



**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

JOÃO VICTOR DE QUEIROZ

**RELAÇÕES E PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA COM ENFOQUE DA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL**

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

2024

JOÃO VICTOR DE QUEIROZ

**RELAÇÕES E PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA COM ENFOQUE DA COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL**

Artigo apresentado à Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Sanitarista.

Orientador: João Pedro Sobral Neto

Coorientador: Cleyton Anderson
Leite Feitosa

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

2024

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

Q3r

Queiroz, João Victor de.

Relações e processo de trabalho em equipes de saúde da família com enfoque da comunicação interprofissional / João Victor de Queiroz. _ Afogados da Ingazeira - PE, 2024.

20 fls.: il.

Orientador: Ms. João Pedro Sobral Neto.

Coorientador: Ms. Cleyton Anderson Leite Feitosa.

Artigo-TCR (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde Pública da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE)

1. Comunicação em Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Educação Interprofissional. I. Título

ESPPE / BNC

CDU – 316.77: 614:(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

RESUMO

Objetivo: analisar o processo comunicativo dentro de equipes de Atenção Básica e Saúde da Família, a partir da análise dos processos de comunicação interprofissional (CIP) e da identificação de potencialidades e fragilidades do processo de trabalho e dos mecanismos de comunicação. **Métodos:** Trata-se de um estudo de natureza exploratória descritiva, caracterizado como pesquisa de campo, com abordagem metodológica descrita como quantitativa, composta por 12 profissionais de duas equipes de saúde da família (ESF) em um município do sertão pernambucano, utilizando a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas À Colaboração Interprofissional (EJARCI), na sua versão validada para o português brasileiro e Atenção Básica. **Resultados e discussão:** A comunicação interprofissional é uma ferramenta essencial para a garantia da integralidade no cuidado em saúde, percebida como uma estratégia de atuação colaborativa e de responsabilidade compartilhada para o alcance de um serviço de saúde que atenda aos propósitos de promoção da saúde no SUS. O score obtido na pesquisa supõe que Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde estão mais susceptíveis ao uso da Comunicação Interprofissional do que Médicos. **Conclusão:** Os resultados obtidos mostram importantes indicativos que podem ser aprofundados em estudos com emprego de metodologias qualitativas, mas, acima de tudo, traz uma importante contribuição para a gestão da APS e da educação em saúde.

Palavras-chave: comunicação em saúde; saúde pública; educação interprofissional.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 9 |
| 2.1 | História da Comunicação em Saúde como um Direito..... | 9 |
| 2.2 | Prática Colaborativa Interprofissional..... | 9 |
| 2.3 | Comunicação Interprofissional como forma de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no SUS..... | 10 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 11 |
| 4 | RESULTADOS..... | 13 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 14 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 16 |
| | REFERÊNCIAS..... | 17 |
| | APÊNDICE A - Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas À Colaboração Interprofissional..... | 19 |

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é elemento fundamental para a realização de uma atenção à saúde com integralidade, um dos princípios organizacionais legalmente instituídos do Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários em todos os níveis de complexidade do sistema (Batista, 2012).

A partir deste enfoque, a Comunicação em Saúde tem sido estudada constantemente e os profissionais instigados a utilizá-la da melhor forma diante da sua realidade. Sobre esse tema, Teixeira (2004, p. 1) destaca que: “Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde.”

Dentre os modelos de comunicação na saúde, um dos principais e que se mostrou capaz de melhorar os resultados em saúde no mundo é conhecido como Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) em Saúde (Dow, 2017).

A prática colaborativa se refere ao cuidado compartilhado entre profissionais de equipes de saúde que realizam o trabalho de forma integrada, interprofissional, com articulação das ações, dos saberes técnicocientíficos e com objetivos comuns voltados às necessidades dos usuários. A prática colaborativa está pautada na comunicação, respeito mútuo e reconhecimento dos saberes profissionais das diversas áreas (São Paulo, 2017). É visto que seu uso melhora variáveis como a percepção, compreensão e a eficácia das relações em equipe, além de influenciar na melhora do cuidado e de facilitar o acesso à saúde, aperfeiçoando a utilização dos recursos disponíveis à equipe, o que racionaliza os gastos (Fleischmann et al., 2016; Adams et al., 2014).

Entretanto, o principal modelo vigente no SUS atualmente ainda é o do trabalho multiprofissional que, por ser marcado pela fragmentação do cuidado e pela justaposição de diferentes disciplinas frente aos agravos ou na prevenção, acaba sendo um dos motivos pelas falhas de comunicação e integralidade do cuidado.

A comunicação interprofissional (CIP), modelo comunicacional presente na PCI, é entendida como a capacidade de comunicação efetiva entre pessoas, especialmente de diferentes profissões, de maneira colaborativa (CIHC, 2010). Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado é a

segunda meta internacional da segurança do paciente, estabelecida pela Joint Commission International, em parceria com a Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2014).

Nota-se então, que a CIP vai ao encontro com os ideários do SUS, cabendo ao sistema absorver este modelo em suas práticas. Grande parte das fragilidades do SUS se relacionam a falhas na comunicação utilizada no cotidiano:

[...] o modo como o cuidado em saúde acontece no cotidiano dos serviços faz com que o SUS não se efetive em sua prática, da forma como muitos de nós gostaríamos. O SUS é conhecido por seus problemas e desafios e uma grande parte desses se deve à forma como os processos comunicacionais se dão na prática do trabalho em saúde. (Silvia; Rocha, 2014, p. 4).

Devido ao surgimento de necessidades cada vez mais complexas, como o surgimento de novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, fica mais evidentes que a interprofissionalidade é um instrumento importante na saúde, pois incrementa a conciliação de saberes e práticas somadas ao gerenciamento de diferentes visões – mesmo que opostas – num processo permanente de compartilhamento entre diferentes profissionais (Goldman, 2011).

A Saúde no Brasil é organizada em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são definidas como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (Ministério da Saúde, 2010, p. 4).

A Atenção Primária (APS) é considerada o centro de comunicação dentro da RAS, além de ser coordenadora do cuidado integrado. É um dos componentes mais importantes do SUS, devido ao seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população. A APS serve como base para muitos sistemas de saúde ao redor de todo mundo, trazendo resultados como a melhora dos indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (Oliveira; Pereira, 2013). A Atenção

Primária pode, então, ser considerada uma grande potência para o sucesso do SUS.

O presente estudo é fonte de uma inquietação de um residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), acerca dos processos comunicativos de equipes de Saúde da Família observados em um rodízio realizado na Atenção Primária em um município do interior de Pernambuco.

A comunicação utilizada no processo de trabalho se mostrou fragmentada, uma vez que não existiam espaços para o compartilhamento de informações relacionadas ao cuidado prestado. O cuidado então se mostrou desestruturado, pois o usuário não estava no centro, e as suas particularidades físicas, emocionais e sociais não eram pautadas pela equipe.

Sendo assim, é de fundamental importância que haja uma integração comunicacional dentro das equipes da APS, a fim de garantir o cumprimento de seus atributos, em especial para com o da resolutividade. Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar o processo comunicativo dentro de equipes de Atenção Básica e Saúde da Família.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História da Comunicação em Saúde como um Direito

A comunicação é um direito que teve sua origem na Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), no final da década de 1960, que levou à realização de diversos estudos na década seguinte. Na época, processo comunicacional sofria muitas críticas motivadas pela falta de diversidade de fontes de informação e opinião, além do destaque a determinados temas, com influência ocidental.

No Brasil, a comunicação em saúde nasce no ano de 1920, a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Na época, utilizavam-se as propagandas e ações de educação sanitária como estratégias para disseminar práticas de higiene frente às pandemias. Em seguida, por volta dos anos 40, o governo Vargas instituiu o Serviço Nacional de Educação Sanitária, que tinha o papel de divulgar informações acerca de doenças e formas de prevenção (Silvia; Rocha, 2014).

A partir da concepção de Saúde trazida pela criação do Sistema Único de Saúde em 1988, é possível observar que o novo modelo requer uma prática interligada entre usuários, profissionais e gestores. Então, a Comunicação torna-se um dos pilares. Comunicar significa transmitir uma mensagem ou informação a um determinado destino. No setor saúde, as informações são de extrema importância para seu funcionamento.

2.2 A Prática Colaborativa Interprofissional

A PCI é considerada recente e é menos utilizada que modelos tradicionais. Ela traz como um dos princípios a comunicação interprofissional, que é baseada pela reflexão sobre os papéis profissionais e tomada de decisões compartilhadas, visando construir saberes de modo dialógico, respeitando as singularidades de cada profissional integrante (De Araujo et al., 2017). Na prática interprofissional colaborativa, as diferentes categorias profissionais devem trabalhar juntas para obtenção de resultados positivos na assistência à saúde.

Para que se alcance a PCI, alguns domínios devem estar presentes, como comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente e família; classificação dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa (CIHC, 2010). A comunicação interprofissional possui destaque entres esses domínios, pois forma um canal de comunicação aberto e efetivo entre as equipes de saúde e oferece oportunidade aos profissionais para compartilharem entre eles suas inquietações.

2.3 Comunicação Interprofissional como forma de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no SUS

A comunicação interprofissional (CIP) pode ser defina como a capacidade de comunicação efetiva entre pessoas realizada entre indivíduos pertencentes à diferentes classes profissionais, de maneira colaborativa (Orchard et al., 2010). Dessa forma, favorece o trabalho em equipe, o cuidado contínuo ao paciente, minimiza a ocorrência de riscos, de efeitos adversos e contribui para a segurança do paciente, além de favorecer o cuidado ao usuário sob diferentes óticas profissionais que possuem domínios diferentes, mas que vão atuar em conjunto frente ao problema de saúde apresentado.

Um ambiente em que exista a comunicação interprofissional, em especial se tratando de equipes de saúde, como é o caso das Equipes de Saúde da Família (EsF) existentes na base do SUS, pode se beneficiar de uma comunicação efetiva, segura e humanizada no cuidado ao usuário:

A construção do diálogo em um ambiente interprofissional permite a criação de um relacionamento com integração entre os envolvidos que possibilita o reconhecimento do trabalho do outro e suas especificidades, sendo determinante primordial para o alcance da comunicação efetiva entre os profissionais, favorecendo um ambiente de cuidado mais seguro e humanizado (Coifman, 2021).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória descritiva, caracterizado como pesquisa de campo, com abordagem metodológica descrita como quantitativa. A escolha dos participantes foi feita por conveniência. A pesquisa foi composta por profissionais da Equipe de Saúde da Família de duas Unidades Básicas de Saúde em um Município do Sertão Pernambucano que pertence a área de abrangência da X Região de Saúde de Pernambuco, realizado durante o mês de novembro de 2023.

Todos os participantes foram orientados quanto ao questionário ao qual iriam se submeter e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, sendo que os critérios de elegibilidade para a pesquisa foram: maiores de 18 anos de ambos os sexos que façam parte da Equipe de Saúde da Família das UBS's. Não foram incluídos no estudo aqueles que no momento da realização da coleta estavam de licença maternidade, atestado médico, ou que não aceitaram participar da coleta. Aqueles que, após aceitarem participar, por algum motivo decidiram desistir foram eliminados.

O instrumento utilizado para pesquisa foi a “Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)” na sua versão validada para o português brasileiro e Atenção Básica. O instrumento permite avaliar a atitude em relação ao trabalho interprofissional desenvolvido entre profissionais de saúde e possui vinte itens que devem ser respondidos utilizando uma escala de concordância/discordância tipo Likert com 7 níveis, sendo o menor nível discordo totalmente (1) e o maior concordo totalmente (7). A atitude em relação à colaboração é refletida no escore total na escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas.

A coleta de dados só teve início após a aprovação do Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sendo aprovado sob CAE 74199823.3.0000.8069.

Foram realizadas 12 entrevistas com profissionais de duas equipes de saúde da família da zona urbana de um município do sertão pernambucano. Participaram do estudo, de acordo com a categoria profissional em: 1 médico, 1 enfermeiro, 3 técnicos em enfermagem, 7 agentes comunitários de saúde – ACS. A coleta de seu por conveniência, sendo realizada em momento único, com acesso aos profissionais que estavam presentes na unidade no momento pré-agendado com a Coordenação de

Atenção Primária à Saúde do município.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de informações e processados usando o software *Excel 2016*.

4. RESULTADOS

Considerando as respostas da escala pelos 12 respondentes, a pontuação final do somatório dos itens variou de 88 a 108 pontos, com mediana de 102 pontos.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (n=12). Pernambuco, Brasil, 2024.

| Variáveis | N | Média |
|-------------------------------|----|-------|
| Sexo | | |
| Masculino | 0 | - |
| Feminino | 12 | 100 |
| Idade | | 41,8 |
| Ensino superior | | |
| Sim | 2 | 16,6 |
| Não | 10 | 83,4 |
| Profissão | | |
| Médica | 1 | 8,3 |
| Enfermeira | 1 | 8,3 |
| Téc. em enfermagem | 3 | 25 |
| Agente comunitária de saúde | 7 | 58,4 |
| Especialização | | |
| Sim | 2 | 16,6 |
| Não | 0 | - |
| Não se aplica (nível técnico) | 10 | 83,3 |

Fonte: Os autores (2024).

No que se refere à formação, somente duas possuíam ensino superior, enquanto as demais, apenas ensino médio e/ou técnico. Todas as participantes com nível superior possuíam especialização. A amostra do estudo foi composta totalmente por mulheres, caracterizando um predomínio feminino nesse tipo de abordagem que também foi encontrado em outros estudos (Previato; Baldissera, 2018).

Em relação ao score obtido por categoria profissional, observa-se que as Técnicas em Enfermagem obtiveram uma melhor média e mediana, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e o perfil da equipe. Pernambuco, Brasil, 2024.

| Profissão | Média | Mediana |
|-----------------------------|--------------|----------------|
| Médico | 88 | 88 |
| Enfermeiro | 102 | 102 |
| Técnico em Enfermagem | 105,6 | 106 |
| Agente Comunitário de Saúde | 99,8 | 100 |

Fonte: Os autores (2024).

5. DISCUSSÃO

Em meados dos anos 90, o Brasil vivenciou uma proposta de mudança do modelo assistencial de saúde da rede pública com a efetivação do SUS. Como consequência, mudaram os processos de trabalho, as estratégias de ação e relações interpessoais, assumindo estas últimas, caráter inter e multidisciplinar (Brasil, 1990). Nesse contexto, o processo de comunicação tornou-se o denominador comum do trabalho em equipe (Peduzzi; Agreli, 2018).

Alguns aspectos influenciam não só na qualidade do serviço prestado ao usuário, mas também no acesso, o que acaba por formar barreiras, tais aspectos podem ser socioculturais, econômicos e de comunicação (Travassos; Martins, 2004). A APS representa o ponto inicial da RAS, o que implica em sua função de atuar como centro de comunicação no somada aos serviços de atenção secundária e terciária. O papel da comunicação torna-se essencial nesse cenário.

É de suma importância que os profissionais da APS compreendam na Estratégia Saúde da Família uma estratégia de reorganização do sistema de saúde, de forma a identificá-la como a coordenadora da APS e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. É através dessa compreensão que partirá o enfrentamento da hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde. A mudança de um sistema totalmente fragmentado para um que se baseie na consolidação de Redes de Saúde só será concluída quando a APS funcionar de maneira ideal (Mendes et al., 2012).

A comunicação interprofissional é uma ferramenta essencial para a garantia da integralidade no cuidado em saúde, percebida como uma estratégia de atuação colaborativa e de responsabilidade compartilhada para o alcance de um serviço de saúde que atenda aos propósitos de promoção da saúde no SUS (Pereira, 2018).

O score obtido na pesquisa supõe que Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde estão mais susceptíveis ao uso da Comunicação Interprofissional do que Médicos. Resultados semelhantes foram encontrados por Pereira et al. (2021) em seu estudo, que buscou investigar os fatores intervenientes na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da comunicação interprofissional, embora em seu estudo os médicos obtiveram um score semelhante ao dos enfermeiros.

Em uma revisão integrativa de Miorin et al. (2020), foi identificado que, muitas vezes, o que chamamos de equipe multiprofissional, está fortemente ligada a um agrupamento de diferentes profissionais entre os quais as informações, apesar de circularem, geralmente se perdem ou se diluem. Portanto, os autores concluíram que para que ocorra uma comunicação efetiva na equipe multiprofissional é necessário franqueza, autenticidade, transparência, respeito mútuo e confiança.

Diante dos dados coletados, observamos que a maioria trabalha com uma equipe diversa de profissionais, atendendo ao princípio da integralidade do SUS, Porém, mesmo com essa informação indo ao encontro com os princípios do sistema, é necessário uma análise mais profunda do contexto não somente através da informação relatada pelos profissionais, mas também por meio da observação, pois a internalização subjetiva de princípios normativos é um processo bem mais gradativo que a sua compreensão cognitiva e que esbarra em inúmeros desafios.

6. CONCLUSÃO

A APS é considerada imprescindível para a consolidação do SUS, embora ainda não tenha se efetivado de fato. Desde sua concepção, enfrenta desafios que dificultam sua atuação como organizadora e coordenadora do cuidado. Além da carência de infraestrutura e de cobertura do território, enfrenta problemas de recursos humanos, tais quais implicam na gestão e no trabalho das unidades, o que acaba precarizando os processos de trabalho e fragilizando a assistência e privilegiando o modelo hegemônico.

Nesse sentido, a prática interprofissional colaborativa em Saúde, pautada na Comunicação Interprofissional, se mostra como uma estratégia que pode possibilitar reversão ao modelo de atenção em saúde hegemônico e melhorar a resolutividade do trabalho em equipe, com respeito à integralidade do cuidado.

O estudo apresentou uma análise quantitativa sobre a susceptibilidade de profissionais de APS para a comunicação interprofissional e a adoção de práticas colaborativas de saúde. Os resultados obtidos mostram importantes indicativos que podem ser aprofundados em estudos com emprego de metodologias qualitativas, mas, acima de tudo, traz uma importante contribuição para a gestão da APS e da educação em saúde.

Então, pode-se considerar como estratégias válidas para superação do modelo vigente para um modelo com a presença da CIP: formação de profissionais com utilização de um modelo de educação interprofissional; abertura de espaços de comunicação nas equipes de saúde e práticas voltadas para educação continuada e permanente como fomento à CIP.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Tracey L. et al. The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 4, p. 339-344, 2014.
- BATISTA, N. A. (2012). Educação Interprofissional em saúde: Concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, 2:25-8.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2010.
- CIHC (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE). **A national interprofessional competency framework**. 2010.
- COIFMAN, Alyne Henri Motta et al. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.
- DE ARAUJO, Thaise Anataly Maria et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: O olhar de residentes e preceptores. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-614, 2017.
- DOW, Alan W. et al. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 6, p. 677-678, 2017.
- FLEISCHMANN, Nina et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. **BMC Family Practice**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2016.
- GOLDMAN, Joanne. Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) website: www.caipe.org.uk. **Journal of Interprofessional Care**, v. 25, n. 5, p. 386-387, 2011.
- MENDES, Eugênio Vilaça et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 2012.
- MIORIN, Jeanini Dalcol et al. Colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. e78922074-e78922074, 2020.
- ORCHARD, Carole et al. **A national interprofessional competency framework**. 2010.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.

PEREIRA, André Leon Lemos et al. A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e338101018942-e338101018942, 2021

PEREIRA, Márcio Florentino. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1753-1756, 2018.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **1º seminário: a prática colaborativa interprofissional**. / organizado por Floracy Gomes Ribeiro, Marco Antônio de Moraes, Marina Peduzzi. – São Paulo: SES/SP, 2017.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde. **Relação técnicos de saúde**, 2004.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

APÊNDICE A – Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas À Colaboração Interprofissional

Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)

Sexo: () Masculino. () Feminino.

Idade (em anos): ____

País: Brasil

Favor marcar sua área de especialização, caso seja profissional, ou seu programa acadêmico, se for estudante. (listados em ordem alfabética):

[1] Agente comunitário de saúde

[2] Assistente Social

[3] Enfermagem (Especifique, por favor, sua especialidade: _____)

[4] Farmácia (Especifique, por favor, seu ambiente de trabalho):

(a). Drogaria/Farmácia. (b). Farmácia Hospitalar. (c). Outros.

[5] Fisioterapia

[6] Fonoaudiologia

[7] Medicina (Especifique, por favor, sua especialidade: _____)

[8] Nutrição

[9] Odontologia (Especifique, por favor, sua especialidade: _____)

[10] Psicologia

[11] Profissional de Saúde Pública

[12] Técnico ou Auxiliar em Enfermagem

[13] Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal

[14] Terapia Ocupacional

[15] Outro(a) (especifique, por favor: _____)

Definições:

Colaboração interprofissional: Trabalho em conjunto de profissionais da área de saúde de diferentes formações, com o intuito de melhorar a qualidade de atendimento dos pacientes.

Profissionais de saúde: Pessoas qualificadas, com formação e conhecimento em profissões relacionadas à saúde.

Pacientes (clientes): Indivíduos que recebem serviços prestados por profissionais da área de saúde.

| |
|--|
| Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional |
|--|

Instruções: Indique, por favor, o quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes afirmações, escrevendo o número apropriado entre os parênteses disponibilizados antes de cada afirmação. Utilize, por favor, a escala de 7 pontos, a seguir (quanto maior o número na escala, maior a concordância):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente

Concordo totalmente

1. () Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.
2. () Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes.
3. () O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar.
4. () As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.
5. () Os profissionais de saúde não devem questionar as decisões tomadas por colegas, mesmo que eles achem que essas possam ter efeitos prejudiciais ao paciente/cliente.
6. () Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.
7. () A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.
8. () O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.
9. () A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.
10. () A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.
11. () Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.
12. () A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.
13. () Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.
14. () Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.
15. () Devido à diferença de cada função, não há muitas áreas que permitam a sobreposição de responsabilidades entre os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes/clientes.
16. () Para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde.
17. () Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.
18. () Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.
19. () Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.
20. () Durante sua formação, todos os estudantes da área da saúde devem ter a experiência de trabalhar em equipes com estudantes de outras áreas da saúde, para que possam compreender melhor sua respectiva função.