

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO,
PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Ilana Barros Moraes da Graça

**ATITUDES COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO LUÍS, MARANHÃO**

São Luís

2022

Ilana Barros Moraes da Graça

**ATITUDES COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO LUÍS, MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, da Universidade
Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Sally Cristina
Moutinho Monteiro

Coorientadora: Profa. Dra. Aline
Sampieri Tonello

Área de Concentração: Saúde da
Família

Linha de Pesquisa: Educação na
Saúde

São Luís

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Graça, Ilana Barros Moraes da.

Atitudes colaborativas interprofissionais na estratégia
saúde da família da região metropolitana de São Luís,
Maranhão / Ilana Barros Moraes da Graça. - 2022.
88 f.

Coorientador(a): Aline Sampieri Tonello.

Orientador(a): Sally Cristina Moutinho Monteiro.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal
Maranhão, plataforma meet, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Práticas Interdisciplinares. 4. Relações
Interprofissionais. I. Monteiro, Sally Cristina Moutinho.
II. Tonello, Aline Sampieri. III. Título.

Ilana Barros Moraes da Graça

**ATITUDES COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO LUÍS, MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da
Família, da Universidade Federal do
Maranhão.

Banca Examinadora:

Prof^a Dra. Sally Cristina Moutinho Monteiro
Universidade Federal do Maranhão
Presidente/ Orientadora

Prof^a Dra. Aline Sampieri Tonello
Universidade Federal do Maranhão
Vice-presidente/ Co-orientadora

Prof^o Dr^o Cristiano Gil Regis- Membro
Universidade Federal do Acre

Prof^o Dr^o Paulo Marcondes Carvalho Júnior- Membro
Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP

Data da Aprovação: _____de _____de 2022

São Luís
2022

“O talento vence jogos, mas só o trabalho
em equipe ganha campeonatos”

Michael Jordan

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me permitido alcançar vitórias com superação de inúmeras dificuldades.

Aos docentes e colaboradores da Renasf - UFMA pela oportunidade de crescimento como aluna/pesquisadora.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sally Monteiro, pelo suporte na construção de toda trajetória desta dissertação com correções e incentivos.

À minha Co-orientadora Profa. Dra. Aline Sampieri pelas valorosas contribuições.

Aos meus pais, *in memoriam*, Raimundo Nonato Pinheiro Moraes e Maria Luiza Barros Moraes pelo incentivo que sempre me foi dado em toda minha história acadêmica, pelo amor e cuidados de uma vida toda.

Ao meu esposo Henrique Augusto F. da Graça pelo apoio desde o início desta caminhada, e minha filha Ana Luísa Moraes da Graça, por estarem comigo durante essa jornada.

Às amigas Silvia Nava, Fernanda Lopes, Francisca Miranda, Tânia Freitas, que acompanharam este percurso e me apoiaram para que esse trabalho tenha sido concretizado. E a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

RESUMO

As atitudes colaborativas favorecem uma abordagem interprofissional integrada, compartilhada a fim de proporcionar um cuidado centralizado no usuário, família e comunidade. Assim, o objetivo do estudo foi identificar atitudes colaborativas e seus fatores associados em profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Região Metropolitana de São Luís (Maranhão). Trata-se de um estudo transversal, analítico, com 311 profissionais de nível superior que atuam na ESF. A coleta de dados ocorreu por meio de formulário eletrônico, o qual abordou perguntas referentes às características sociodemográficas, à formação profissional, ao processo de trabalho e às atitudes colaborativas com base na Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI). Para a análise da EJARCI realizou-se a somatória de todas as 20 respostas, categorizando-as em tercís. A consistência interna das repostas do questionário da EJARCI foi avaliada pelo Alfa de Cronbach, com valor =0,806. Para verificar a associação entre as respostas da escala de Jefferson e as demais variáveis, realizaram-se análises bivariadas utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no software Stata versão 14. A maioria dos profissionais era do sexo feminino (79,74%), de cor parda (50,8%), residente em São Luís (77,17%), com idade entre 30 e 39 anos (36,01%), com formação em enfermagem (53,38%) e com especialização em Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva (44,05%). A pontuação média da EJARCI entre os profissionais foi 128 (IC95% 119-134) para medicina, 126,5 (IC95% 118,75-132) para enfermagem e 124 (117-134) para os cirurgiões dentistas, sem significância estatística. As variáveis tipo de especialização ($p=0,008$) e tempo de trabalho na ESF ($p=0,02$) foram associadas às atitudes colaborativas. Os resultados deste estudo evidenciam atitudes colaborativas entre os profissionais da ESF da região metropolitana de São Luís/MA, e o tipo de especialização e tempo de trabalho na ESF associaram-se a atitudes mais colaborativas, o que contribui para a desconstrução do modelo hierárquico do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais; Práticas Interdisciplinares; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Collaborative attitudes promote an integrated, shared interprofessional approach in order to provide care centered on the user, family and community. Thus, the objective of the study was to identify collaborative attitudes and their associated factors in professionals of the Family Health Strategy (ESF) in the Metropolitan Region of São Luís (Maranhão). This is a cross-sectional, analytical study with 311 higher education professionals who work in the FHS. Data collection took place through an electronic form, which addressed questions regarding sociodemographic characteristics, professional training, the work process and collaborative attitudes based on the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration (EJARCI). For the analysis of the EJARCI, the sum of all 20 responses was performed, categorizing them into tertiles. The internal consistency of the EJARCI questionnaire responses was evaluated by Cronbach's Alpha, with a value of $\alpha=0.806$. To verify the association between the responses of the Jefferson scale and the other variables, bivariate analyzes were performed using Pearson's Chi-Square test at a significance level of 5% ($p < 0.05$). All analyzes were performed using Stata software, version 14. Most professionals were female (79.74%), brown (50.8%), residing in São Luís (77.17%), aged between 30 and 39 years old (36.01%), with training in nursing (53.38%) and with specialization in Family Health/Public Health/Collective Health (44.05%). The average EJARCI score among professionals was 128 (95%CI 119-134) for medicine, 126.5 (95%CI 118.75-132) for nursing and 124 (117-134) for dentists, without statistical significance. The variables type of specialization ($p=0.008$) and time working in the FHS ($p=0.02$) were associated with collaborative attitudes. The results of this study show collaborative attitudes among ESF professionals in the metropolitan region of São Luís/MA, and the type of specialization and working time in the ESF were associated with more collaborative attitudes, which contributes to the deconstruction of the hierarchical model of health care.

Keywords: interprofessional relationships; interdisciplinary practices; family health strategy; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo 3C da Colaboração.....	19
Figura 2 - Pilares da Interprofissionalidade.....	20
Figura 3 - Região Metropolitana de São Luís.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AITCS II	Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EJARCI	Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
EIP	Educação Interprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
JeffSATIC	Jefferson Scale of attitudes toward interprofessional collaboration
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RENASF	Rede Nacional de Formação em Saúde da Família
RIPLS	Readiness for Interprofessional Learning Scale
SES	Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Objetivos.....	13
1.1.1 Objetivo geral.....	13
1.1.2 Objetivos específicos.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Breve histórico da Interprofissionalidade no Brasil.....	14
2.2 A Educação Interprofissional e as estratégias para a promoção da implementação da prática colaborativa nos serviços de saúde.....	15
2.3 Os pilares e da colaboração interprofissional.....	20
2.4 A interprofissionalidade e práticas colaborativas nos cuidados ao usuário e família: relevância e desafios na atenção primária em saúde.....	21
2.5 Instrumentos de avaliação da interprofissionalidade: a Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional.....	25
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 Desenho do estudo.....	28
3.2 População e local do estudo.....	28
3.3 Critérios de inclusão, não inclusão e exclusão.....	30
3.4 Instrumentos e coleta de dados.....	30
3.5 Análise dos dados.....	31
3.6 Aspectos éticos.....	32
4 RESULTADOS	33
4.1 Artigo: Atitudes colaborativas interprofissionais na Estratégia Saúde da Família e fatores associados.....	33
5 CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO.....	49
REFERÊNCIAS.....	50
GLOSSÁRIO.....	56
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL.....	58
ANEXO - A - ESCALA DE JEFFERSON DE ATITUDES RELACIONADAS À COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	60
ANEXO - B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	61
ANEXO - C - DIRETRIZES PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	72

1 INTRODUÇÃO

As atitudes colaborativas interprofissionais favorecem o desenvolvimento da prática colaborativa, que se efetiva quando os profissionais atuam mutuamente para promover melhorias nos resultados da assistência à saúde do usuário, com base na atuação de uma equipe interprofissional. Considerando as habilidades de cada profissional, contribuindo para a redução de erros e ações duplicadas, tornando-as efetivas devido a tomadas de decisões compartilhadas e consequentemente um cuidado interprofissional efetivo (CARAM; REZENDE; BRITO, 2017).

O cuidado interprofissional é definido pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) do Reino Unido, como o cuidado ofertado por dois ou mais profissionais de diferentes áreas de forma colaborativa atendendo às necessidades das pessoas, família e comunidade, enfatizando a articulação das ações, dos conhecimentos técnico científicos e com objetivos em conjunto (BAAR; LOW, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca que a prática colaborativa é decorrente desse cuidado interprofissional e que ocorre quando é prestado um cuidado integral por profissionais de diferentes áreas direcionados para os usuários, família, comunidade e cuidadores, resultando em uma assistência de alta qualidade em todos os níveis de atenção, trazendo benefícios e levando transformações importantes no pensar e agir, e consequentemente em suas atitudes (OMS, 2010).

São atitudes colaborativas: as discussões de problemas cotidianos, o fluxo de comunicação, a união, a corresponsabilização, o reconhecimento, o respeito ao outro profissional, o estímulo, a curiosidade, a flexibilidade, a tolerância, a empatia, entre outros. O desenvolvimento dessas habilidades é estimulado através da instrução interprofissional abordando diversas formas metodológicas estimulando os profissionais a refletirem sobre as suas condutas diárias e garantindo um ambiente de trabalho colaborativo (CECIM, 2017)

Assim, a interprofissionalidade (IP) representa uma potente ferramenta para a superação de uma assistência fragmentada e individualizada, praticada por diversos profissionais, pois é baseada na interação e comunicação efetiva, com clareza de papéis atendendo o complexo e polissêmico processo de adoecimento,

possibilitando respostas efetivas e eficazes no processo de cuidar pelas equipes de saúde, e atuando de forma interdependente (OLIVEIRA; GUIZARDI; DUTRA, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz em sua essência um cuidado interprofissional pois a integralidade, equidade e universalidade reforçam as bases estruturantes para a educação e o trabalho interprofissional, trazendo avanços para o processo de trabalho em equipe (FREIRE FILHO *et al.*, 2018).

Ainda nesse contexto há de se salientar que o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) ganhou destaque no Brasil por representar o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS como proposta de um modelo de reorganização desse sistema de saúde, capaz de responder aos fatores heterogêneos do processo saúde/doença (FAUSTO *et al.*, 2017).

Para abarcar os fatores multicausais do adoecimento, a ESF exige atuação multiprofissional, porém há ainda necessidade de superar o cuidado fragmentado que o processo de trabalho multiprofissional trouxe, requerendo assim novos arranjos nas práticas de trabalho dessas equipes, dentre os quais destaca-se a instituição de uma prática de natureza interprofissional e colaborativa, a fim de alcançar um melhor resultado mediante uma ação coletiva (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Uma vez que as práticas colaborativas interprofissionais facilitam a comunicação entre o usuário e os profissionais de saúde, e otimizam a centralização do cuidado ao usuário, família e comunidade, a prática colaborativa e interprofissional é importante para a qualidade e segurança do serviço em saúde (ESCALDA; PARREIRA, 2018), entretanto, para que esta prática possa ser implementada, faz-se necessário o conhecimento dos profissionais envolvidos sobre a referida estratégia em saúde.

Conforme menciona Previato *et al.* (2018), esta prática é ainda nova para muitos profissionais de saúde, entretanto, para que seja implementada, faz-se necessário o conhecimento dos profissionais envolvidos. Neste contexto, a Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) torna-se salutar, pois, possibilita a identificação das atitudes que levam a um trabalho interprofissional colaborativo.

Falana *et al.* (2016), aplicaram esse instrumento em um estudo internacional, com intuito de ampliar a compreensão da execução da interprofissionalidade na prática de trabalho, de forma inclusiva, valorizando as

habilidades de cada profissional e sua contribuição no cuidar corroboraram com o estudo supracitado.

Da mesma forma, no cenário brasileiro, Freire Filho *et al.* (2018), ao aplicarem a escala, verificaram que a formação superior e o tempo de trabalho corroboram para as práticas colaborativas, e o profissional enfermeiro compreende aquele com maior tendência colaborativa positiva na APS. Os estudos evidenciados, mostram que a aplicabilidade da Escala de Jefferson remete a uma reflexão do fazer profissional, além de nortear as condutas do processo de trabalho e possivelmente pode atuar na sensibilização de gestores, a fim de melhorar a qualidade dos serviços em saúde.

A utilização da EJARCI na avaliação das atitudes colaborativas justifica-se pela maior capilaridade de alcance de profissionais, ou seja, permite identificar atitudes de diversas categorias profissionais simultaneamente (HOJAT, 2015). No cenário brasileiro, pesquisas com enfoque na interprofissionalidade no processo de trabalho são escassos, mas indispensáveis para promover uma assistência com vistas a uma clínica ampliada onde exista sincronia entre os diversos saberes dos profissionais da APS na ESF.

Diante do exposto, o interesse pelo estudo partiu da observação do processo de trabalho nas equipes ESF, que se configura de forma multiprofissional, porém ainda embasada em uma assistência ainda fragmentada e compartimentada, o que denota trabalhos individualizados, contribuindo para produção de erros, e condutas uniprofissionais. Acarretando falta de unidade, baixa resolubilidade e fragilidade no vínculo dos profissionais entre si e com o usuário, família e comunidade.

Observa-se também em quase todos os cenários uma intensa rotatividade de profissionais nas equipes, o que dificulta o vínculo com a comunidade e consequente o estabelecimento da interprofissionalidade, necessitando fortalecer o processo de trabalho das equipes para o alcance da integralidade e resolubilidade.

Além disso, há lacuna sobre o conhecimento da interprofissionalidade devido baixos números de estudos no Brasil e principalmente no Maranhão, deixando um vácuo quanto a orientação científica sobre como os profissionais podem atuar de forma colaborativa. Neste contexto, torna-se necessário identificar as atitudes colaborativas dos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde, para suscitar reflexões que consigam fomentar, um trabalho mais colaborativo, seguro e eficaz voltado para usuário, família e comunidade.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados às atitudes colaborativas dos profissionais das Equipes da Estratégia de Saúde da Família da Região Metropolitana de São Luís, Maranhão.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar aspectos sociodemográficos e profissionais dos participantes;
- Categorizar os profissionais de acordo com a especialização em saúde da família/saúde pública/saúde coletiva;
- Verificar a associação entre as atitudes colaborativas com o sexo, formação profissional, tempo de trabalho na Atenção Primária em Saúde e Estratégia de Saúde da Família, bem como a especialização.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fragmentação de saberes ou a superespecialização contrapõem a complexidade do processo de adoecimento, impondo assim uma reorganização das equipes multidisciplinares, saindo do campo epistemológico dos saberes para um campo pragmático das práticas colaborativas, elevando assim as competências dos profissionais a patamares distintos, mais capazes de resolubilidade e interação com os saberes e fazeres no campo de ação em que se inscrevem ou inserem, pois em equipe, os profissionais podem construir um projeto terapêutico compartilhado e práticas colaborativas de cuidado e tratamento (CECIM, 2017).

2.1 Breve histórico da Interprofissionalidade no Brasil

No panorama mundial, a educação interprofissional (EIP) configurou-se como estratégia educacional para a efetivação de práticas colaborativas no contexto do processo de trabalho das equipes de saúde, observados pelo incentivo da OMS na década de 80, subsidiada por movimentos na década de 60 no Reino Unido com adoção de estratégias educacionais capazes de superar a formação e consequente cuidado fragmentado (FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

No Brasil, as mudanças para superar o modelo biomédico e individual evidenciam-se a partir da década de 1990, com o Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde -, com a proposta de mudar a educação desses profissionais, criticando o modelo flexneriano de formação médica, mediante um processo de ensino-aprendizagem interdisciplinar e multidisciplinar, voltado para as necessidades dos usuários, aproximando-se dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional (PRADO *et al.*, 2018; FREIRE FILHO *et al.*, 2019; ROSA *et al.*, 2020).

A partir de 2014 a EIP passa a ser defendida para ser incluída nos currículos de graduação da área da saúde, com a sua presença nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em medicina, estabelecendo que o processo de ensino-aprendizagem destes acadêmicos deverá estar baseado no desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, integração e interprofissionalidade (FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

O trabalho colaborativo nas equipes então se desenvolve embasado em ações coletivas, direcionadas às tarefas comuns, na contramão do fazer saúde de forma fragmentada e individualista com foco na doença e não no paciente, andando lado a lado com o processo de humanização (REEVES, 2016).

Desde sua criação em 1994, o então Programa Saúde da Família (PSF) vem representando a principal estratégia reorganizadora da AB do SUS (BRASIL, 1994), caracterizando-se como a possibilidade de ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial, após alguns anos sendo considerado como eixo norteador do SUS, com a ampliação de sua visão de escopo para Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, sendo revisada nas adequações posteriores da política, em 2011 e 2017 (MELO et al., 2018).

A principal contribuição da ESF no cuidado à saúde, foi a oferta de um modelo assistencial estabelecido por uma a equipe multiprofissional com intuito de ofertar uma atenção em saúde ampla, integral, holística, permitindo que fosse colocada em prática os atributos da APS garantindo a acessibilidade, cuidado integral, longitudinalidade do cuidado, reorientando esse cuidado, melhorando o prognóstico de saúde dos indivíduos assistidos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Assim percebeu-se na prática que existem entraves para que o trabalho interdisciplinar na visão compartilhada devido fragilidades de diferentes ordens de compartilhamento como, inadequação e insuficiência de recursos necessários para a realização do trabalho cotidiano, desde os físicos, os cognitivos e até os afetivos, sendo desta forma, necessário vencer esses entraves para que se institua o compartilhamento dos saberes em favor do usuário e família, superando enfim a assistência fragmentada (BEZERRA; ALVES, 2019).

2.2 A Educação Interprofissional e as estratégias para a promoção da implementação da prática colaborativa nos serviços de saúde

A Organização Mundial da Saúde conceitua a educação interprofissional como “[...] duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (OMS, 2010, p. 13).

O ponto crucial para as atenções voltadas a importância das práticas colaborativas e a ação em educação interprofissional foi o Edital nº 10, de 23 de julho 2018, para a Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde/Interprofissionalidade 2018-2019, pois este documento ratificou que a educação e a colaboração entre os profissionais precisam ter como embasamento a resolubilidade e em decorrência disso, a educação deve ser contínua. Nesse cenário, destacam-se a memória, atenção, linguagem, criatividade e planejamento, como aptidões para estimular o cérebro a absorver as habilidades (BRASIL, 2018).

Historicamente, a EIP configura-se como um método eficaz que permite o alcance da qualidade da atenção à saúde, oportunizando o trabalho em equipe no seu profundo sentido na perspectiva de desenvolver uma prática colaborativa, fortalecendo a ideologia e convicções do SUS no âmbito do cenário nacional (COSTA, 2016).

A educação interprofissional se configura como uma ferramenta potencial que pode contribuir para superar a fragmentação e a individualização da atuação das categorias profissionais na busca pela integralidade da atenção conscientizando da importância do trabalho cooperativo (FREIRE FILHO *et al.*, 2018).

A EIP visa aprimorar atitudes, conhecimentos, habilidades e comportamentos para a prática colaborativa interprofissional, que consiste naquela realizada por dois ou mais profissionais de saúde, que atuam conjuntamente de forma interativa com foco no usuário, família e comunidade, a fim de proporcionar a promoção da saúde, além de proporcionar a qualidade e a segurança dos serviços ofertados (OMS, 2010).

O desenvolvimento dessas habilidades e comportamentos pode ocorrer informalmente quando a EIP se efetiva no ambiente de trabalho, onde duas ou mais profissões estabelecem diálogos em reuniões de equipe, consultas, estudos de casos dentre outros, que podem proporcionar um ambiente compartilhado (BAAR, 2013).

Assim, a EIP torna-se uma ferramenta essencial para promover o trabalho interprofissional e colaborativo, onde os envolvidos compartilham a visão de que o processo de aprendizado é sobre os outros, com os outros e entre si, o que favorece o rompimento da cultura uniprofissional preconizada nas instituições de ensino, assim como no âmbito das instituições em saúde, além de melhorar a colaboração interprofissional e a prestação de cuidados de saúde (DINIZ; MELO; VILAR, 2021; GUITAR; CONNELLY, 2021).

Atitudes colaborativas ocorrem quando os profissionais de saúde de realizam os seus serviços embasados na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias. Além disso, destaca-se três elementos centrais nesse conceito: a prática interprofissional, o cuidado centrado no usuário, quando inclui o paciente, a família e a comunidade no processo de promoção da saúde; e a Rede de Atenção à Saúde em todos os níveis (WHO, 2010).

Esse enfoque considera o indivíduo em sua particularidade, que está no foco do tratamento, com o processo ocorrendo em parceria entre os usuários e profissionais de saúde, envolvendo a avaliação, planejamento e o desenvolvimento das atividades voltadas para o cuidado ao paciente, além de buscar respeitar sempre seus valores, individualidades familiares, religiosas e sociais (DOMAJNKO *et al.*, 2015).

A educação interprofissional propicia a melhora na qualidade do cuidado dos usuários, pois promove a cultura do aprendizado conjunto e interativo de mais de uma profissão, promovendo a participação ativa e troca de conhecimentos entre profissionais de distintas áreas, reformando o modelo de ensino profissional e de atenção à saúde, visando o trabalho em redes de atenção à saúde e formação para prática colaborativa centrada no usuário (PEDUZZI; AGRELI *et al.*, 2019).

A literatura menciona sobre as vantagens desta estratégia educacional, que tem proporcionado benefícios na prestação de serviços de saúde, pois associa-se a melhorias na conexão dos usuários com os cuidados primários, além de trazer segurança a estes indivíduos; promove ainda o gerenciamento de casos, uso adequado de habilidades em uma equipe de saúde; maior respeito e conhecimento das funções; além de proporcionar melhorias no conhecimento e compreensão da importância da colaboração e comunicação interprofissional; aprimorar as habilidades na construção de relacionamentos interprofissionais para maximizar as funções da equipe (PEDUZZI; AGRELI *et al.*, 2019; DINIZ; MELO; VILAR, 2021; GUITAR; CONNELLY, 2021).

O compartilhamento dos saberes nas práticas de ensino pelos estudantes, professores, profissionais da saúde de diversas áreas e inserção do usuário nesse processo, promove momentos de escuta e de partilha de experiências, percepções e diferentes saberes, permitindo espaço de aprendizagens compartilhados na graduação, passíveis de transformação de habilidades colaborativas no trabalho em equipe e de atenção integral à saúde (TOASSI *et al.*, 2020).

Estudos como de Ceccim (2018), Previato e Baldissera (2018), Farias *et al.* (2018) e Fonseca *et al.* (2020) acrescentam que a educação interprofissional se constitui em estratégia necessária ao desenvolvimento do trabalho interprofissional, possibilitando que os conhecimentos sejam compartilhados com base na atuação de cada profissional, enfatizando a clareza de papéis, favorecendo a construção de projetos terapêuticos singulares propiciando uma melhor assistência à demanda.

De acordo com a OMS a prática colaborativa na saúde “[...] ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (OMS, 2010, p. 13).

No que concerne à prática colaborativa, esta é incentivada mediante mecanismos de apoio institucional (alinhado aos moldes de trabalho interprofissional, com fluxos de trabalho estruturados); cultura de trabalho (deve apresentar uma estrutura horizontalizada entre os profissionais, para o ambiente tornar-se propício para troca de saberes e tomada de decisão compartilhada); e ambientais (recursos físicos, materiais e de infraestrutura dos estabelecimentos que podem favorecer ou prejudicar a comunicação e a organização dos processos de trabalho) (OLIVEIRA; GUIZARDI; DUTRA, 2020).

Esse trabalho de parceria entre os profissionais, instituições, famílias e comunidade vem sendo estimulado através da Política Nacional de Humanização, que incita a comunicação entre gestores, usuários e profissionais, tornando-se esta importante ferramenta para os conflitos das relações de poder, além de permitir uma abordagem clínica do adoecimento de forma singular entre os sujeitos, enfrentando a fragmentação do conhecimento e do cuidado em saúde, instituindo assim uma prática colaborativa (BRASIL, 2013).

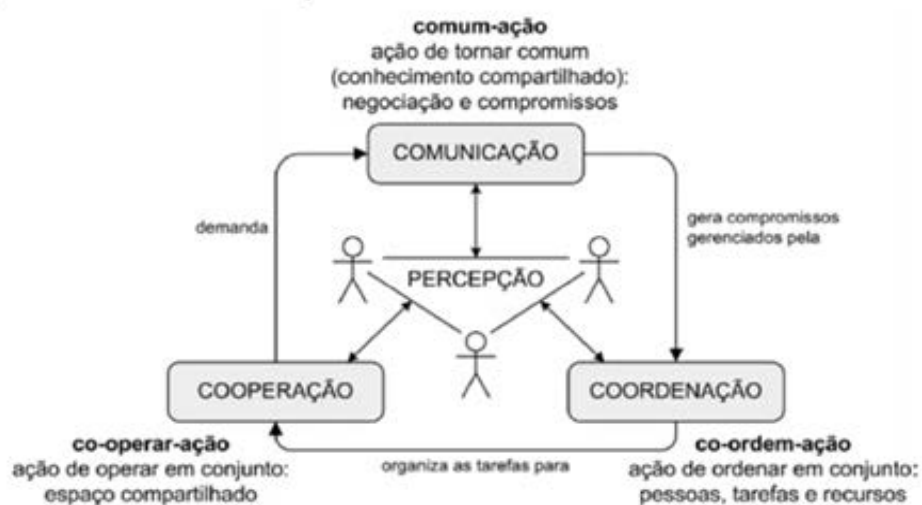
A prática colaborativa, tem-se ainda como importante estratégia a comunicação. Caram, Rezende e Brito (2017) citam como estratégias para promover a comunicação (base para o trabalho em equipe, para o consenso dos envolvidos nos cuidados em saúde e tomadas de decisões, além de favorecer o relacionamento interpessoal, aproximando profissionais e estimulando a prática colaborativa); apoio institucional (proporciona segurança para a execução das ações e possibilita o crescimento profissional, mediante instituição de recursos, política de gestão e pessoal, protocolos, entre outros) e construção de um ambiente adequado

(disponibilidade de espaços próprios para socialização e realização de reuniões entre os membros da equipe interprofissional).

A comunicação torna-se uma estratégia essencial na implementação da prática colaborativa, sendo um dos elementos do modelo 3C (DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020), constituindo-se o primeiro C, que se refere à interação entre os membros da equipe, por meio de troca de informações, negociação e argumentação, sendo este elemento considerado a base para a colaboração, que deve primar por uma linguagem comum da equipe, com a necessária partilha de conhecimentos e opiniões, tornando-se uma habilidade essencial aos profissionais de saúde, que concretiza o trabalho colaborativo.

O segundo C é a coordenação, que compreende o processo de gerenciamento de pessoas, atividades e recursos, onde ocorre o processo de organização de esforços, com a realização das atividades do grupo, que são interdependentes e articuladas, com cada integrante da equipe contribuindo com o seu saber/técnica da área de conhecimento, a fim de propiciar o aprimoramento do desempenho da equipe. O terceiro C é a cooperação, que significa o processo de produção em um espaço compartilhado, de atuação conjunta de pessoas, com a sincronia na utilização dos recursos para a produção do cuidado (DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020). A Figura 1 ilustra o Modelo 3C.

FIGURA 1 - MODELO 3C DA COLABORAÇÃO



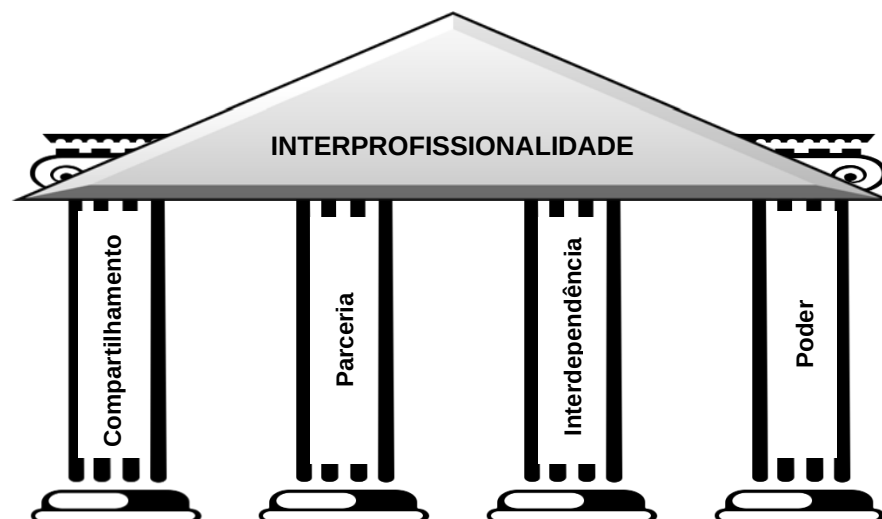
Fonte: Dutra, Lemos e Guizardi (2020)

Portanto, o trabalho colaborativo interprofissional é considerado essencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, sendo influenciado por domínios relacional, processual, organizacional e contextual que corroboram no processo de trabalho, levando em conta as funções primordiais das equipes como interação e comunicação efetiva entre os profissionais de diferentes áreas de forma interdependente, com clareza de papéis numa perspectiva ampla e complexa (REEVES, *et al.*, 2010).

2.3 Os pilares da colaboração interprofissional

A colaboração interprofissional é sustentada por quatro pilares. O primeiro é o compartilhamento que compreende o principal ponto da colaboração, pois significa a divisão dos objetivos, metas, bases teóricas ou conceituais no processo de formação ou na dinâmica do trabalho em saúde, inserindo o usuário na centralidade do cuidado, de forma integral e resolutiva. O segundo é a parceria, que consiste na atuação de dois ou mais atores na prática colaborativa, possibilitando a efetividade na comunicação, além de confiança e respeito entre os profissionais da equipe. O terceiro é a interdependência que se constitui no reconhecimento dos trabalhadores sobre suas limitações e da necessidade do outro para complementar as ações em saúde. O quarto é o poder que se refere ao equilíbrio nas relações de autoridade, a fim de que ocorra o empoderamento de cada membro da equipe na tomada de decisões, na aprendizagem colaborativa e na eficácia da comunicação (D'AMOUR *et al.* 2005) (Figura 2).

FIGURA 2 - PILARES DA INTERPROFISSIONALIDADE



Fonte: A autora (2022).

Desta forma, a prática interprofissional colaborativa em saúde deve ser alicerçada nos seus pilares (PREVIATO; BALDISSERA, 2017). Quando a base é segura e os pilares estão firmes no lugar, todos os membros da equipe podem experimentar o trabalho em equipe interprofissional colaborativo, que é fundamental para o atendimento de qualidade em saúde ao usuário (BROWN *et al.*, 2021).

2.4 A interprofissionalidade e práticas colaborativas nos cuidados ao usuário e família: relevância e desafios na atenção primária em saúde

A interprofissionalidade representa uma importante estratégia para o alcance das melhorias de resultados em saúde, por meio do trabalho de vários profissionais. A equipe atua conjuntamente e de forma coordenada, conforme as necessidades dos usuários, a fim de fornecer cuidados da mais alta qualidade aos usuários, famílias, cuidadores e comunidades (LUTFIYYA *et al.*, 2019).

Reeves *et al.* (2011), destacam que o trabalho em equipe se configura como a menor unidade de construção do cuidado com interdependência, papéis claros na atuação, objetivos comuns gerando sentimento de pertencimento e vínculo imprescindíveis para o desenvolvimento de competências.

Os cadernos de atenção básica do Ministério da saúde trazem o embrião das competências colaborativas devido abordarem as competências comuns e específicas, sendo que no trabalho em equipe precisa-se levar em consideração essas competências para o seu desenvolvimento de forma colaborativa, visando a melhoria das relações pessoais e interprofissionais, com foco no usuário e seu cuidado integral, tornando bem mais a prestação do serviço em saúde (BARR; LOW, 2013).

Estudos como de Escalda e Parreira (2018) comprovaram a eficácia dessa forma de trabalho na ESF, ao observarem o cotidiano de uma equipe de saúde no meio rural, avaliando as dimensões da observação direta do trabalho em equipe, dimensão relacional do trabalho interprofissional e colaborativo e dimensões organizacionais, considerando a autonomia, comunicação e barreiras enfrentadas pela equipe. Constataram que o trabalho colaborativo favorece o diálogo, levando a consensos em planos de tratamento para o cuidado integral e segurança do usuário, melhorando o clima na instituição, afastando conflitos e tensões no trabalho.

A prática colaborativa fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde. Assim, no trabalho interprofissional, portanto, o foco é a

transformação do processo de trabalho entre diversos profissionais de categorias distintas, que buscam prestar uma atenção integral aos usuários (biopsicossocial), a fim de proporcionar a prática cooperativa nos serviços de saúde. Desta forma, é um elemento-chave no ambiente de saúde e sua prática é essencial para resultados positivos para o usuário, familiares e coletividade, para melhorar a eficácia e prática profissional, combinando competências e habilidades complementares, possibilitando o melhor aproveitamento dos recursos em saúde (SUPPER *et al.*, 2014).

A prática colaborativa interprofissional nos serviços de saúde, melhora a qualidade do atendimento e a segurança do usuário, pois passa a ter o propósito de criar e coordenar um plano integrado de cuidado para o usuário e sua família (MORGAN *et al.*, 2020). Os profissionais envolvidos, ao trabalharem de forma colaborativa, buscam em conjunto, objetivos comuns, com compartilhamento de saberes, facilitando a identificação, análise e resolução de problemas que surjam no atendimento em saúde (LUTFIYYA *et al.*, 2019).

Schor *et al.* (2019) ao avaliarem e compararem a prestação de serviços preventivos e de educação em saúde na atenção primária, verificaram a eficácia do modelo de atendimento colaborativo, que apresentou taxas mais altas de agendamento de consultas proativamente, participação de usuários em grupos de educação em saúde, demonstrando que o trabalho em equipe interprofissional produz melhor adesão do usuário, bem como melhores resultados clínicos.

A ascendente complexidade do processo do adoecimento e promoção da saúde necessita de um trabalho interprofissional com a incorporação da experiência entre os profissionais de diferentes áreas da saúde, proporcionando implementação da prática colaborativa, a fim de promover o trabalho em equipe, consolidação da integralidade do cuidado, corroborando com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), aprimoramento da eficiência e qualidade da atenção aos usuários e o atendimento das necessidades de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017; BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; BRASIL, 2018; REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).

O SUS se fortaleceu com a Atenção Primária à Saúde (APS) que, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), incorpora diversas profissões em equipes para atuação compartilhada de forma a tornar as práticas voltadas ao cuidado do paciente práticas integrativas (FREIRE FILHO *et al.*, 2018).

A ESF trouxe a proposição de reorganização do sistema de saúde, devido a fatores abstrusos do adoecimento, onde passou a requerer vários profissionais, com

seus saberes e práticas distintas capazes de abarcar as diversas dimensões da saúde, porém necessitando superar a desafiadora fragmentação do cuidado. Assim são imprescindíveis novos arranjos no processo de trabalho dessas equipes, dentre os quais destaca-se a instituição de uma prática de natureza interprofissional e colaborativa, a fim de alcançar um melhor resultado mediante uma ação coletiva (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

A interprofissionalidade é capaz de conduzir para uma base de igualdade de status na equipe, o que reforça a importância de todos na construção de um cuidado abrangente, resolutivo desconstruindo relações hierárquicas, com vistas a primazia necessidade do usuário, família e comunidade (GREEN; JOHNSON, 2015).

Distancia-se, assim, do trabalho multidisciplinar que se evidencia nas instituições de saúde, e que prevaleceu como ideal durante muito tempo, onde envolve um trabalho em grupos compostos por diversos profissionais, que muitas vezes somente dividem o mesmo espaço com o outro trabalhador do seu grupo, sem haver a interação necessária entre estes trabalhadores, com a realização do cuidado fragmentada, além da justaposição das diferentes disciplinas, com os saberes especializados delimitando a atuação de cada profissional (GREEN; JOHNSON, 2015; BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

A implementação da prática colaborativa interprofissional, portanto, não é uma incumbência de fácil realização nos serviços de saúde, pois encontra inúmeros desafios. Ferla e Ceccim (2017) enfatizam que a interprofissionalidade possui um duplo desafio. O primeiro abrange o mundo da ciência, que decorre da fragmentação e lógica disciplinar entre as áreas e suas especificações, que as dificultam a auxiliar na compreensão e na solução de problemas. O segundo envolve o mundo do trabalho, marcado pela lógica e disputa das profissões. Enfatizam ainda, sobre a necessidade de resistir a estes desafios, produzindo conexões entre profissões e conhecimentos.

A falta de disponibilidade das profissões em se envolverem em um trabalho colaborativo interprofissional, foi evidenciado no estudo de Reuter, Santos e Ramos (2018), que identificaram o arraigamento das profissões aos conhecimentos de seu campo, dificultando a promoção de uma verdadeira integração.

O clima desfavorável no trabalho em equipe é mencionado por Peduzzi e Agreli (2018) como relevante entrave para a prática colaborativa, pois dificulta as relações profissionais, a comunicação, organização do trabalho, além da participação

mais intensa dos membros da equipe na tomada de decisões, elementos esses essenciais ao trabalho interprofissional.

O conflito entre os profissionais da saúde que atuam em equipe é identificado por Souza *et al.* (2016) e Caram, Rezende e Brito (2017) como importante empecilho para o alcance do trabalho em equipe colaborativo, que pode envolver discordância nas condutas terapêuticas, monopólio de conhecimento entre profissões, falta de reconhecimento do trabalho, divergências nas divisões das atividades realizadas, entre outras diferenças de opiniões que prejudicam a interação entre os diferentes profissionais da equipe.

A formação profissional técnico-curativa se constitui outro importante desafio para a realização do trabalho interprofissional. De acordo com Oliveira, Guizardi e Dutra (2020), os profissionais da saúde têm pouco entendimento do trabalho interprofissional e apresentam despreparo para trabalhar em grupo, evidenciando-se o isolamento e fragmentação no cuidado.

Citam ainda como empecilho a fragilidade na comunicação entre os trabalhadores da saúde, usuários e seus familiares, assim como entre os próprios profissionais, o que pode gerar conflito em decorrência da falta de uma escuta ativa, assim como da carência de relações dialógicas e da falta de comunicação e negociação na tomada de decisões.

Mencionam ainda como entrave a deficiência na infraestrutura e condições organizacionais, que abrangem as condições materiais de trabalho, mediante a falta de recursos, insumos e espaço físico adequado para reuniões e atividades em grupo; além do excesso de demanda, que prejudica a colaboração devido ao grande número de atendimentos, que incide na dificuldade de arranjo de agenda destes profissionais em marcar reuniões/encontros da equipe interprofissional.

Para a implementação da interprofissionalidade, torna-se necessário afastar o conservadorismo da formação uniprofissional, que se constitui em um dos principais empecilhos de uma promoção de cuidado eficaz. Este modelo de ensino que ainda persiste nos currículos de vários cursos da área da saúde, tem como foco determinadas disciplinas, promove a divisão do cuidado, além de fortalecer a prática biomédica hegemônica, ocasionando o isolamento das profissões que atuam no atendimento ao usuário (SILVA *et al.*, 2015; PRADO *et al.*, 2018; ROSA *et al.*, 2020).

A abordagem ampliada, que transcende fazeres individualizados de cada profissão, torna-se imperiosa, pois a progressiva heterogeneidade de determinantes

que envolvem o processo saúde-doença, a mudança no perfil epidemiológico em todo mundo, elevou o índice de doenças crônicas multicausais, o que levou à necessidade de um acompanhamento contínuo e prolongado, por meio de uma abordagem integral com agregações das ações de saúde que contemplem as múltiplas dimensões das necessidades da população (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Diante disso, a educação em saúde deve almejar por uma abordagem interprofissional, que se configura pelo aprendizado em conjunto de diferentes profissões, que compartilham conhecimentos entre si, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados em saúde, aproximando os trabalhadores envolvidos, que aprendem sobre as outras profissões e compartilham ensinamentos sobre a sua especialidade, o que permite a ampliação do conhecimento, além do desenvolvimento de novas habilidades, atitudes e valores, o que favorece a capacidade de resposta em saúde (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019; FONSECA *et al.*, 2020).

2.5 Instrumentos de avaliação da interprofissionalidade: a Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional

Considerando a complexidade dos objetos de intervenção dos processos de trabalho em saúde, particularmente no âmbito da atenção primária, são necessários instrumentos que favoreçam a avaliação rápida do trabalho em equipe, da prática colaborativa e sua capacidade de mudança e inovação segundo as necessidades de saúde de usuários e da comunidade.

A implementação da colaboração interprofissional dentro dos ambientes de saúde é um fator importante para melhorar os sistemas de atendimento, onde observações de possíveis atitudes colaborativas que possam levar para uma prática de trabalho centrada no usuário são relevantes para promover esse cuidado. Neste contexto, instrumentos avaliativos são necessários para identificar condutas comportamentais/colaborativas, as atitudes dos profissionais ou percepções sobre colaboração interprofissional e vitalidade da equipe para a mudança e competência (PELTONEN *et al.*, 2020; DINIZ; MELO; VILAR, 2021).

A utilização de instrumentos de mensuração validados possibilita uma abordagem padronizada para verificar se realmente a colaboração ocorre ou se consiste somente em uma suposição de que a colaboração está ocorrendo no ambiente de saúde. Há diversos instrumentos para mensurar a colaboração em

saúde, porém, a qualidade é variável, assim como são projetados para populações e propósitos específicos e validados em vários ambientes (WALTERS; STERN; ROBERTSON-MALT, 2016).

Nos últimos 30 anos, diferentes instrumentos internacionais foram elaborados, desenvolvidos e testados com objetivo de avaliar a colaboração interprofissional; porém, não há, até o momento, um instrumento elaborado por pesquisadores brasileiros, no que tange a avaliação da Educação ou Trabalho Interprofissional e Práticas Colaborativas. Deste modo, os instrumentos utilizados no Brasil são os que passaram por validação transcultural, para o português falado no Brasil, como abaixo relacionados.

A Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II - AITCS II (ORCHARD, 2015 *apud* BISPO; SALVADOR, 2017) é um instrumento capaz de mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe e foi validada para o português falado no Brasil (Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe-AITCS II) por Bispo e Rossit (2018). O instrumento avalia as dimensões Parceria, Cooperação e Coordenação, e contém 23 questões assertivas consideradas características da colaboração interprofissional.

A Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) (PARSELL; BLIGH, 1999) é uma escala amplamente utilizada, que permite avaliar a disponibilidade dos estudantes para o aprendizado compartilhado com alunos de outras áreas. A versão expandida de RIPLS, com 29 itens, foi adaptada e validada para o português por Peduzzi *et al.* (2015).

Devido a necessidade de uma ferramenta multidimensional, inicialmente, Hojat e Herman em 1985, desenvolveram uma escala para medir atitudes em relação médico-enfermeiro, avaliando diferentes aspectos das relações de colaboração entre esses profissionais. Sequencialmente, Hojat e colaboradores elaboraram diferentes escalas para avaliar a colaboração entre profissões distintas, sempre em pares de profissões.

Em 2014, uma escala de atitudes válidas para todos os profissionais da saúde foi elaborada e denominada *Jefferson Scale of attitudes toward interprofessional collaboration* (JeffSATIC) (HOJAT *et al.*, 2015), a qual foi aplicada, testada e validada em estudantes americanos e australianos de diferentes profissões da saúde (FREIRE FILHO *et al.*, 2018).

Essa escala é um instrumento que compreende uma avaliação psicometricamente sólida sobre atitudes em relação à colaboração ou ao trabalho colaborativo e foi adaptada transculturalmente e validada no Brasil por Abed (2015), passando a ser nomeado por Escala de Jefferson de atitudes relacionadas a colaboração interprofissional (EJARCI), que se configura em um importante dispositivo de identificações de atitudes colaborativas interprofissionais, com ampla capilaridade profissional podendo ser utilizada em diversos panoramas dos níveis de atenção à saúde e contribuindo para os melhores resultados nos cuidados, além de servir de alicerce na formação profissional.

A EJARCI possui afirmações que versam sobre a colaboração interprofissional, que envolvem a formação dos profissionais de saúde e suas relações interprofissionais no ambiente de trabalho e educacional, relacionando-se essas questões à assistência prestada aos usuários dos serviços.

Esse instrumento avaliativo pode ser aplicado em variados cenários e níveis de atenção à saúde, possibilitando a identificação do exercício da colaboração interprofissional, o que possibilitará subsidiar planejamentos para a formação e atuação profissional, além de contribuir para melhorar os serviços e relações de trabalho (ABED; PEREIRA; GROSSEMAN, 2021; DURANS *et al.*, 2021).

Estudos como Ribeiro *et al.* (2022), trouxeram à tona após a aplicabilidade da EJARCI, a incoerência entre o resultado de fortes atitudes colaborativas e a realidade observada dos processos diários dos serviços nas Unidades avaliadas, relacionado principalmente com a rigidez das rotinas estabelecidas, altas demandas nas diferentes tipologias de equipes contidas nesses estabelecimentos de saúde. Desta forma observa-se que o uso da EJARCI tem potencial para nortear os processos de trabalho nas equipes de saúde com adoção de mecanismos capazes de gerar um clima mais colaborativo e assim mais resolutivo.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa realizado com profissionais de nível superior, que atuam na Estratégia Saúde da Família da região metropolitana de São Luís/Maranhão, utilizando a EJARCI.

No que se refere aos estudos transversais, estes compreendem aqueles direcionados a um ponto específico do tempo, considerando-se uma amostra representativa de participantes de um determinado grupo populacional com uma questão e avaliando as suas características com a associação de determinado evento. (GIOLO, 2018; PACHITO, 2020; SCORSOLINI-COMIN, 2021). Enquanto o estudo analítico propicia uma avaliação mais aprofundada dos dados coletados, sugerindo hipóteses a partir de medidas de associação entre diferentes fatores, com a realização de deduções estatísticas com aplicação de testes de hipótese (ARAGÃO, 2011).

3.2 Local do Estudo e População

O Maranhão, situado na Região Nordeste, possui área da unidade territorial de 329.651,496 km², com população estimada em 2021, de 7.153.262 pessoas. O Estado apresentou em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,639, com rendimento nominal mensal domiciliar per capita em 2021 de R\$ 635,00 (IBGE, 2021), o que leva a população a necessitar na sua maioria do serviço público em saúde.

A Região Metropolitana de São Luís, conforme processo de Regionalização do Estado do Maranhão determinado pela Resolução CIB/MA nº 44/2011 (MARANHÃO, 2011), possui 56,24% da cobertura da Atenção Primária à Saúde, composta pelos municípios de Alcântara, Paço do Lumiar, Raposa, São José de Ribamar e São Luís, conforme E-GESTOR (2021) (Figura 3).

As populações e coberturas da ESF da Região Metropolitana de São Luís, compreendem: São Luís com aproximadamente 1.101.884 de habitantes com 38,20% de cobertura; Paço do Lumiar com uma população estimada de 122.197 habitantes com cobertura de 36,70%; Raposa com aproximadamente 30.761 habitantes com cobertura de 100%; São José de Ribamar com estimativa de 177.687 habitantes com

cobertura de 89,31%; Alcântara com população estimada de 22.126 habitantes, com cobertura da ESF de 100%, conforme E-GESTOR (2021) competência dezembro 2020.

FIGURA 3 – REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO LUÍS.



Fonte: https://www.ipea.gov.br/redeipea/images/pdfs/governanca_metropolitana/rel1_1_rmgs1.pdf

A população de estudo foi constituída por médicos, enfermeiros e dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) da região metropolitana de São Luís, MA, inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), competência de setembro de 2021 (CNESNET, 2022).

Para obtenção da amostra realizou-se um cálculo amostral utilizando o programa OpenEpi versão 3, considerando o número total de profissionais de saúde da ESF na Região Metropolitana de São Luís ($n = 637$), a frequência hipotética do fator do resultado da população 50% $\pm$ 5, erro de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho = 1 e perda amostral de 20%, obtendo uma amostra de 288 profissionais de saúde. Contudo a pesquisa abrangeu uma amostragem final de 311 profissionais de saúde da ESF na Região Metropolitana de São Luís.

A amostra da pesquisa se destacou pelo quantitativo representativo, que segundo o estudo de Pasquali (2013) em se tratando de escalas, cada item deve ter em média 10 sujeitos respondentes e o autor identifica os fenômenos psicológicos através da avaliação psicométrica. Assim a qualidade do teste é determinada em função dos itens construindo desta forma, itens de qualidade.

A psicometria é uma técnica que oferece valiosas contribuições através da teoria de resposta ao item permitindo assim diversas comparações, mesmo quando utilizado testes distintos e aplicados em populações diversas, oferecendo informações úteis para a análise de instrumentos (SOUSA; BRAGA, 2020).

3.3 Critérios de inclusão e não inclusão

Considerou-se como critério de inclusão os profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, de ambos os sexos, sem distinção de etnia ou classe social que estão incluídos na ESF da Região Metropolitana de São Luís.

Como critérios de não inclusão, tem-se os profissionais de nível médio da equipe de saúde da família assim como os profissionais que se encontravam de licença (remunerada ou não remunerada), de férias, alocados na área administrativa ou na gestão sem atuar na assistência à saúde ou aqueles que atuavam na Atenção Primária à Saúde, mas que não eram da área da saúde.

3.4 Instrumentos e coleta de dados

Anteriormente a coleta dos dados, foi contactado às coordenações locais de cada Município integrante da região metropolitana, a fim de esclarecimentos e contatos e-mail e telefônico com os profissionais cadastrados para um primeiro contato e colher informações primárias.

As informações dos participantes foram obtidas entre setembro de 2021 a fevereiro de 2022 por meio de formulário eletrônico (Google Forms). Neste formulário coletaram-se as características sociodemográficas (p. ex.: sexo, idade, cor da pele autodeclarada), relacionadas a formação profissional, a especialização e ao processo de trabalho - p. ex.: tempo de trabalho na ESF e APS, tipo de vínculo empregatício e exercício profissional na área da gestão), as quais se caracterizam como variáveis independentes (APÊNDICE A).

Também foram coletadas as respostas as questões da Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), versão validada em português falado no Brasil (ABED, 2015) a qual é utilizada para verificar o trabalho interprofissional em saúde, variável dependente (ANEXO A).

A EJARCI é um instrumento estruturado que visa avaliar as práticas colaborativas, identificando e analisando a compreensão subjetiva, comportamental de atitudes dos profissionais da saúde independentemente de sua formação acadêmica ou áreas de atuação em relação as competências colaborativas (ABED, 2015).

A escala é composta por 20 itens, os quais devem ser respondidos utilizando variáveis de concordância/ discordância mediante escala do tipo Likert com 7 níveis, sendo o menor nível discordo completamente (1), e o maior nível concordo completamente (7), onde os itens 3,5,8,9,12,15,16 e 19 foram contabilizados de forma inversa na escala de sete pontos de forma equivalente, devido apresentarem afirmativas negativas, conforme recomendação dos autores (ABED, 2015; HOJAT et al, 2015) e a atitude em relação à colaboração é mensurada no score total da escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas (ABED,2015).

3.5 Análise dos dados

Primeiramente foram realizadas análises descritivas dos dados para obtenção de números absolutos e proporções. Para as respostas da escala de Jefferson, realizou-se a somatória de todas as 20 questões, as quais foram categorizadas em tercís que variou de 34 a 140 pontos. Considerou-se como primeiro tercil (33,33%) as respostas cujas somas foi de 34 a 122 (atitudes menos colaborativas), como segundo tercil (66,66%) de 123 a 130 pontos (atitudes colaborativas medianas) e como terceiro tercil (100,00%) de 131 a 140 pontos (atitudes mais colaborativas).

A consistência interna das repostas do questionário da EJARCI (validade do conteúdo) foi verificada pelo Alfa de Cronbach, o qual resultou em um Alfa de 0,806. Posteriormente para verificar a associação entre as respostas da escala de Jefferson e as demais variáveis, realizaram-se análises bivariadas utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no software Stata versão 14.

3.6 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) em 28 de julho de 2021, segundo o parecer número 4.860.234 e CAAE 47878821.1.0000.5086 (ANEXO B). Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no. 466 de 2012 e suas complementares.

4 RESULTADOS

Os resultados dessa dissertação serão apresentados na forma de artigo científico a ser submetido à revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu), a qual possui qualis CAPS B1 (ANEXO C), na área de Saúde Coletiva, no biênio 2013-2016.

4.1 Artigo: Atitudes colaborativas interprofissionais na Estratégia Saúde da Família e fatores associados

Atitudes colaborativas interprofissionais na Estratégia Saúde da Família e fatores associados

Interprofessional collaborative attitudes in the Family Health Strategy and associated factors

Actitudes colaborativas interprofesionales en la Estrategia de Salud de la Família y factores asociados

Ilana Barros Moraes da Graça^(a)
 André Luiz Barros Sousa^(b)
 Maria Almira Bulcão Loureiro^(c)
 Aline Sampieri Tonello^(d)
 Sally Cristina Moutinho Monteiro^(e)

^(a) Programa de Pós-Graduação em Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-Renasf, Universidade Federal do Maranhão orcid:000-0002-0303-6928

^(b) Curso Nutrição da Universidade Federal do Maranhão orcid:0000-0002-9075-0969

^(c) Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, orcid:000-0003-3234-2833

^(d) Programa de Pós-Graduação em Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-Renasf, Universidade Federal do Maranhão, orcid:000-0002-8402-9112

^(e) Programa de Pós-Graduação em Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-Renasf, Programa Pós-Graduação Saúde do Adulto- Universidade Federal do Maranhão, orcid:000-0002-4425-1552.

Resumo

As atitudes colaborativas propiciam o cuidado integral, compartilhado, centralizado no usuário, família e comunidade, superando a assistência fragmentada. O presente estudo tem como objetivo identificar atitudes colaborativas e os fatores associados dos profissionais que atuam nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Região Metropolitana de São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo transversal, analítico, quantitativo. A amostra final consistiu 311 participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de formulário eletrônico e aplicação da Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI). As análises estatísticas foram realizadas pelo teste Qui-Quadrado, considerando ($p < 0,05$). Verificou-se que o tipo de especialização ($p = 0,008$) e tempo de trabalho na ESF ($p = 0,02$) associaram-se a atitudes mais colaborativas, reforçando a importância do trabalho em equipe e mão de obra qualificada para desenvolvimento de atitudes positivas para colaboração em saúde.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Práticas interdisciplinares. Estratégia saúde da família. Atenção primária à saúde.

Abstract

Collaborative attitudes provide comprehensive, shared care, centered on the user, family and community, overcoming fragmented care. The present study aims to identify collaborative attitudes and associated factors of professionals who work in the Family Health Strategy Teams (ESF) in the Metropolitan Region of São Luís, Maranhão. This is a cross-sectional, analytical, quantitative study. The final sample consisted of 310 participants. Data collection took place through an electronic form and application of the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration (EJARCI). Statistical analyzes were performed using the Chi-Square test, considering ($p < 0.05$). It was found that the type of specialization ($p = 0.008$) and working time in the FHS ($p = 0.02$) were associated with more collaborative attitudes, reinforcing the importance of teamwork and qualified labor for the development of attitudes positive for collaboration in health.

Keywords: Interprofessional relations. Interdisciplinary practices. Family health strategy. Primary health care.

Resumen

Las actitudes colaborativas brindan un cuidado integral, compartido, centrado en el usuario, la familia y la comunidad, superando el cuidado fragmentado. El presente estudio tiene como objetivo identificar las actitudes colaborativas y los factores asociados de los profesionales que actúan en los Equipos Estratégicos de Salud de la Familia (ESF) en la Región Metropolitana de São Luís, Maranhão. Se trata de un estudio transversal, analítico, cuantitativo. La muestra final estuvo compuesta por 310 participantes. La recolección de datos se realizó a través de un formulario electrónico y la aplicación de la Escala de Actitudes Relacionadas con la Colaboración Interprofesional de Jefferson (EJARCI). Los análisis estadísticos se realizaron mediante la prueba de Chi-Cuadrado, considerando ($p < 0,05$). Se constató que el tipo de especialización ($p = 0,008$) y el tiempo de trabajo en la ESF ($p = 0,02$) se asociaron con actitudes más colaborativas, reforzando la importancia del trabajo en equipo y mano de obra calificada para el desarrollo de actitudes positivas para la colaboración en salud.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Prácticas interdisciplinarias. Estrategia de salud familiar. Primeros auxilios.

Introdução

A interprofissionalidade representa uma potente ferramenta para a superação de uma assistência fragmentada e individualizada, uma vez que, está baseada na interação e comunicação efetiva, na clareza de papéis, e atende a um complexo e polissêmico processo de adoecimento. Além disso, possibilita respostas efetivas e eficazes no processo de cuidar com atuação de forma interdependente¹, promovendo um cuidado centralizado no usuário e no atendimento de suas necessidades, assim como da sua família e comunidade²⁻³.

Esse cuidado interprofissional se estabelece quando se materializa uma prática colaborativa em saúde, onde os profissionais trabalham e aprendem mutuamente promovendo melhorias nos resultados da assistência à saúde do usuário, onde são levados em consideração as habilidades de cada um, contribuindo para a redução de erros e ações duplicadas, concretizando um o cuidado em saúde efetivo⁴.

A saúde pública brasileira, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) traz em sua essência o cuidado interprofissional, pois está pautada nos princípios da

integralidade, equidade e universalidade que reforçam as bases estruturantes para a colaboração interprofissional, com o entendimento de que somente equipes agrupadas não são suficientes para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, tornando-se necessário para a eficácia e qualidade do atendimento a colaboração entre os integrantes das equipes de um mesmo serviço, assim como com profissionais e equipes de outros serviços e de diferentes setores de uma determinada rede⁵⁻⁷.

Desta forma, o trabalho na Atenção Primária, com ênfase nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ganhou destaque, no Brasil, por representar um trabalho multiprofissional voltado para o fortalecimento do sistema de saúde, trazendo a possibilidade da reorganização da assistência em saúde e a capacidade de responder aos fatores heterogêneos do processo saúde/doença⁸. Porém, o processo de trabalho da ESF, ainda precisa superar o atendimento fragmentado que o trabalho multiprofissional implica, requerendo assim, novos arranjos nas práticas de trabalho dessas equipes, dentre os quais destaca-se a prática interprofissional e colaborativa⁹.

Nesse contexto, torna-se relevante a presente temática, uma vez que, a interprofissionalidade poderá proporcionar a interação e comunicação efetiva entre os integrantes das equipes de ESF, promovendo a clareza de papéis entre os profissionais envolvidos, o que propiciará respostas efetivas e eficazes no processo de cuidar^{1,9}.

Dada a persistência da fragmentação na ESF que alimenta a cultura uniprofissional, torna-se relevante a presente temática, a fim de amenizar a escassez de estudos com essa abordagem no Maranhão atenuando a lacuna sobre o conhecimento da interprofissionalidade devido baixos números de estudos no Brasil, objetivando contribuir para orientação científica sobre a atuação profissional de forma colaborativa e condução de um trabalho integral e resolutivo, tornando-se necessário para isso, verificar se estes trabalhadores possuem ou não atitudes pautadas na colaboração interprofissional.

Logo, o uso da Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) consiste em relevante instrumento para identificação dessas atitudes colaborativas, o que é importante para o despertar do fazer profissional e sensibilização, tanto para os que estão inseridos nas equipes quanto aos gestores e a sua utilização na avaliação das atitudes colaborativas justifica-se

pela maior capilaridade de alcance de profissionais, ou seja, permite identificar atitudes de diversas categorias profissionais simultaneamente¹⁰.

Considerando a importância das atitudes colaborativas para desenvolvimento de um trabalho interprofissional que garanta um cuidado seguro e eficaz aos usuários, família e comunidade, a questão norteadora do estudo foi: os profissionais da ESF da região metropolitana de São Luís-MA, possuem atitudes colaborativas interprofissionais e quais fatores se associam?

Desse modo, este artigo tem por objetivo identificar as atitudes relacionadas às práticas colaborativas e fatores associados dos profissionais que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família da Região Metropolitana de São Luís, Maranhão.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa dos dados. Considerou-se como critério de inclusão os profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, de ambos os sexos, sem distinção de etnia ou classe social, atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) da região metropolitana de São Luís, MA, inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), competência de setembro de 2021.

Como critérios de não inclusão, tem-se os profissionais de nível médio da equipe de saúde da família assim como os profissionais que estavam de licença (remunerada ou não remunerada), de férias, que estavam alocados na área administrativa ou na gestão sem atuar na assistência à saúde ou aqueles que atuavam na Atenção Primária à Saúde, mas que não eram da área da saúde.

A amostra foi obtida com a utilização do programa OpenEpi versão 3 considerando o número total de profissionais de saúde da ESF na Região Metropolitana de São Luís (= 637), a frequência hipotética do fator do resultado da população 50% +/-5, erro de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho = a 1. No cálculo amostral, considerando uma perda de 20%, o número de participantes requerido foi 288 profissionais de saúde. Contudo a pesquisa abrangeu no final uma amostra de 311 participantes. Para cada item da escala o estudo contou com o quantitativo de 10 respondentes, o que segundo Pasquali¹¹ é um dos determinantes de qualidade do teste.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022 por meio de formulário eletrônico (Google Forms), que abrangeu inicialmente as

características sociodemográficas (p. ex.: sexo, idade, cor da pele autodeclarada); relacionadas à formação profissional e especialização (p. ex.: graduação e tipo de especialização); relacionadas ao processo de trabalho (p. ex.: tempo de trabalho em anos na ESF e APS, tipo de vínculo empregatício e trabalho na gestão). Além dos itens da Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI).

A EJARCI é um instrumento estruturado que visa avaliar as práticas colaborativas, identificando e analisando a compreensão subjetiva, comportamental de atitudes dos profissionais da saúde independentemente de sua formação acadêmica ou áreas de atuação em relação as competências colaborativas¹².

A escala é composta por 20 itens, os quais devem ser respondidos utilizando variáveis de concordância/ discordância mediante escala do tipo Likert com 7 níveis, sendo o menor nível discordo completamente (1), e o maior nível concordo completamente (7), onde os itens 3, 5, 8, 9, 12, 15, 16 e 19 foram contabilizados de forma inversa na escala de sete pontos de forma equivalente, devido apresentarem afirmativas negativas, conforme recomendação dos autores^{2-3,10-14} e a atitude em relação à colaboração é mensurada no score total da escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas¹².

Primeiramente foram realizadas análises descritivas dos dados para obtenção de números absolutos e proporções. Para as respostas da escala de Jefferson, realizou-se a somatória de todas as 20 questões, as quais foram categorizadas em tercís que variou de 34 a 140 pontos. Considerou-se como primeiro tercís (33,33%) as respostas cujas somas foi de 34 a 122 (atitudes menos colaborativas), como segundo tercís (66,66%) de 123 a 130 pontos (atitudes colaborativas medianas) e como terceiro tercís (100,00%) de 131 a 140 pontos (atitudes mais colaborativas).

A consistência interna das repostas do questionário da EJARCI (validade do conteúdo) foi verificada pelo Alfa de Cronbach, o qual resultou em um Alfa de 0,806. Posteriormente para verificar a associação entre as respostas da escala de Jefferson e as demais variáveis, realizaram-se análises bivariadas utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no software Stata versão¹⁵.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) em 28 de julho de 2021, segundo o parecer número 4.860.234 e CAAE 47878821.1.0000.5086.

Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução CNS 466/12 e suas complementares.

Resultados

No presente estudo prevaleceu o sexo feminino (79,74%), de cor autodeclarada parda (50,8%), residente em São Luís (77,17%), com idade entre 30 e 39 anos (36,01%), com formação em enfermagem (53,38%) e especialização em Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva (44,05%) (Tabela 1).

A média de pontuação da Escala de Jefferson, por categoria profissional foi 128, 126,5 e 124 pontos para médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, respectivamente (dados não apresentados em Tabela).

A análise das respostas pela Escala de Jefferson foi avaliada por tercil, onde no primeiro tercil (33,33%) encontravam-se as respostas cujas somas foram de 34 a 122 pontos (atitudes menos colaborativas), segundo tercil (66,66%) de 123 a 130 pontos (atitudes colaborativas medianas) e como terceiro tercil (100,00%) de 131 a 140 pontos (atitudes colaborativas mais altas), o qual representou a categoria de referência. Assim, dentre as variáveis analisadas verificou-se que o tipo de especialização ($p=0,008$) e o tempo de trabalho na ESF ($p=0,02$) se associaram a atitudes mais colaborativas (Tabela 2).

Discussão

Esta pesquisa traz um olhar sobre o trabalho colaborativo na equipe da estratégia de saúde da família na região metropolitana de São Luís/MA, através da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional, tornando-se um documento importante para uma apreciação nas relações de cuidado em saúde e profissionais na atenção primária, evidenciando que as atitudes colaborativas interprofissionais são mais positivas quando o profissional possui especialização na área, o que pode estar relacionado a um maior preparo para o desempenho de suas funções. Além disso, evidenciou-se que ter tempo de trabalho nas equipes da ESF também corrobora para desenvolvimento de atitudes interprofissionais.

Os dados demonstraram a prevalência de participantes do sexo feminino, resultado este similar ao estudo de Falana et al.¹⁵, Zheng et al.¹⁴, Freire Filho et al.⁶, Adeb et al.¹³, Durans et al.¹⁶ e Ribeiro et al.³. A prevalente feminização dos

profissionais da área da saúde se constitui em um processo histórico, tornando-se uma realidade que ainda se evidencia nos campos de trabalho, apresentando aproximadamente 65% de força de trabalho tanto em instituições públicas quanto em privadas^{2, 16}.

Os enfermeiros foram os mais prevalentes entre os profissionais, resultado este similar ao de Freire Filho et al.⁶, que enfatizaram a grande relevância desses profissionais para a APS, refletido pelo papel estratégico destes trabalhadores no que se refere desde ações gerenciais, assistenciais/ações educativas dentro das equipes, garantindo assim melhores respostas a complexidade da promoção da saúde, mesmo em modelo biomédico hegemônico⁵.

Contudo, a pertencer a categoria profissional enfermeiro, assim como as outras profissões não tiveram significância nas atitudes colaborativas, o que se assemelha aos resultados encontrados por Giviziez et al.² e Ribeiro et al.³, porém, difere dos estudos de Falana et al.¹⁵, Zheng et al.¹⁴ e Freire Filho et al.⁶ que identificaram, entre os enfermeiros, atitudes mais positivas em relação aos médicos e outros trabalhadores da saúde.

A maioria dos profissionais apresentou um tempo de serviço na APS/ESF de até cinco anos, o que se assemelha ao resultado encontrado na pesquisa de Durans et al.¹⁶, tal fato pode estar associado à alta rotatividade dos profissionais refletindo na ruptura da continuidade do trabalho.

Giviziez et al.² relacionaram menor tempo de atuação na ESF à uma maior disposição para atitudes colaborativas, provavelmente a maior disposição para o trabalho em equipe dos recém-formados e menor “contaminação” com o processo de trabalho existente no ambiente de trabalho. No entanto, difere do entendimento de Freire Filho et al.⁶ onde verificou-se que maiores atitudes colaborativas estão associadas ao maior tempo de trabalho e conseqüentemente a experiência no cuidado em saúde.

Nesse contexto, há de se enfatizar a importância da inserção da educação interprofissional (EIP) na matriz curricular dos cursos de graduação na área da saúde, pois esta oferece aos graduandos a oportunidade de se construir um processo de ensino x aprendizado em conjunto com outras categorias profissionais, experienciando e desenvolvendo diferentes atributos para o trabalho em equipe e cuidado em saúde¹⁷.

Ressalta-se que a maior parte dos participantes possuem especialidade na área de Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva. Estes resultados assemelham-se à pesquisa de Abed et al.¹³, onde a especialidade mais evidenciada foi em Saúde Pública, Saúde Coletiva/ Saúde da Família, qualificando os profissionais ao que se refere o trabalho na área de medicina de família e comunidade. Dessa maneira, Abed et al.¹³ constataram que os profissionais de nível superior com qualificação específica para área de atuação se associaram à possível garantia de equipes com maior prática colaborativa e colaboração interprofissional.

Giviziez et al.² também evidenciaram que profissionais com especialização tendem a possuir uma maior disposição para atitudes colaborativas. No estudo de Zheng et al.¹⁴ realizado com enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde de Cingapura, foi possível verificar que os enfermeiros com especialização apresentaram atitudes colaborativas mais altas quando comparados aos enfermeiros somente com nível superior.

Giviziez et al.², no Brasil, mencionam sobre a importância da qualificação dos profissionais de saúde para oferta de serviços com maior excelência, pois permite a estes trabalhadores associar a teoria à prática, suscitando reflexões sobre o conhecimento recebido e sua atuação laboral, o que leva a modificações no seu processo de trabalho na ESF, pois os aprendizados desta qualificação podem propiciar transformações positivas no cotidiano laboral dos trabalhadores, possibilitando uma nova visão em relação à assistência prestada ao usuário, família e comunidade. Da mesma forma, Abed et al.¹³ enfatizam que a educação continuada mediante especialização e outras titulações, propicia às equipes maior prática colaborativa interprofissional.

Autores como Reeves¹⁷ e Zheng et al.¹⁴, defendem que a educação interprofissional deve ser introduzida e enfatizada desde cedo na formação da área da saúde, pois na graduação as atitudes tendem a ser mais moldáveis. Referem-se ainda, que a prática da interprofissionalidade ensinada na graduação deve ser contínua mesmo após a formação, pois atitudes colaborativas se constituem uma competência essencial e necessária para a atuação dos profissionais de saúde.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações tais como, abrangência local, utilização de questionário autoaplicável, delineamento com amostragem probabilística. Entretanto, possui grande relevância na atuação profissional da Atenção Básica de Saúde, pois torna-se um referencial importante para o

delineamento e construção de iniciativas destinadas a aumentar a eficácia dos serviços de saúde na atualidade e ao trabalho interprofissional.

O que segundo D'amour et al.¹⁸, levará a melhorias na assistência às necessidades dos usuários, com qualidade do atendimento e eficácia do tratamento, além de fomentar equipes pautadas nas perspectivas de cada profissional, respeito e confiança entre seus integrantes.

Assim, os dados da presente pesquisa, evidenciaram que os profissionais que atuam na ESF possuem atitudes colaborativas, o que contribui para implementação de práticas colaborativas nas UBS fortalecendo a colaboração entre as equipes de trabalho e o efetivo cuidado em saúde.

Considerações finais

A interprofissionalidade configura-se como uma estratégia ousada que contribui para desconstrução do isolamento entre as profissões, ganhando notório destaque devido seus benefícios, considerada indispensável ferramenta no processo de trabalho das equipes. Sua efetividade na práxis das equipes promove a segurança do usuário, colaborando para humanizar as práticas e o bem-estar dos próprios trabalhadores.

Os achados no presente estudo demonstram que os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família da região metropolitana de São Luís/MA apresentaram atitudes colaborativas as quais estão relacionadas ao tempo de trabalho na ESF e a realização de especialização na área

Assim, é preciso observar que não basta que vários profissionais de diversas categorias estejam agrupados dentro de um só local para que se produza um serviço de qualidade, é necessário que se estabeleça o reconhecimento dos papéis de cada componente da equipe além do estabelecimento de diálogos entre eles, fortalecendo o domínio da comunicação, promovendo conexões para que se estabeleça o trabalho em equipe. Desse modo, evita-se fragmentação do cuidado ofertado aos usuários, família e comunidade estabelecendo dessa forma a cultura da soma dos saberes que beneficia a todos.

Referências

1. Oliveira ATP, Guizardi FL, Dutra EB. Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde. In: Guizardi FL, Dutra EB, Passos MFD, organizadores.

Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 13-34.

2. Giviziez CR, Santos JD, Costa WLG, Dias M, Luz NF, Maia LG et al. Colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: realidade de um município goiano. B Téc Senac. 2020; 46(3): 81-94.

3. Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD, Pontes JEM, Luz NF et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. Esc Anna Nery. 2022; 26: 1-10.

4. Caram CS, Rezende LC, Brito MJM. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. Rev Min Enferm. 2017; 21:1-9.

5. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016; 24:1-12.

6. Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, Forster AC. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. Rev latinoam enferm. 2018; 26: 1-8.

7. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2): 1525-34.

8. Fausto MC, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça, M et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? J Ambul Care Manage. J Ambulatory Care Manage. 2017; 40(2 Suppl): S60–S70.

9. Escalda P, Parreira, CMSF. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2018; 22(supl. 2): 1717-27.

10. Hojat M, Ward J, Spandorfer J, Arenson C, Van Winkle LJ, Williams B. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. J Interprof Care. 2015 May; 29(3): 238-44.

11. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.

12. Abed MM. Adaptação e validação da versão brasileira da escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica [Dissertação de Mestrado]. Goiânia (Goiás): Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Profissional), 2015.
13. Abed M, Pereira ERS, Grosseman S. Adaptação transcultural da Escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional. *Rev Cient Mult Núc Conh. Out 2021*; 6(10): 22-44.
14. Zheng RM, Sim YF, Koh GC. Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *J Interprof Care. 2016 Jul*; 30(4): 505-11.
15. Falana TD, Afolabi OT, Adebayo AM, Ilesanmi OS. Collaboration between doctors and nurses in a tertiary health facility in south west Nigeria: Implication for Effective Healthcare Delivery. *Int J Car Scienc. 2016*; 9(1): 165-173.
16. Durans KCN, Silva MCP, Miranda AF, Sousa HF, Lima SF, Pasklan ANP. Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Res, Soc Dev. 2021*; 10(4): 1-13.
17. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu). 2016*; 20(56): 185-96.
18. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care. 2005 May*; 19 (Suppl 1): 116-31.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e profissional de integrantes da Estratégia de Saúde da Família inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, competência setembro de 2021, São Luís, Maranhão, 2022.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	63	20,26
Feminino	248	79,74
Cor		
Branca	125	40,19
Preta	28	9,01
Parda	158	50,80
Faixa etária		
20-29	68	21,86
30-39	112	36,01
40-49	88	28,30
50-59	30	9,65
>60	13	4,18
Município de residência		
São Luís	240	77,17
São José de Ribamar	36	11,58
Paço do Lumiar	17	5,47
Raposa	6	1,93
Alcântara	8	2,57
Outras	4	1,29
Formação		
Enfermagem	166	53,38
Medicina	83	26,69
Odontologia	62	19,94
Especialização		
Sim	242	77,81
Não	69	22,19
Tipo de especialização		
Área de Saúde Família e Comunidade	137	44,05
Outras	104	33,44
Nenhuma	70	22,51
Vínculo empregatício		
Concursado	101	32,48
Contratado/Seletivado	210	67,52
Tempo de trabalho na APS		
< 1 ano	41	13,18
1-5 anos	96	30,87
6-10 anos	54	17,36
11-15 anos	49	15,76
>15 anos	71	22,83

Tempo de trabalho na ESF

< 1 ano	49	15,76
1-5 anos	101	32,48
6-10 anos	52	16,72
11-15 anos	49	15,76
>15 anos	60	19,29

Experiência em Gestão na APS

Sim	55	17,68
Não	256	82,32

Município de trabalho

São Luís	169	54,34
São José de Ribamar	64	20,58
Paço do Lumiar	44	14,15
Raposa	19	6,11
Alcântara	15	4,82

* Área de Saúde da Família e Comunidade: Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde da Família; APS: atenção primária de saúde; ESF: estratégia de saúde da família.

Tabela 2. Análise da associação entre a pontuação da Escala de Jefferson e as variáveis sociodemográficas e profissionais de integrantes da Estratégia de Saúde da Família inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, competência setembro de 2021, São Luís, Maranhão, 2022.

Variáveis	Pontuação referente as respostas da EJARCI						p valor
	1º Tercil		2º Tercil		3º Tercil		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	29	25,44	14	15,58	20	19,80	0,148
Feminino	85	74,56	82	85,42	81	80,20	
Cor							
Branca	40	35,09	47	48,96	38	37,62	0,194
Preta	14	12,28	6	6,25	8	7,95	
Parda	60	52,63	43	44,79	55	54,46	
Faixa etária							
20-29	28	24,56	20	20,83	20	19,80	0,62
30-39	46	40,35	32	33,33	34	33,66	
40-49	29	25,44	28	9,17	31	30,69	
50-59	7	6,14	13	13,54	10	9,90	
>60	4	3,51	3	3,12	6	5,94	
Residência							
São Luís	86	75,44	75	78,12	79	78,22	0,12
São José de Ribamar	14	12,28	12	12,50	10	9,90	
Paço do Lumiar	9	7,89	2	2,08	6	5,94	
Raposa	2	1,75	3	3,12	1	0,99	
Alcântara	3	2,63	4	4,17	1	0,99	
Outras	0	0	0	0	4	3,96	
Formação							
Enfermagem	59	51,75	56	58,33	51	50,50	0,27
Medicina	26	22,81	26	27,08	31	30,69	
Odontologia	29	25,44	14	14,58	19	18,81	
Especialização							
Sim	87	73,32	73	76,04	82	81,19	0,61
Não	27	23,68	23	23,96	19	18,81	
Tipo de especialização							
Área de Saúde Família e Comunidade	40	35,09	38	39,58	59	58,42	0,008
Outras	47	41,23	34	35,42	23	22,77	
Nenhuma	27	23,68	24	25	18	18,81	
Vínculo empregatício							
Concursado	29	25,44	36	37,50	36	35,64	0,12
Contratado/Seletivado	85	75,56	60	62,50	65	64,36	
Tempo de trabalho na APS							
< 1 ano	19	16,67	10	10,42	12	11,88	0,07
1-5 anos	39	34,21	30	31,25	27	26,73	
6-10 anos	24	21,05	17	17,71	13	12,87	
11-15 anos	18	15,79	13	13,54	18	17,82	

>15 anos	14	12,28	26	27,08	31	30,69	
Tempo de trabalho na ESF							
< 1 ano	24	21,05	11	11,46	14	13,86	
1-5 anos	41	35,96	30	31,25	30	29,70	
6-10 anos	23	20,18	16	16,67	13	12,87	0,02
11-15 anos	17	14,91	15	15,62	17	16,83	
>15 anos	9	7,89	24	25	27	26,73	
Trabalho na gestão							
Sim	22	19,30	16	16,67	17	16,63	0,85
Não	92	80,70	80	83,33	84	83,17	
Município de trabalho							
São Luís	58	50,88	48	50	63	62,38	
São José de Ribamar	25	21,93	22	22,92	17	16,83	
Paço do Lumiar	19	16,67	12	12,50	13	12,87	0,64
Raposa	7	6,14	7	7,29	5	4,95	
Alcântara	5	4,39	7	7,29	3	2,97	

EJARCI: Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; Área de Saúde da Família e Comunidade: Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde da Família; APS: Atenção Primária em Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família.

5 CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

Diante do presente estudo foi possível demonstrar que as atitudes colaborativas dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família se encontram em um bom nível e que estão relacionadas ao tempo de trabalho na ESF e o tipo de especialização, o que contribui para a desconstrução do modelo hierárquico do cuidado em saúde. Dessa forma, os achados apresentados reforçam a importância da educação e do trabalho interprofissional para o exercício de um cuidado em saúde colaborativo para melhor resolução dos problemas de saúde do usuário, família e comunidade bem como na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- ABED, M. M. **Adaptação e validação da versão brasileira da escala jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional**: um estudo em profissionais da atenção básica. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Profissional), Goiânia, 2015.
- AGRELI, H. F. *et al.* Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. 1-10, 2019.
- ALMEIDA, R. G. S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde/interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde debate**, v. 43, n. esp. 1, p. 97-105, ago. 2019.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **REVISTA PRÁXIS**, v. 3, n. 6, p. 59-62, ago. 2011.
- ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Rev. Interface**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.
- BARR, H.; LOW, H. **Introducing interprofessional education**. Fareham (PO): CAIPE, 2013.
- BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. **Rev. Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 163-173, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000500163&script=sci_arttext. Acesso em: 11 fev. 2021.
- BEZERRA, R. K. C.; ALVES, A. M. C. V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Rev. Expr. Catól. Saúde**, v. 4, n. 2, p. 1-9, Jul - Dez; 2019.
- BISPO, E. P. F.; ROSSIT, R. A. S. Adaptação transcultural e validação estatística do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II. **Revista Científica Ágape**. v. 1, n. 1, p. 1-15, 2018.
- BISPO, E. P. F.; SALVADOR, R. A. Processo de validação e adaptação transcultural do assessment of interprofessional team collaboration SCALE II (AITCS II). **J Manag Prim Heal Care.**, v. 8, n. 3, p. 10-11, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.
- BRASIL, M. S. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. (rev.). Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 10, de 23 de julho 2018**. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde/Interprofissionalidade 2018-2019. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/388/o/EDITAL_N%C2%BA_10__23_DE_JULHO_2018_SELE%C3%87%C3%83O_PARA_O_PROGRAMA_DE_EDUCA%C3%87%C3%83O_PELTO_TRABALHO_PARA_A_SA%C3%9ADE_PET-SA%C3%9ADE_INTERPROFISSIONALIDADE_-_2018_2019_-_Di%C3%A1rio_Oficial_da_Uni%C3%A3o_-_Imprensa_Nacional.pdf?1532957716. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde 2013.

BROWN, J. B. *et al.* It starts with a strong foundation: constructing collaborative interprofessional teams in primary health care. **J Interprof Care**, v. 35, n. 4, p. 514-520, jul- aug 2021.

CARAM, C. S.; REZENDE, L. C.; BRITO, M. J. M Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 21, p. 1-9, 2017.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. **Interface** (Botucatu), v. 22, Supl. 1, p. 1325-1337, 2018.

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R. F. C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

COSTA, Marcelo Viana da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2016, v. 20, n. 56 [Acessado 6 Outubro 2022], pp. 197-198. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>.

CNESNET. **Consultas profissionais**. 2022. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em: 15 jul. 2022.

D'AMOUR, D. *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, suppl. 1, p. 116 – 131, May. 2005.

DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 137-157, 2021.

DOMAJNKO, B. *et al.* Beyond interprofessionalism: caring together with rather than for people. In: VYT, A.; PAHOR, M.; Tervaskanto-Maentausta, T.

Interprofessional education In Europe: policy and practice. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2015.

DURANS, K. C. N. et al. Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. 1-13, 2021.

DUTRA, E. B.; LEMOS, A. S. P.; GUIZARDI, F. L. Trabalho em equipe para a construção de práticas colaborativas na saúde. In: OLIVEIRA, A. T. P. e al. (Org.). **Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

E-GESTOR. **Cobertura da Atenção Básica:** competência 2020. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 5 jul. 2022.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface** - Comunicação Saúde Educação, v. 18, n. 48, p. 213-52, 2014.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 22, supl. 2, p. 1717-1727, 2018.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018.

FAUSTO, M. C. R. et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2 Supp, p. S60–S70, 2017.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. Interprofissionalidade em saúde: experiências e desafios. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 4, p. 307-309, 2017.

FERREIRA, M. G. et al. Projeto Terapêutico Singular no manejo de casos complexos: relato de experiência no PET-Saúde Interprofissionalidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, p. 1-9, 2022.

FONSECA, A. C. M. et al. A importância da interprofissionalidade nas práticas educativas em saúde sobre testes rápidos: relato de experiência. In: CASTRO, L. H. A.; MORETO, F. V. C.; PEREIRA, T. T. (Orgs.). **Política, planejamento e gestão em saúde 8**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, p. 1-8, 2018.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 1, p. 86-96, 2019.

GIOLO, S. R. **Introdução à análise de dados categóricos com aplicações**. São Paulo: Blucher, 2018.

GREEN, B. N.; JOHNSON, C. D. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. **J Chiropr Educ.**, v. 29, n. 1, p. 1-10, 2015.

GUITAR, N. A.; CONNELLY, D. M. A Systematic Review of the Outcome Measures Used to Evaluate Interprofessional Learning by Health Care Professional Students During Clinical Experiences. **Eval Health Prof.**, v. 44, n. 3, p. 293-311, 2021.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. **J Interprof Care**, v. 29, n. 3, p. 238–244, 2015.

IBGE. **Maranhão**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>. Acesso em 18 mar. 2021.

KÖRNER M. *et al.* Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. **J Interprof Care.**, v. 30, n. 1, p. 15-28, 2016.

LUTFIYYA, M. N. *et al.* The state of the science of interprofessional collaborative practice: A scoping review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018. **PLoS One.**, v. 14, n. 6, p. 1-18, 2019.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução CIB/MA nº 44/2011 de 1º de junho de 2011**. Dispõe sobre a conformação das Regiões de Saúde. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/arquivos/RESOLUCAO_CIBMA_44_2011.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, set. 2018.

MORGAN, K. H. *et al.* Patients' experiences of interprofessional collaborative practice in primary care: a scoping review of the literature. **J Patient Exp.**, v. 7, n. 6, p. 1466-1475, 2020.

OLIVEIRA, A. T. P.; GUIZARDI, F. L.; DUTRA, E. B. Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde. *In*: GUIZARDI, F. L. *et al.* (Orgs.). **Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS; 2010.

PACHITO, Daniela V. **Saúde baseada em evidências**. São Paulo: Editora Senac, 2020.

PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Med Educ.**, v. 33, n. 2, p. 95-100, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação**. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PELTONEN, J. *et al.* Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare - a scoping review. **J Interprof Care.**, v. 34, n. 2, p. 147-161, 2020.

PEDUZZI, M. *et al.* Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, p. 7-15, 2015.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, Supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Colet**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, Jun 2018.

PRADO, F. O. *et al.* Evaluation of students' attitudes towards pharmacist-physician collaboration in Brazil. *Pharmacy Pract* (Granada), **Redondela**, v. 16, n. 4, p. 1-6, 2018.

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

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Domínios e competências da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1966-1970, maio. 2017.

PREVIATO, G. F. *et al.* Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, p. 1-9, 2018.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

REUTER, C. L.O.; SANTOS, V.C.F.; RAMOS, A.R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. **Rev. Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-8, 2018.

ROSA, W. A. G. *et al.* Limites e potencialidades da interprofissionalidade em saúde: revisão de literatura. **Rev. Inic. Cient. Libertas**, v. 10, n. 1, p. 28-39, ago. 2020.

SCHOR, A. *et al.* Multidisciplinary work promotes preventive medicine and health education in primary care: a cross-sectional survey. **Isr J Health Policy Res.**, v. 8, n. 50, p. 1-11, 2019.

SCORSOLINI-COMIN, F. **Projeto de pesquisa em ciências da saúde: guia prático** para estudantes. Petrópolis, 2021.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. Esp2, p. 16-24, 2015.

SOUSA, L. A. E.; BRAGA, A. F. Teoria clássica dos testes e teoria de resposta ao item em avaliação educacional. **Revista de Instrumentos, Modelos e Políticas em Avaliação Educacional**, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2020.

SOUZA, G. C. *et al.* Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 640-647, 2016.

SUPPER, I. *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. **Journal of Public Health**, v. 37, n. 4, p. 716-727, 2014.

TOASSI, R. F. C. *et al.* Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, p. 1-18, 2020.

WALTERS, S. J.; STERN, C.; ROBERTSON-MALT, S. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. **JBIM Database System Rev Implement Rep.**, v. 14, n. 4, p. 138-197, 2016.

GLOSSÁRIO

Colaboração interprofissional: consiste uma estratégia do trabalho em equipe, que compreende uma forma de trabalho interprofissional, com necessária convivência de diferentes profissões em um espaço comum, que atuam de forma participativa e compartilham decisões no cuidado em saúde, portanto, trabalham de forma interdependente e não autônoma no atendimento das necessidades do usuário, família e comunidade.

Educação interprofissional: é aquela que envolve o aprendizado de duas ou mais profissões sobre os usuários e com eles e entre as profissões envolvidas, preparando esses profissionais para a efetiva colaboração, ou seja, proporciona o treinamento necessário para tornar esses aprendizes parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática e melhora dos resultados na saúde.

Equipe agrupamento: caracteriza-se por menor grau de articulação nas ações de saúde e comunicação dificultando assim a construção de projetos comuns,

Equipe integração: caracterizada por alto grau de articulação, comunicação, alto grau de conexão e compartilhamento entre os profissionais, levando a construção de projetos comuns de cuidado aos usuários, família e comunidade

Interdisciplinaridade: consistem em relações entre duas ou mais profissões, que trocam conhecimentos entre si sobre variados temas em saúde, havendo maior colaboração entre os membros da equipe, mas os integrantes da equipe possuem autonomia na tomada de decisão. Busca integrar diferentes disciplinas, compreendidas como campos específicos do conhecimento científico. mais de uma disciplina se une em um projeto comum, com um planejamento que as relacione. durante o processo, estas áreas trocam conhecimentos e enriquece ainda mais as possibilidades. como resultado, há um novo saber, menos fragmentado e mais dinâmico. Esta visão dá significado à experiência escolar.

Interprofissionalidade: ocorre quando profissionais de diferentes áreas, passam a refletir e realizar um trabalho em equipe integrado e coeso para o cuidado integral individual e coletivo em saúde.

Multidisciplinaridade: ocorre com diferentes disciplinas, que atuam de forma independente ou paralela, que ocorre quando há mais de uma área de conhecimento em um determinado projeto ou propósito, mas cada uma destas disciplinas mantém seus métodos e teorias em perspectiva,

Multiprofissionalidade: ocorre com diversos profissionais, de várias áreas, mas que possuem como foco uma mesma demanda, havendo uma relação entre eles, trabalhando de forma articulada, com cooperação.

Práticas colaborativas: envolve o trabalho de vários profissionais de saúde, que possuem diferentes experiências profissionais, que atuam na prestação de serviço junto aos usuários, familiares/cuidadores e coletividades, a fim de proporcionar a qualidade na assistência em saúde.

Trabalho em equipe: consiste no principal contexto no qual o cuidado colaborativo centrado no paciente é prestado

Trabalho interprofissional: é aquele influenciado pela finalidade, características e condições do trabalho em equipe, com sua atuação centrada no usuário, pautado na interação, comunicação e colaboração entre os profissionais de diferentes áreas, possuindo uma perspectiva ampla e complexa, podendo concretizar-se com pequenos grupos de pessoas (quando o trabalho em equipe ocorre com alto grau de compartilhamento), assim como ser realizado por meio de um trabalho em rede (abrange um número maior de integrantes), sendo caracterizado por grande flexibilidade e interação entre os profissionais.

Transdisciplinaridade: compreende um estágio mais profundo de interação entre as áreas do conhecimento, havendo uma troca deliberada de conhecimentos, habilidades e conhecimentos que transcendem as fronteiras disciplinares tradicionais, que possibilitam a constituição de um campo autônomo de saber e de intervenção com foco no paciente, portanto há uma cooperação entre diversas especialidades, mas não há uma coordenação ou um lugar fixo estabelecido para esta relação

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL
QUESTIONÁRIO

1. Nome completo: _____

2. Sexo: *

() Masculino

() Feminino

3. Idade: _____

4. Cor: *

() Branca

() Preta

() Parda

() Outro

4. Cidade onde reside: *

() São Luís

() São José de Ribamar

() Paço do Lumiar

() Raposa

() Alcântara

() Outro _____

5. Qual sua formação/atuação?

() Enfermagem

() Medicina

() Odontologia

6. Possui Especialização? *

() Sim

Qual _____

() Não

7. Vínculo empregatício:

() Concursado/efetivo

() Contrato ou seletivo temporário

8. Tempo de trabalho na Atenção Primária: _____

9. Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: _____

10. Trabalha ou trabalhou na Gestão do SUS? *

() Sim Em qual área e por quanto tempo? _____

() Não

11. Em qual município você trabalha? *

() São Luís () São José de Ribamar () Paço do Lumiar () Raposa () Alcântara

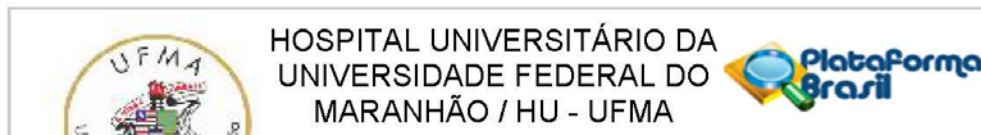
12. Em qual Unidade de Saúde você trabalha?

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

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.

ANEXO - B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Pesquisador: SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47878821.1.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.860.234

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1757500. Datado de 19/07/21).

1. INTRODUÇÃO

O cuidado interprofissional, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é definido como aquele realizado por dois ou mais profissionais de saúde, que atuam juntos para melhorar a saúde de um paciente. Esta prática, tem por finalidade a segurança do paciente e a qualidade da assistência (MORGAN et al., 2020). A interprofissionalidade se configura como uma ferramenta potencial que pode contribuir para superar a fragmentação e a individualização da atuação das categorias profissionais na busca pela integralidade da atenção (FREIRE FILHO et al., 2018). O trabalho interprofissional é baseado na interação e comunicação entre os profissionais de diferentes áreas de forma interdependente, clareza dos papéis numa perspectiva ampla e complexa (OLIVEIRA; GUIZARDI; DUTRA, 2020). A literatura reconhece interprofissionalidade e as práticas colaborativas como uma relevante estratégia para melhorar os serviços e resultados de saúde, por meio do trabalho de vários profissionais de saúde. A equipe atua de forma coordenada, conforme as necessidades dos pacientes conjuntamente, a fim de fornecer cuidados da mais alta qualidade aos pacientes, famílias, cuidadores e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

comunidades. (LUTFIYYA et al., 2019). Estudos como de Escalda e Parreira (2018) comprovaram a eficácia desta forma de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), com a sua aplicabilidade favorecendo o diálogo, que levaram a consensos em planos de tratamento para o cuidado integral e segurança do paciente, o que propiciou um melhor clima na instituição, afastando conflitos e tensões do trabalho em saúde. Ao ser praticado por meio de colaboração intencional, o trabalho interprofissional melhora a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, pois passa a ter o propósito de criar e coordenar um plano integrado de cuidado para o paciente e sua família (MORGAN et al., 2020). Os profissionais envolvidos, ao trabalharem de forma colaborativa, buscam em conjunto, objetivos comuns, com compartilhamento de saberes, tornando-os capazes de analisar e resolver quaisquer problemas que surjam no atendimento em saúde (LUTFIYYA et al., 2019). Para a implementação da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, torna-se necessário afastar o conservadorismo da educação em saúde uniprofissional, que se constitui em um dos principais empecilhos de uma promoção de cuidado eficaz e holística. Este modelo de ensino que ainda persiste nos currículos de vários cursos da área da saúde, tem como foco determinadas disciplinas, promove a divisão do cuidado, além de fortalecer a prática biomédica hegemônica, ocasionando o isolamento das profissões que atuam no atendimento ao usuário (SILVA et al., 2015; PRADO et al., 2018; ROSA et al., 2020). A abordagem ampliada, que transcende fazeres individualizados de cada profissão, torna-se imperiosa, pois a progressiva heterogeneidade de determinantes que envolvem o processo saúde-doença, a mudança no perfil epidemiológico em todo mundo, elevou o índice de doenças crônicas multicausais, o que levou à necessidade de um acompanhamento contínuo e prolongado, por meio de uma abordagem integral com agregações das ações de saúde que contemplem as múltiplas dimensões das necessidades da população (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018). Diante disso, a educação em saúde deve almejar por uma educação interprofissional, que se configura pelo aprendizado em conjunto de diferentes profissões, que compartilham conhecimentos entre si, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados em saúde, aproximando os trabalhadores envolvidos, que aprendem sobre as outras profissões e compartilham ensinamentos específicos sobre a sua especialidade, o que permite a ampliação do conhecimento e competências, além do desenvolvimento de novas habilidades, atitudes e valores, o que favorece a capacidade de resposta (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019; FONSECA et al., 2020). A educação interprofissional se torna uma importante estratégia para promover o cuidado eficaz no âmbito biopsicossocial na saúde, pois favorece o aprendizado concomitante com outros profissionais de saúde, possibilitando desenvolver atributos (p.ex.: conhecimentos e habilidades) importantes e necessárias para o

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

desempenho de um trabalho em equipe real e qualificado. Este modelo educacional vem sendo defendido desde 2002 no Brasil, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área da saúde e do Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010), fortalecendo a necessidade da educação interprofissional e o desenvolvimento de práticas colaborativas (PRADO et al., 2018; ROSA et al., 2020). O compartilhamento dos saberes nas práticas de ensino pelos estudantes, professores, profissionais da saúde de diversas áreas e inserção do usuário nesse processo, promove momentos de escuta e de partilha de experiências, percepções e diferentes saberes, permitindo espaço de aprendizagens compartilhadas na graduação, passíveis de transformação de habilidades colaborativas no trabalho em equipe e de atenção integral à saúde (TOASSI et al., 2020). Estudos como de Ceccim (2018), Previato e Baldissera (2018), Farias et al. (2018) e Fonseca et al. (2020) acrescentam que a educação interprofissional se constitui em estratégia necessária ao desenvolvimento do trabalho colaborativo e interprofissional, pois possibilita que os conhecimentos sejam compartilhados e construídos, embasando-se na atuação de cada profissional, com ênfase no respeito às peculiaridades de cada trabalhador em sua atribuição, técnica e de conhecimentos, além de favorecer a cooperação solidária na construção de projetos terapêuticos, para atender as necessidades em saúde e propiciar uma melhor assistência à demanda. A ascendente complexidade do processo do adoecimento e

promoção da saúde vai necessitar de um trabalho colaborativo interprofissional, com a incorporação da experiência entre os profissionais de diferentes áreas da saúde, proporcionando implementação da prática colaborativa, a fim de promover o trabalho em equipe, consolidação da integralidade do cuidado, aprimoramento da eficiência e qualidade da atenção aos usuários e o atendimento das necessidades de saúde (ARAÚJO et al., 2017; BARROS SPADACIO; COSTA, 2018; BRASIL, 2018; REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018). O Sistema Único de Saúde (SUS) construiu-se em grande avanço e seus princípios já orientam para um cuidado interprofissional dentre eles, integralidade, equidade e universalidade que contemplam fortes bases estruturantes para a educação e a colaboração interprofissional, ganhando força com o advento da Atenção Primária à Saúde (APS) que, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de reorientação do SUS, incorpora diversas profissões em equipes para atuação compartilhada (FREIRE FILHO et al., 2018). A ESF trouxe a proposição de reorganização do sistema de saúde, devido a fatores abstrusos do adoecimento, onde passou a requerer vários profissionais, com seus saberes e práticas distintas capazes de abarcar as diversas dimensões da saúde, porém necessitando superar a desafiadora fragmentação do cuidado. Assim são imprescindíveis novos arranjos no processo de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

trabalho dessas equipes, dentre os quais destaca-se a instituição de uma prática de natureza interprofissional e colaborativa, a fim de alcançar um melhor resultado mediante uma ação coletiva (ESCALDA; PARREIRA, 2018). A interprofissionalidade é capaz de conduzir para uma base de igualdade de status na equipe, o que reforça a importância de todos na construção de um cuidado abrangente, resolutivo desconstruindo relações hierárquicas, com vistas a primazia necessidade do usuário, família e comunidade (GREEN; JOHNSON, 2015). Distancia-se, assim, do trabalho multidisciplinar que se evidencia nas instituições de saúde, e que prevaleceu como ideal durante muito tempo, onde envolve um trabalho em grupos compostos por diversos profissionais, que muitas vezes somente dividem o mesmo espaço com o outro trabalhador do seu grupo, sem

haver a interação necessária entre estes trabalhadores, com a realização do cuidado fragmentada, além da justaposição das diferentes disciplinas, com os saberes especializados delimitando a atuação de cada profissional (BARROS SPADACIO; COSTA, 2018; GREEN; JOHNSON, 2015; PREVIATO; BALDISSERA, 2018). A prática colaborativa fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde. Assim, no

trabalho colaborativo interprofissional, portanto, o foco é a transformação do processo de trabalho entre diversos profissionais de categorias distintas, que buscam prestar uma atenção integral aos pacientes (biopsicossocial), a fim de proporcionar a prática cooperativa nos serviços de saúde, sendo um elemento-chave no ambiente de saúde e sua prática é essencial para resultados positivos para o usuário, familiares e coletividade, para melhorar a eficácia e prática profissional, combinando competências e habilidades complementares, possibilitando o melhor aproveitamento dos recursos (SUPPER et al., 2014). Considerando a complexidade dos objetos de intervenção dos processos de trabalho em saúde, particularmente no âmbito da atenção primária, são necessários instrumentos que favoreçam a avaliação rápida do trabalho em equipe, da prática colaborativa e sua capacidade de mudança e inovação segundo as necessidades de saúde de usuários e população. Nos últimos 30 anos, diversos instrumentos internacionais foram elaborados, desenvolvidos e testados com objetivo de avaliar a colaboração interprofissional; porém, no Brasil, há uma escassez de instrumentos de avaliação da Educação ou Trabalho Interprofissional e Práticas Colaborativas. Dentre os instrumentos com validação transcultural pode-se citar: A Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II - AITCS II (ORCHARD, 2015 apud BISPO; SALVADOR, 2017) é um instrumento capaz de mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe e foi validada para o português falado no Brasil (Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe-AITCS II) por Bispo e Rossit (2018). O instrumento possui

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

as dimensões Parceria, Cooperação e Coordenação, em sua versão final, contém 23 assertivas consideradas características da colaboração interprofissional. A Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) (PARSELL; BLIGH, 1999) é uma escala amplamente utilizada, que permite avaliar a disponibilidade dos estudantes para o aprendizado compartilhado com alunos de outras áreas. A versão expandida de RIPLS com 29 itens foi adaptada e validada para o português por Peduzzi et al. (2015). Devido a necessidade de uma ferramenta multidimensional, inicialmente, Hojat e Herman (1985) desenvolveram uma escala para medir atitudes em relação médico-enfermeiro, avaliando diferentes aspectos das relações de colaboração entre esses profissionais. Sequencialmente, Hojat e colaboradores elaboraram diferentes escalas para avaliar a colaboração entre profissões distintas, sempre em pares de profissões. Em 2014, uma escala de atitudes válida para todos os profissionais da saúde foi elaborada e denominada Jefferson Scale of attitudes toward interprofessional collaboration (JeffSATIC) (HOJAT et al., 2015). Essa escala é um instrumento que compreende uma avaliação psicometricamente sólida sobre atitudes em relação à colaboração ou ao trabalho colaborativo e foi adaptada transculturalmente e validada no Brasil por Abed (2015), passando a ser nomeado por Escala de Jefferson de atitudes relacionadas a colaboração interprofissional (EJARCI). A avaliação visa analisar processos e observar situações a partir do olhar de agentes externos, considerando que as profissões da saúde estão adotando competências interprofissionais para atender as necessidades do cuidado em saúde, é salutar a aplicação de instrumentos que verifiquem como está ocorrendo o trabalho em saúde, em equipe, com colaboração e centrado no usuário. Esses instrumentos proporcionam a reflexão do fazer profissional e a comunicação entre atores envolvidos na prática em saúde.

2. HIPÓTESE

Os profissionais de saúde da atenção primária do Maranhão possuem atitudes relacionadas as práticas colaborativas interprofissionais, mas de forma incipiente.

3. METODOLOGIA PROPOSTA

- Desenho do Estudo: Trata-se de um estudo transversal descritivo com o intuito de analisar as atitudes relacionadas a interprofissionalidade e práticas colaborativas em saúde dos profissionais que trabalham na atenção primária à saúde do Estado do Maranhão.
- Local e população do estudo: a população de estudo será constituída por todos os profissionais de saúde, maiores de idade, sem distinção de gênero ou condição social, que atuam no sistema

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

único de saúde, especificamente na atenção primária em saúde (APS). Os profissionais de saúde serão selecionados com base no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e distribuídos de acordo com as regionais de saúde do Maranhão (MA). O Maranhão situado na Região Nordeste, possui área da unidade territorial de 329.651,495 km², com população estimada em 2020, de 7.114.598 pessoas. O Estado apresentou em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,639, com rendimento nominal mensal domiciliar per capita em 2020 de R\$ 676,00 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021), o que leva a população a necessitar na sua maioria do serviço público em saúde. Neste contexto, a população maranhense conta com 19 regionais de saúde descritas, abrangendo os municípios maranhenses (Quadro 1 - encontra-se disponível no documento intitulado "projeto completo em word", pois na plataforma o mesmo perde a configuração).

- Instrumentos e Coleta de Dados: Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados será feita de forma online, de modo não probabilístico, com a aplicação de instrumentos validados no Brasil, juntamente com um questionário de caracterização individual que contém informações sobre sexo, idade, categoria profissional, tempo de trabalho no sistema único de saúde (APS), local de trabalho (cidade e unidade de saúde) e se possui formação na área de saúde da família e comunidade. Para analisar as atitudes relacionadas com as práticas colaborativas interprofissionais das equipes de saúde será utilizada a EJARCI adaptada por Abed (2015) (ANEXO A). A EJARCI é um instrumento estruturado que visa avaliar as práticas colaborativas, identificando e analisando a compreensão subjetiva, comportamental de atitudes dos profissionais da saúde independentemente de sua formação acadêmica ou áreas de atuação em relação às competências colaborativas. Essa escala foi desenvolvida em 2014, tendo sido aplicada, testada e validada em estudantes americanos e australianos de diferentes profissões da saúde (FREIRE FILHO, J. R. et al., 2018). No Brasil, a EJARCI foi recentemente adaptada transculturalmente e validada por Abed (2015), seguindo etapas de tradução, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e aplicação de pré-teste. A escala é composta por 20 itens, os quais devem ser respondidos utilizando variáveis de concordância/ discordância mediante escala do tipo Likert com 7 níveis, sendo o menor nível discordo completamente (1), e o maior nível concordo completamente (7), e a atitude em relação à colaboração é mensurada no escore total na escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas (ABED, 2015). A coleta de dados será realizada de forma online, através de formulário google (<https://docs.google>).

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

com/forms/d/e/1FAIpQLScojbBjSOsdhLxTLdZzZoZQE1eLFylugtkPKmJuip5vQ3rTg/formResponse). Neste estão inseridos o TCLE, os questionamentos quanto aos dados pessoais [sexo, idade, categoria profissional, tempo de trabalho no sistema único de saúde (APS), local de trabalho (cidade e unidade de saúde) e se possui formação na área de saúde da família e comunidade] e a Escala de Jefferson. As perguntas estão formatadas de modo não obrigatório para que os participantes possam ter livre escolha de responder ou não algum questionamento. A única pergunta obrigatória é a inserção do e-mail para o recebimento do TCLE.

3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Serão efetuadas análises estatísticas descritivas para fins de obtenção de média, desvio padrão e proporções, sendo que esses dados serão agregados por faixa etária, sexo, categorias profissionais e regionais de saúde. Será utilizado o software STATA versão 12.

4. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Profissionais de saúde, maiores de idade, de ambos os sexos, sem distinção de etnia ou classe social, que atuarem na Atenção Primária em Saúde.

5. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde que: estejam de licença (remunerada ou não remunerada), de férias, que estejam alocados na área administrativa ou na gestão sem atuar na assistência à saúde (não estão exercendo o atendimento ou o cuidado em saúde de forma direta). Profissionais que atuam na Atenção Primária de Saúde, mas que não são da área da saúde. Questionários que não estiverem preenchidos com a Escala de Jefferson de maneira completa serão excluídos da amostragem.

6. Desfecho Primário:

Não se aplica

7. Desfecho Secundário:

Não se aplica

8. Tamanho da Amostra no Brasil: 150

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

Objetivo da Pesquisa:

9. OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar as atitudes relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais de profissionais de saúde da atenção primária do Maranhão, através da aplicação da Escala de Jefferson.

10. OBJETIVO SECUNDÁRIO

- Caracterizar os profissionais de saúde segundo aspectos demográficos e tempo de serviço no sistema único de saúde;- Caracterizar os profissionais de saúde quanto as categorias profissionais e formação na área da saúde da família e comunidade;- Mensurar as atitudes relacionadas as práticas colaborativas e interprofissionalidade entre os profissionais de saúde;- Descrever as atitudes relacionadas as práticas colaborativas entre o sexo e categorias profissionais;- Confeccionar material educativo instrucional sobre interprofissionalidade e práticas colaborativas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

11. RISCOS

Este projeto possui riscos mínimo, uma vez que não haverá coleta de material biológico e nem contato pessoal com os participantes. O possível risco está ligado ao constrangimento ao responder os questionamentos que constam no formulário online, o qual será minimizado, uma vez que, será respeitada a decisão do (a) senhor (a) em não querer compartilhar seus dados pessoais, pensamentos e conhecimentos ao responder as perguntas (as perguntas que constam no formulário online não estão formatadas em modo obrigatório). Caso o participante se sinta desconfortável e/ou constrangido(a) com alguma questão, ele poderá não responder e o questionário flui para a próxima questão sem nenhum impedimento. O único campo obrigatório para inserção de uma resposta é o local do e-mail para que o participante possa receber uma cópia do TCLE, garantindo assim a transparência do processo e acesso aos pesquisadores.

12. BENEFÍCIOS

Os benefícios envolvidos na participação desta pesquisa englobam a esfera individual e coletiva. Com este estudo serão obtidos dados importantes para identificar atitudes de práticas interprofissionais e colaborativas. O participante conhecerá dados pertinentes a interprofissionalidade nos cuidados em saúde e contribuirá para uma visão ampliada do entendimento desta área pelos profissionais que atuam no estado do Maranhão. Munindo assim a academia de ferramentas para melhorar a formação na área de saúde na perspectiva da interprofissionalidade.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A prática colaborativa e interprofissional é importante para a qualidade e segurança do serviço em saúde. Entretanto, para que esta prática possa ser implementada, faz-se necessário o conhecimento dos profissionais envolvidos sobre a referida estratégia em saúde. Neste contexto, o objetivo do presente é analisar as atitudes relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais de profissionais de saúde da atenção primária do

Maranhão, através da aplicação da Escala de Jefferson. Trata-se de um estudo transversal descritivo com profissionais de saúde que atuam na atenção primária em saúde do Maranhão. Utilizar-se-á a aplicação de questionário online com dados pessoais (nome, idade, categoria profissional, local onde trabalha e formação em saúde da família) acrescido da Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas a Colaboração Interprofissional (EJARCI). Serão efetuadas análises estatísticas descritivas para fins de obtenção de média, desvio padrão e proporções, sendo que esses dados serão agregados por faixa etária, sexo, categorias profissionais e regionais de saúde. Será utilizado o software STATA versão 12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional nº 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. sendo considerado APROVADO.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1757500.pdf	19/07/2021 16:04:51		Aceito
Outros	escaladejefferson_colaboracaointerprofissional.pdf	19/07/2021 16:04:19	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocompleto_cep.pdf	19/07/2021 16:03:50	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	19/07/2021 15:58:51	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Cronograma	colaboracaointerprofissional_cronograma.pdf	19/07/2021 15:57:53	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_colaboracaointerprofissional.pdf	19/07/2021 15:56:08	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciagestaocolaboracaointerprofissional_renasf.pdf	04/06/2021 10:43:33	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termosdeanuencia_sally_colaboracaointerprofissional.pdf	04/06/2021 10:41:31	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Declaração do Patrocinador	termofinanciamentoproprio.pdf	04/06/2021 10:40:57	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Declaração de concordância	termo_compromisso_colaboradores.pdf	04/06/2021 10:40:21	SALLY CRISTINA MOUTINHO	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.860.234

Declaração de concordância	termo_compromisso_colaboradores.pdf	04/06/2021 10:40:21	MONTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/06/2021 10:35:22	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito
Orçamento	colaboracaointerprofissional_orcamento.pdf	18/05/2021 17:04:57	SALLY CRISTINA MOUTINHO MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 21 de Julho de 2021

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br

ANEXO - C - DIRETRIZES PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

No ato da submissão do manuscrito é preciso que a ordem de apresentação dos autores esteja definida e acordada com todos, pois caso o artigo seja aprovado para publicação, os nomes dos autores serão apresentados exatamente na ordem estabelecida quando o artigo foi submetido.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas o título nos três idiomas e o tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto dados que identifiquem a autoria do trabalho em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do Microsoft Office, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover

informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
 - Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do Adobe Acrobat.
 – Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores.

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (Documento Principal) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

- . Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.
- . Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informações sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), com seus respectivos créditos ou legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

- . No caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 É possível incluir no manuscrito um texto suplementar, denominado **Apêndice** [de autoria do (s) próprio (s) autor (es)] ou Anexo (de outra autoria). Esse texto suplementar deve ser inserido logo após o item de Conclusão do manuscrito, antes das informações autorais e das referências.

10 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

A revista Interface Comunicação, Saúde, Educação alinha-se aos critérios da chamada Ciência Aberta e adotará paulatinamente seus princípios e suas práticas. Esse procedimento implica na:

- 1** Adesão dos autores, facultativa, à divulgação de seus artigos no formato preprint.
- 2** Recomendação aos autores da divulgação dos dados primários da pesquisa que deram origem a seu artigo em repositórios certificados.
- 3** Valorização dos avaliadores, pela abertura de seus pareceres, quando assim desejarem.

Ao apresentar seu manuscrito, é importante estar atento ao que constitui um preprint e como pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O preprint disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela a sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de preprints (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

1 Você pode submeter agora seu artigo ao servidor SciELO preprints (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um doi que irá garantir sua divulgação internacional imediata.

2 Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Interface Comunicação, Saúde, Educação. Os dois processos são compatíveis.

3 Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Interface Comunicação, Saúde, Educação. A submissão a repositório preprint não é obrigatória.

4. O processo de submissão é feito apenas *online*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <https://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “Autor ” e iniciar o processo de submissão.

Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para upload no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

- Autor principal: **vínculo institucional** – Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país (apenas um, completo e por extenso). Endereço institucional completo para correspondência (cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.
- Coautores: **vínculo institucional** – Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país (apenas um, completo e por extenso). E-mail institucional. ID do ORCID.

Notas

- . Os dados de todos os autores devem incluir, obrigatoriamente, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.
- . Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.
- . Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar: **Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso...**, indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.
- . Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas como documentos suplementares ao texto principal (Documento principal), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até 20 palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **no idioma original do manuscrito**, e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética. Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso nesse campo do formulário. Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores.

7 No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber: Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

8 No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta:

O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho e o seu diálogo com a literatura internacional; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

10 Todo autor de manuscrito submetido à Interface – Comunicação, Saúde, Educação deve preencher o Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta, disponível no sistema ScholarOne Manuscripts no momento da submissão. Ressalte-se que, caso o autor tenha depositado os dados de sua pesquisa em um repositório, deverá mencionar nesse documento a URL e seu respectivo link.

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares**. Ressalta-se que a política de avaliação por pares acontecerá adotando-se os mesmos critérios para manuscritos com submissão em servidores de Preprints ou em outras plataformas

Pré-avaliação: todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio e publicação no formato preprint (mediante o preenchimento do Formulário de

Conformidade com a Ciência Aberta no momento da submissão) só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- dialoguem com a literatura internacional em torno do tema do artigo;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto.

Notas

. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.
 . A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Edição de artigo aprovado

Uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:
 – atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, **e o ID do ORCID**, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;

– revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
 – em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está

explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS;**

– em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Notas

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar esse interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, publicados em um único volume ao ano, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como, atualmente, a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para manuscritos aprovados para as

seções	Artigos,	Revisão	e	Espaço	Aberto.
Valor:					
1	Para manuscritos com até 5000 palavras:	R\$		800,00	
2	Para manuscritos com mais de 5000 palavras:	R\$	R\$ 900,00		

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

NORMAS VANCOUVER – citações e referências

CITAÇÕES	NO	TEXTO
As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.		
Exemplo:		
Segundo		Teixeira ¹
De acordo com		Schraiber ² ...
Casos específicos	de	citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” ² (p. 13).

Notas

- No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM” ¹ (p. 47).

- No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

- Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar

número.

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

- **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (*ancharella lepidentostole*) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

- **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo: Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das

unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.
 Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 Lei nº 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. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
 Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA**PUBLICADA**

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO**ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

- Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OUTRAS OBSERVAÇÕES**TÍTULOS****E****SUBTÍTULOS**

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

- 3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,
 4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

Nota

- Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.
Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS

DE

RODAPÉ

- 1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.
 2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por (a), indicadas entre parênteses.

Nota

- Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.
 3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser (c)).

Nota

- . Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).
 Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.
 Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.
 Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se

caixa

alta:

- 1 No início de período ou citação.
 2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.
 3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

- Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.
 4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado

(Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 **Em** **siglas:**

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;
 . se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

. Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se **caixa** **baixa:**

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO	DE		NUMERAIS
Escrever	por		extenso:
–	de	zero	a dez;
– dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas;			
oitenta	alunos,	seiscentos	internos...
– quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.			
– unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.			
Escrever	em	algarismos	numéricos:
–	a	partir do	número 11;
– quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m			

USO	DE	CARDINAIS
Escrever	por	extenso:
– de zero a dez.		