdf	01/11/2019 23:54:25	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	RELATORIOGAP.pdf	01/11/2019 23:52:47	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.pdf	01/11/2019 23:47:56	Elenir Fedosse	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/08/2019 15:33:19	Elenir Fedosse	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.724.068

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/08/2019 15:19:57	Elenir Fedosse	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	----------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 25 de Novembro de 2019

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-910
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9382 E-mail: csp.ufsm@gmail.com