



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

**Colaboração Interprofissional em Tempos de Pandemia do Coronavírus**

IZABELLA ARAUJO MORAIS

Brasília

2023

IZABELLA ARAUJO MORAIS

**Colaboração Interprofissional em Tempos de Pandemia do Coronavírus**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde na Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde. Linha de Pesquisa: Políticas, Programas, Serviços, Educação e Sociabilidade em saúde. Temática: Práticas e formação interprofissional em saúde e enfermagem e Ensino na Saúde. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho

Brasília

2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

AM828c Araujo Moraes , Izabella  
COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DO  
CORONAVÍRUS / Izabella Araujo Moraes ; orientador Diana  
Lúcia Moura Pinho. -- Brasília, 2023.  
100 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde)  
- Universidade de Brasília, 2023.

1. Relações interprofissionais. 2. Educação  
interprofissional. 3. Cuidados Críticos. 4. SARS-CoV-2. 5.  
COVID-19. I. Moura Pinho, Diana Lúcia , orient. II. Título.

IZABELLA ARAUJO MORAIS

## Colaboração Interprofissional em Tempos de Pandemia do Coronavírus

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde na Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

### BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho – (Presidente)  
Universidade de Brasília - FCE

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Alexandre Alberto Freire Jorge  
Centro Universitário IESB

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Elizabeth Queiroz  
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Marina Morato Stival  
Universidade de Brasília - FCE

Brasília, 27 de Março de 2023.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus pelo dom da vida, pelas graças de concluir o tão sonhado mestrado e por tudo que tenho e que sou.

Agradeço também aos meus pais, responsáveis por me incentivar a estudar, exemplos de determinação e persistência, que são sempre minhas bases que me ampararam nas dificuldades.

Aos meus irmãos, especialmente à minha querida irmã e amiga Déborah, que, mesmo sendo mais nova, sempre foi meu espelho, meu exemplo, me ajudando a trilhar minhas conquistas e percalços, sempre sendo meu braço direito. Ela é minha doutora que me ajuda em tudo, sempre.

Aos meus sobrinhos, que são meus grandes amores e me dão forças para buscar sempre o melhor e tentar ser sua referência.

Ao meu cunhado Wellington, que sempre me inspira com sua inteligência e paciência.

Aos meus amigos de trabalho, que sempre me apoiaram, me deram forças, entenderam minhas falhas e comemoraram comigo minhas conquistas.

Aos meus amigos mestres e doutores, que foram meus “tira-dúvidas”, me apoiaram, ajudaram e incentivaram para conseguir seguir meu foco.

Aos profissionais da UTI do HRAN que se dispuseram a participar da pesquisa, mesmo no momento mais difícil e sobrecarregado de suas carreiras, durante a pandemia de COVID-19.

À minha amiga Ana Paula, que fez a divulgação primordial para que os participantes da pesquisa respondessem em tempo hábil.

À minha orientadora, professora Dr<sup>a</sup> Diana Lúcia, que esteve nesta trajetória ao meu lado, com muitos ensinamentos.

À Banca examinadora, que aceitou o convite para contribuir com melhorias para o estudo.

A todos aqueles que de alguma forma me ajudaram para trilhar essa conquista, meu eterno agradecimento. Essa vitória é coletiva.

Muito obrigada a todos.

“E cada dia cabe a mim dar o meu melhor, mesmo que ninguém perceba...  
ainda que ninguém retribua... não me permito fugir da minha essência.”

(Eliane Gonçalves)

## RESUMO

**Introdução:** A procura por leitos de Unidade de Terapia Intensiva aumentou significativamente na pandemia da COVID-19. Os pacientes acometidos pelo vírus rapidamente agravavam-se, necessitando de cuidados intensivos. A dinâmica do trabalho em situações complexas, especialmente em ambiente crítico e instável, requer estreita colaboração entre os profissionais e envolve fatores interacionais, assim como sistêmicos e organizacionais. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar a colaboração interprofissional efetiva em cenário de cuidados críticos. **Material e Método:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado em Unidade de Terapia Intensiva/COVID-19 de um hospital público em Brasília-DF, realizado em duas etapas. Na 1ª etapa, houve uma abordagem qualitativa, que ocorreu por meio de observação sistemática. A 2ª foi quantitativa, na qual os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado e das Escalas de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe e de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional. **Resultados e Discussão:** Foram três meses de observação sistemática in loco. Neste período, foi possível identificar o processo efetivo de colaboração interprofissional - interações formais e informais no cotidiano da UTI. Na percepção dos participantes, os fatores que facilitam a colaboração interprofissional são: o respeito, a comunicação e a conhecimento. Ações urgentes e necessárias no contexto da UTI COVID-19 colocaram em evidência domínios da colaboração importantes para o funcionamento de uma equipe interprofissional, como o relacional, caracterizado pela mudança na composição da equipe, os processos de treinamento em face da imprevisibilidade de uma nova doença, o organizacional com a contratação emergencial de novos profissionais e aquisição de insumos, assim como o contexto local e mundial da COVID-19. Participaram 42 profissionais de saúde com idade entre 35 e 44 anos e tempo de prática na profissão de 16 anos. A avaliação da colaboração interprofissional na equipe apresentou escores estatisticamente significativos entre os profissionais que possuíam diferentes níveis de escolaridade, como a graduação e especialização ( $p \leq 0,05$ ). Quanto à atitude de colaboração interprofissional, não se observou diferença estatística entre os profissionais com diferentes níveis de escolaridade. Comparando a percepção da colaboração interprofissional versus tempo de prática na mesma equipe  $\leq 10$  e  $\geq 10$  anos, não houve diferença entre os grupos. **Conclusão:** Os desafios para a colaboração

interprofissional, no contexto de uma UTI COVID-19, foram transformados em oportunidades no sentido de assegurar uma melhor atenção à saúde, estabelecendo-se formas de interações que envolvem os domínios: relacional, processual, organizacional e contextual, necessários para uma colaboração efetiva.

**Descritores:** Relações interprofissionais. Educação interprofissional. Cuidados Críticos. SARS-CoV-2. COVID-19.

### ABSTRACT

**Introduction:** The demand for intensive care unit (ICU) beds has significantly increased during the COVID-19 pandemic. Patients affected by the virus rapidly deteriorate, requiring intensive care. The dynamics of work in complex situations, especially in critical and unstable environments, requires close collaboration between professionals and involves interactional, systemic, and organizational factors.

**Objective:** This study aims to analyze effective interprofessional collaboration in critical care settings. **Material and Method:** This is an exploratory and descriptive study conducted in the COVID-19 ICU of a public hospital in Brasília-DF, Brazil, conducted in two stages. In the first stage, there was a qualitative approach, which occurred through systematic observation. The second was quantitative, in which data were collected through a semi-structured questionnaire and the Interprofessional Collaboration Assessment Scale and Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration. **Results and Discussion:** There were three months of systematic observation in loco. During this period, it was possible to identify the effective process of interprofessional collaboration - formal and informal interactions in the ICU's daily life. In the participants' perception, the factors that facilitate interprofessional collaboration are respect, communication, and knowledge. Urgent and necessary actions in the context of the COVID-19 ICU highlighted domains of collaboration important for the functioning of an interprofessional team, such as the relational, characterized by the change in the team's composition, training processes in the face of the unpredictability of a new disease, organizational with the emergency hiring of new professionals and acquisition of supplies, as well as the local and global context of COVID-19. Forty-two healthcare professionals aged between 35 and 44 years and with 16 years of practice in the profession participated. The evaluation of

interprofessional collaboration in the team presented statistically significant scores among professionals with different levels of education, such as graduation and specialization ( $p \leq 0.05$ ). Regarding interprofessional collaboration attitude, no statistical difference was observed between professionals with different levels of education. Comparing the perception of interprofessional collaboration versus time of practice in the same team  $\leq 10$  and  $\geq 10$  years, there was no difference between the groups. **Conclusion:** The challenges for interprofessional collaboration in the context of a COVID-19 ICU were transformed into opportunities to ensure better healthcare, establishing forms of interactions that involve the necessary domains: relational, procedural, organizational, and contextual for effective collaboration.

**Key:** Interprofessional relations. Interprofessional education. Critical Care. SARS-CoV-2. COVID-19.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Formas de trabalho interprofissional.

**Figura 2** - Educação interprofissional e prática colaborativa em saúde.

**Figura 3** - Modelo conceitual do trabalho em equipe interprofissional.

**Figura 4** - Fatores que facilitam a colaboração interprofissional.

**Figura 5** - Desafios para a colaboração interprofissional nas equipes.

**Figura 6** - Tempo de trabalho na equipe atual versus Atitude frente à colaboração interprofissional versus percepção da realização interprofissional.

**Figura 7** - Análise da percepção da colaboração interprofissional entre as diferentes profissões e escolaridades.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Percepção dos participantes sobre os fatores que facilitam a colaboração interprofissional.

**Quadro 2** - Percepção dos participantes sobre os desafios para a colaboração interprofissional.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos.

**Tabela 2** - Escala de avaliação da colaboração interprofissional em equipe - AITCS II-BR. Valores em frequência absoluta (F) e frequência relativa (f).

**Tabela 3** - Escala de avaliação da colaboração interprofissional em equipe - Domínios da AITCS II-BR.

**Tabela 4** - AITCS II-BR por categoria profissional.

**Tabela 5** - Escala AITCS II-BR por categoria profissional.

**Tabela 6** – Escolaridade versus AITCS II-BR.

**Tabela 7** - Escores por profissões da EJARCI.

**Tabela 8** - Escolaridade versus EJARCI.

**Tabela 9** - EJARCI mensurada por medidas de tendência central.

**Tabela 10** - Tempo de trabalho na equipe atual e escore da Escala AITCS II – BR.

**Tabela 11** - Tempo de trabalho na equipe atual versus tempo de UTI versus atitude frente à colaboração interprofissional versus percepção da realização da colaboração interprofissional (total e entre domínios).

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AITCS II</b>	<i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II</i>
<b>AITCS II-BR</b>	Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CI</b>	Colaboração Interprofissional
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>EIP</b>	Educação Interprofissional
<b>EJARCI</b>	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
<b>EPI</b>	Equipamentos de Proteção Individual
<b>ESPIN</b>	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>GDF</b>	Governo do Distrito Federal
<b>GMG</b>	Governo de Minas Gerais
<b>HRAN</b>	Hospital Regional da Asa Norte
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>n</b>	Número de Participantes
<b>PC</b>	Prática Colaborativa
<b>PCR</b>	Parada Cardiorrespiratória
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>RCP</b>	Ressuscitação Cardiopulmonar
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>SES/DF</b>	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TPD</b>	Trabalho em Período Definido
<b>TOT</b>	Tubo Orotraqueal
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>VM</b>	Ventilação Mecânica

**SUMÁRIO**

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	OBJETIVOS	19
2.1.	Objetivo Geral	19
2.2.	Objetivos Específicos	19
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1.	Cenário de cuidados críticos	20
3.2.	O Trabalho em equipe na saúde	20
3.3.	Trabalho interprofissional em saúde – Equipe interprofissional	22
3.4.	Colaboração interprofissional	24
3.5.	Como mensurar a colaboração interprofissional - Instrumentos	27
3.5.1.	Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe	28
3.5.2.	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional	29
4.	MATERIAL E MÉTODO	30
4.1.	Tipo de estudo	30
4.2.	Local do estudo	30
4.3.	Participantes - População e amostra	31
4.4.	Coleta de dados - Procedimentos e instrumentos	31
4.4.1.	1ª Etapa	31
4.4.2.	2ª Etapa	32
4.5.	Análise de dados	33
5.	RESULTADOS	35
5.1.	Contexto de uma UTI COVID-19	35
5.2.	Caracterização dos participantes	37
5.3.	Atividades (eventos) formais e informais de interação	39
5.4.	Fatores que facilitam e dificultam a colaboração interprofissional	42
5.5.	Percepção dos profissionais acerca da colaboração interprofissional.	46
6.	DISCUSSÃO	58
7.	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXOS	73
	Anexo 1	73
	Anexo 2	78

APÊNDICE	98
Apêndice 1	98
Apêndice 2	99

## 1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no Brasil é garantida pela Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 refere que a “saúde é um direito de todos e o dever do Estado”. Em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei nº 8.080, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que é o sistema de saúde pública que atende à população brasileira de forma gratuita em seus três níveis de atenção (primário ou básico, secundário ou ambulatorial e terciário ou especializado)<sup>1</sup>. Cerca de 80% dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS para qualquer tipo de atendimento de saúde<sup>2</sup>.

O SUS é uma rede regionalizada e hierarquizada que organiza e articula ações e serviços de saúde ancorados nos princípios e diretrizes definidos com universalidade ao acesso, integralidade e equidade na assistência em todos os níveis de complexidade do sistema, como disposto no Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011<sup>3</sup>. Para se ter acesso ao SUS, pode-se utilizar como porta de entrada a atenção primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto<sup>3</sup>.

Peduzzi e colaboradores apud FARIA e colaboradores (2022)<sup>4(200)</sup>, reconhecem que o SUS é interprofissional “construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade e universalidade”. O manejo e a articulação dessas ações e serviços na complexidade do SUS já apontavam para a necessidade de uma ação integrada e colaborativa envolvendo diferentes profissionais de saúde. Nesse sentido, em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>5</sup> publicou o “*Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*” (tradução: Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa), que apresentou a experiência de uma década em vários países de Educação Interprofissional (EIP) e da Prática Colaborativa (PC). Esse documento tinha como objetivo, além de mostrar as experiências, fornecer aos formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde, pesquisadores, educadores e estudantes uma compreensão de como a EIP e PC funcionam em um contexto global para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para contribuir para a melhoria dos resultados em saúde<sup>6,7</sup>.

A EIP ocorre quando membros de duas ou mais profissões aprendem uns sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhoria dos resultados da saúde<sup>8</sup>. A PC, segundo a OMS, “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”<sup>5(13)</sup>. A Colaboração Interprofissional (CI), neste contexto, “ocorre quando dois ou mais indivíduos com diferentes experiências profissionais e habilidades complementares interagem para criar uma compreensão compartilhada à qual nenhum deles teria chegado sozinho”<sup>5(36)</sup>. O documento “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” destacou as contribuições da EIP e PC para enfrentar alguns desafios globais urgentes, como as ações de saúde em situações de crise humanitária<sup>6</sup>, como a COVID-19, que surpreendeu o mundo em 2020.

Com o advento do coronavírus, que teve início na China e rapidamente se alastrou pelo mundo, houve o registro do primeiro caso no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 e a primeira morte em 17 de março do mesmo ano. Para enfrentar a pandemia, foi necessário fortalecer a assistência à saúde, com ações para capacitação de recursos humanos e ampliação da cobertura do SUS<sup>9,10</sup>. A reestruturação do processo de trabalho, com a aproximação das equipes para aprimorar a assistência prestada e solucionar os desafios impostos pela COVID-19, foi imprescindível<sup>11</sup>. Para Nascimento e colaboradores (2022)<sup>12</sup>, a necessidade de planejamento e ampliação dos conhecimentos na pandemia proporcionou a realização do trabalho interprofissional.

Foram contratados profissionais de diferentes especialidades das áreas da saúde para enfrentar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Contudo, as portas de entrada do SUS não suportaram a demanda e a complexidade dos casos, visto que muitos pacientes evoluíam rapidamente seu quadro clínico<sup>11,13</sup>. Nesse cenário de pandemia, a procura por leitos de Unidades de Terapias Intensivas (UTI) aumentou significativamente. Os pacientes acometidos pela COVID-19 rapidamente agudizavam, necessitando de cuidados intensivos, abertura de novos leitos em todo o país e capacitação da força de trabalho em curto espaço de tempo para atuar nesses cenários de cuidado, integrando-se às equipes existentes ou organizando novas equipes, com a transferência de profissionais de saúde que atuavam em outros espaços para a UTI, a fim de suprir a necessidade<sup>9,10</sup>. Esse fenômeno não foi diferente no Distrito Federal (DF).

O arranjo de trabalho nos ambientes de cuidados críticos é desenvolvido por meio de equipes multiprofissionais, ou seja, quando diferentes profissionais da áreas

da saúde compartilham o ambiente de trabalho, prestando assistência a pacientes que se encontram em situações agudas ou crônicas, em falência de uma ou mais funções vitais, a partir de diferentes pontos de vista, cujo objetivo comum é o diagnóstico e o tratamento da situação<sup>14,15</sup>. Muitos profissionais de saúde acreditam que, com essa forma de arranjo, estão trabalhando de forma colaborativa, simplesmente por atuarem juntos com outros profissionais. Entretanto, estão trabalhando em grupo, no qual cada profissional utiliza de suas próprias habilidades para alcançar um objetivo comum<sup>5</sup>. Construir uma equipe interprofissional eficaz requer prudência no sentido de promover interações positivas que criem um ambiente de confiança, respeito e segurança<sup>16,17</sup>. Em face ao exposto, questiona-se como o contexto local (COVID-19) pode influenciar a colaboração interprofissional?

Segundo Reeves e colaboradores (2019)<sup>6(7)</sup>, “a colaboração interprofissional efetiva é essencial” em ambientes de UTI, devido à vulnerabilidade clínica dos pacientes, muitos dos quais não conseguem verbalizar as suas necessidades, combinada à complexidade tecnológica, característica singular desses ambientes<sup>6,18</sup>. A literatura considera que elementos da colaboração eficaz englobam metas e parcerias compartilhadas, incluindo papéis explícitos, complementares e interdependentes, respeito mútuo e compartilhamento de poder<sup>19</sup>. Nesse sentido, indaga-se como é possível identificar elementos relacionados à colaboração interprofissional em um ambiente de cuidados intensivos no contexto da pandemia COVID 19?

Estudiosos relatam que desenvolver a colaboração interprofissional na pandemia da COVID-19 é um importante mecanismo de reorganização do cuidado prestado, favorecendo uma melhor comunicação e um serviço mais preciso, seguro e efetivo, com redução de conflitos, erros e cooperação entre as equipes<sup>20</sup>. Compreender o papel e responsabilidade de cada profissão fortalece a interação, aprimora a comunicação e relacionamento entre a equipe, pacientes e família, garantindo a segurança e melhoria dos resultados de saúde<sup>5,21,22,23</sup>. Reeves e colaboradores (2019)<sup>6(14)</sup> afirmam que a “alta qualidade das interações interprofissionais está no centro de uma prática colaborativa eficaz”. A interação da equipe se torna necessária para promover o cuidado de qualidade, podendo melhorar o prognóstico do paciente<sup>23</sup>, respeitando cada profissão e contribuindo, assim, para o desenvolvimento da habilidade de tomada de decisão de forma rápida, colaborativa e

efetiva<sup>24</sup>. Nesta perspectiva, pergunta-se: quais são as formas da interação (formais e informais) entre as equipes que atuam em situações críticas e de risco?

O presente estudo justifica-se pela necessidade de desvelar como as equipes interagem e compartilham habilidades e conhecimentos ao atender pacientes acometidos pelo vírus Sars-Cov-2 em UTI, frente à exigência de ações emergenciais pela imprevisibilidade da doença e a sua complexidade, a fim de compreender como a colaboração interprofissional é desenvolvida. Nesse cenário, o objetivo deste estudo é analisar a colaboração interprofissional efetiva em cenário de cuidados críticos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Analisar a colaboração interprofissional efetiva em cenário de cuidados críticos.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Descrever o contexto de uma UTI de COVID-19;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde;
- Verificar as atividades (eventos) formais e informais de interação interprofissional e intraprofissional em equipes de situações críticas e de risco;
- Identificar os fatores que facilitam e dificultam a colaboração interprofissional;
- Compreender a percepção dos profissionais acerca da colaboração interprofissional.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. Cenário de cuidados críticos**

Em 1863, a precursora da Enfermagem Científica, Florence Nightingale, elencou procedimentos de cuidados aos pacientes e ao ambiente, observando a necessidade de distribuir os pacientes conforme sua gravidade, a fim de diminuir os riscos de contaminações cruzadas e amenizar a ansiedade dos pacientes<sup>25</sup>. Pacientes que requerem maior intensidade de cuidados e assistência de forma contínua e frequente são atendidos nesses ambientes de alta complexidade, denominados de UTI<sup>19,26</sup>. Esse cenário caracteriza-se como um espaço dinâmico, com grande pressão temporal, equipamentos e recursos tecnológicos de alta complexidade para monitorização contínua e atendimento das necessidades de pacientes graves, que requerem atenção especializada 24 horas por dia<sup>14,27</sup>.

O arranjo de trabalho nesse ambiente é estruturado em equipes multiprofissionais distribuídas em diferentes turnos. Essas equipes são constituídas por diferentes profissionais da área da saúde - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros - os quais compartilham o ambiente de trabalho e tomada de decisão, utilizando suas próprias habilidades a partir de diferentes pontos de vista para alcançar um objetivo comum: o diagnóstico e o manejo da condição crítica e assistência a pacientes que se encontram em situações agudas<sup>14,15,19,27</sup>.

O contexto da pandemia vivenciada no Brasil e no mundo, com alta demanda de pacientes em condições críticas, levou o Ministério da Saúde (MS) do Brasil a autorizar a habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrica pela Portaria nº 568, de 26 de março de 2020, a fim de atender exclusivamente aos pacientes com COVID-19 no país<sup>28</sup>. Essa alta demanda de pacientes críticos trouxe o desafio para o sistema de saúde de constituir equipes em um curto espaço de tempo para dar conta da emergência em saúde.

#### **3.2. O Trabalho em equipe na saúde**

O trabalho em equipe é uma estratégia de organização do trabalho que possibilita que metas sejam atingidas de modo eficaz, favorecendo o aumento do grau

de satisfação do trabalhador<sup>29,30</sup>. O trabalho em equipe na saúde organiza-se em uma “rede de relações de poder, saber, afeto, interesse e desejo entre pessoas”, envolvendo a colaboração e a cooperação entre os diferentes profissionais<sup>31(2)</sup>.

Nesse sentido, é necessário ter comunicação efetiva de forma clara e objetiva, para tomar decisões em conjunto com a equipe, em comum acordo a todos os membros, para a resolução de problemas. A equipe deve saber lidar com adversidades, prazos e metas, respeitando uns aos outros, com suas diferentes opiniões e ideias, a fim de favorecer na adaptação de diferentes situações e mudanças que possam ocorrer, na busca de um objetivo comum, colaborando com o trabalho de todos.<sup>29,30,31(2)</sup>.

Para construir uma equipe capaz de alcançar resultados significativos e sustentáveis, os membros necessitam combinar habilidades, conhecimentos e valores, que são competências fundamentais para a realização dos objetivos em conjunto. A habilidade é a capacidade que o profissional possui para realizar uma tarefa ou atividade de forma eficaz, é a combinação de aptidões e experiências que permite aos membros da equipe desempenhar uma tarefa com sucesso para a realização dos objetivos do grupo, complementando as habilidades de outros membros da equipe. O conhecimento é adquirido com experiências e informações que são obtidas ao longo da vida, auxiliando a equipe a tomar decisões, a resolver problemas complexos e a identificar soluções criativas e inovadoras para os desafios enfrentados. Já os valores podem influenciar as escolhas e decisões de uma pessoa. São baseados nas crenças, religião, educação e cultura, ajudando a estabelecer um ambiente de trabalho positivo e colaborativo, onde os membros da equipe se sintam valorizados e motivados a trabalhar juntos em busca de um objetivo comum<sup>29,30,32</sup>.

O trabalho em equipe na saúde é uma abordagem que vem sendo desenvolvida em todo o mundo há décadas. Acredita-se que tenha sido iniciado nos Estados Unidos na década de 1950, pela necessidade de um trabalho em equipe qualificado. Entretanto, sua ascensão foi vagarosa, pois os profissionais da saúde acreditavam que eram isoladamente responsáveis pela assistência prestada aos seus pacientes<sup>32,33,34</sup>.

No Brasil, o advento do trabalho em equipe na saúde ocorreu na década de 1980 com a criação do SUS, que definiu a reorganização do modelo de atenção à saúde que antes era centrado no médico e no hospital. A nova proposta era de uma atenção à saúde mais ampla, integral e centrada nas necessidades dos pacientes,

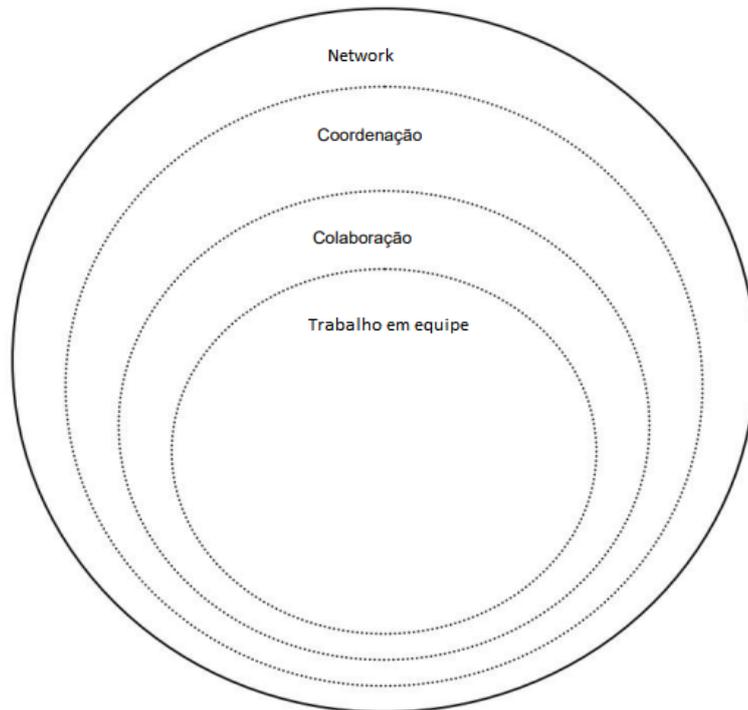
que pudesse ser realizada por equipes multidisciplinares de profissionais de saúde. Nesse segmento, a partir dos debates sobre a organização do sistema de saúde e dos modelos de atenção à saúde, teve início uma mudança na formação dos profissionais de saúde<sup>22,32,34,35</sup> despertando o reconhecimento de que uma saúde de alta qualidade é conquistada também quando se definem as tarefas e observam-se os contextos vivenciados, favorecendo a realização de boas práticas e protegendo contra qualquer obstáculo, não somente pelo trabalho individualizado, como ocorre na formação uniprofissional<sup>36</sup>.

Com a necessidade de formar profissionais de saúde preparados para realizar o trabalho em equipe, diversas iniciativas surgiram no Brasil após a criação do SUS, a fim de promover uma educação que busca a colaboração e comunicação entres as diferentes áreas da saúde no processo de formação<sup>33,34</sup>. Nessa perspectiva, foi iniciada a discussão sobre a EIP, que é uma modalidade de formação que envolve a colaboração e a integração entre as diferentes áreas profissionais da saúde durante o processo de formação, preparando o estudante para trabalhar em equipe e fornecer um atendimento centrado no paciente<sup>5,37</sup>. Reeves e seus colaboradores (2011) defendem que o trabalho em equipe pode ser considerado uma das formas de trabalho interprofissional<sup>8</sup>.

### **3.3. Trabalho interprofissional em saúde – Equipe interprofissional**

Reeves e colaboradores (2011) destacam que, no trabalho em equipe interprofissional, a colaboração interprofissional, a coordenação interprofissional e o *Network* (colaboração em rede), são tipologias do trabalho interprofissional<sup>8</sup> (Figura 1). Para definir a forma de organização mais eficaz da equipe, é necessário estar em consonância com a realidade do serviço de saúde para responder às necessidades locais. Para os autores, o trabalho interprofissional favorece a qualidade da assistência prestada, propiciando segurança ao paciente e ações mais efetivas, com clareza nos papéis de cada categoria profissional, resultando na redução da fragmentação do cuidado e minimizando disputas entre os diferentes atores<sup>38</sup>.

Figura 1 – Formas de trabalho interprofissional.



**Fonte:** REEVES et al, 2011 (Traduzido).

Para diferenciar as tipologias do trabalho interprofissional, os autores recomendam observar algumas características, a partir das seguintes dimensões-chave: objetivos claros da equipe, identidade de equipe compartilhada, comprometimento compartilhado da equipe, clareza de papéis, intensa interdependência das ações e integração entre os membros<sup>8,33</sup>.

A tipologia do trabalho em equipe interprofissional é identificada pela clareza nos objetivos a serem desenvolvidos, com comprometimento e identidade da equipe compartilhada, clareza, interdependência, compartilhamento de responsabilidade e integração entre os membros para se ter uma assistência de qualidade, visto que as tarefas geralmente imprevisíveis, urgentes e complexas<sup>8,33,39</sup>.

A Colaboração Interprofissional é a tipologia mais flexível do trabalho interprofissional. As atividades realizadas pela equipe são normalmente “um pouco mais previsíveis, menos urgentes e complexas”. Ocorrem menores níveis de compartilhamento e integração dos membros da equipe<sup>8,33,39</sup>. Contudo, “a colaboração é semelhante ao trabalho em equipe, pois exige responsabilidade compartilhada entre os indivíduos, alguma nível de interdependência entre os indivíduos e clareza de funções/objetivos”<sup>39(2)</sup>.

A coordenação é semelhante à colaboração, pois exige “responsabilidade compartilhada entre os indivíduos e clareza de papéis, tarefas e objetivos”<sup>39(2)</sup>. Porém, a comunicação entre os membros da equipe ocorre em menor frequência, assim como a integração. As atividades da equipe são previsíveis, menos complexas e não urgentes. Essa tipologia é utilizada nos gerenciamentos das informações, garantindo que o cuidado seja bem coordenado<sup>8,39</sup>.

Na tipologia caracterizada como *networking*, as atividades não são complexas ou urgentes. É uma rede que pode ocorrer de forma virtual, na qual os membros não precisam se encontrar face a face, pois a comunicação pode ocorrer de mediada por outros meios<sup>8,33,39</sup>.

### **3.4. Colaboração interprofissional**

A colaboração interprofissional, segundo Herbert apud Rose<sup>19(5)</sup>, “promove e otimiza a participação ativa de todas as profissões de saúde na tomada de decisões ancoradas nas necessidades do paciente, garantindo o respeito pelas contribuições dos membros da equipe”. A CI ocorre quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma que estes compartilhem os mesmos objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementaridade das ações em saúde<sup>25,39,40</sup>.

Segundo a OMS, a colaboração é a “sinergia” entre a prática colaborativa e a educação interprofissional<sup>5(36)</sup>. Profissionais de saúde que foram treinados com base na educação interprofissional constituem uma força de trabalho colaborativa e estão preparados para a prática (Figura 2).

Para a efetiva colaboração interprofissional, é fundamental a troca de informação entre a equipe, visando uma assistência na sua integralidade e promovendo um ambiente mais seguro para o paciente, reduzindo a duplicidade de procedimentos e focando na redução de erros. Isso demanda o desenvolvimento de comunicação entre os profissionais<sup>5,24,41</sup>.

Quando se trabalha em uma equipe que articula pontos de vista, troca de saberes e compartilhamento de informações, colaborando com os demais profissionais no desempenho das tarefas, o enfrentamento da situação do cuidado é facilitado<sup>42</sup>. Nessa perspectiva, o desejo de auxiliar com o trabalho coletivo diminui a competição, bem como as relações de poder entre os profissionais, que afetam a qualidade da assistência prestada aos usuários, famílias e comunidade<sup>43</sup>.

Figura 2 – Educação interprofissional e prática colaborativa em saúde.



**Fonte:** Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. OMS, (2010)

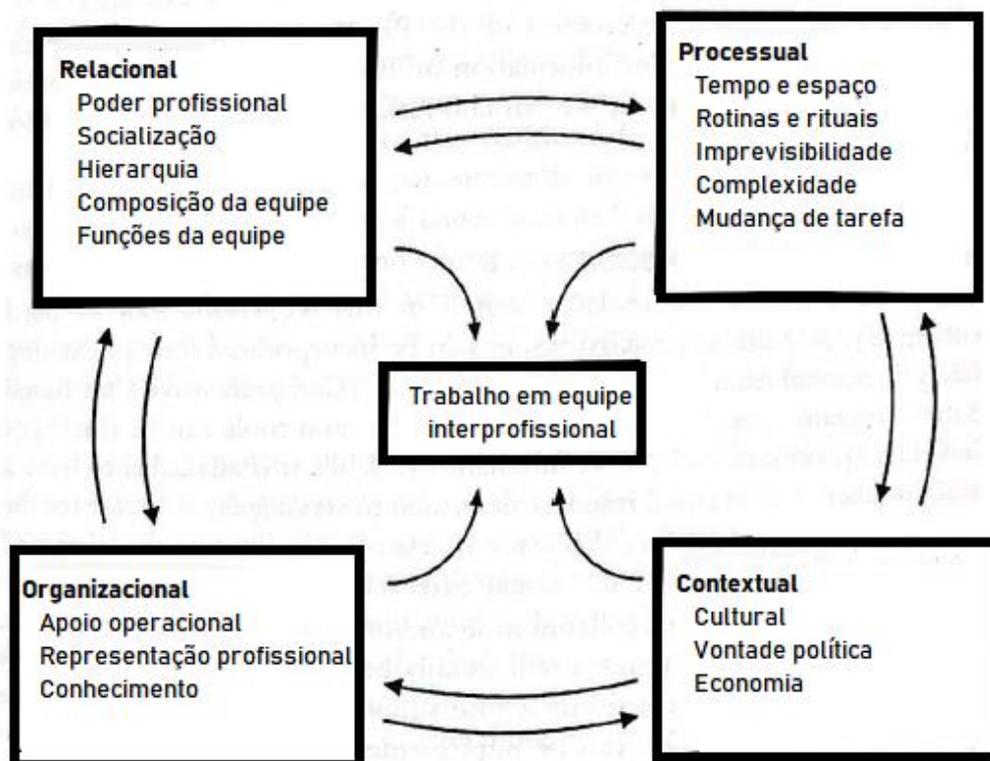
Freire Filho e colaboradores (2018) afirmam que com a CI, objetiva-se uma melhor comunicação entre os pares (diálogo, compartilhamento de ações e informações), visando a resolução dos problemas de saúde da população. Os autores destacam a importância de cada membro da equipe e a necessidade de reconhecer as atribuições de cada profissional<sup>44</sup>. De acordo com Matuda e colaboradores (2015)<sup>45(2512)</sup>, ao utilizar o termo CI, busca-se descrever a “natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma atenção à saúde mais abrangente”. Reeves e colaboradores (2019) apontam que a colaboração interprofissional efetiva “é essencial em ambientes de cuidados críticos, devido à vulnerabilidade clínica da população de pacientes, muitos dos quais podem não ser capazes de dar voz à sua preocupação e a complexidade de tecnologia nestes ambientes”<sup>6(7)</sup>.

A literatura destaca que a colaboração interprofissional é um fenômeno complexo e difícil de mensurar, pois existem diferentes fatores inter-relacionados<sup>6,19,20,46</sup>. Reeves e colaboradores (2011) ressaltam que tanto a função quanto o desempenho da equipe interprofissional podem ser influenciados por vários fatores – individual, profissional, organizacional, educacional e estruturais<sup>8</sup>. Fatores

sistêmicos e organizacionais podem ser tão importantes quanto os fatores interacionais individuais<sup>47</sup>.

Reeves e colaboradores (2011) identificaram no trabalho da equipe interprofissional quatro domínios<sup>8</sup> (Figura 3), cada um com fatores específicos associados: 1) relacional (fatores que podem influenciar as relações e o compartilhamento entre os profissionais, como as relações de poder, hierárquicas, socialização, composição da equipe, clareza de papéis, processo de trabalho da equipe – comunicação, comprometimento, confiança e respeito, conflito, estabilidade, disponibilidade e constituição da equipe); 2) processual (fatores que interferem na realização do trabalho em equipe interprofissional, como o tempo e espaço para comunicação, a instabilidade da situação clínica dos pacientes e os ritos para o atendimento); 3) organizacional (fatores que podem afetar o ambiente, a exemplo do suporte organizacional com insumos e outros recursos tecnológicos e de recursos humanos) e 4) contextual (fatores vinculados a situações políticas, econômicas ou sociais)<sup>17,18,46,47</sup>.

Figura 3 - Modelo conceitual do trabalho em equipe interprofissional.



Fonte: Reeves et al. (2010).

Os fatores, quando vistos de forma coletiva, “são todos os problemas interprofissionais que os membros das equipes de cuidados intensivos podem experimentar diariamente na prestação de cuidados”<sup>6(11)</sup>. Trabalhar juntos em colaboração como equipe interprofissional, segundo Manthous e colaboradores (2011)<sup>17</sup>, é uma habilidade desenvolvida ao longo do tempo por meio de práticas orientadas, as quais requerem a promoção de interações positivas, possibilitando a construção de um ambiente de confiança, respeito e segurança no cotidiano das unidades de cuidados críticos.

Estudiosos afirmam que além dos quatro domínios (relacional, processual, organizacional e contextual), a interação é um fator que pode comprometer a qualidade do trabalho interprofissional<sup>16,48</sup>. Arruda e Moreira relatam que “a interação entre os agentes implica: a articulação de diferentes áreas profissionais, trocas informais, parcerias, conhecimento da área profissional do outro e o reconhecimento, pelo outro, de sua necessidade para a atenção à saúde”<sup>49(207)</sup>.

Uma equipe integrada melhora os resultados de sobrevida dos pacientes, quando comparados a uma equipe onde não há uma boa interação ou seja, não trocam informações sobre o paciente e a comunicação é pouco efetiva<sup>24</sup>. A interação está relacionada ao ato de realizar comunicação entre dois indivíduos, livres de coação interna ou externa, a fim de coordenar seus planos de ação<sup>31</sup>. As interações da equipe tornam-se necessárias para promover o cuidado de qualidade, respeitando cada profissão, contribuindo assim com o desenvolvimento da habilidade de tomada de decisão de forma rápida, colaborativa e efetiva<sup>24</sup>.

### **3.5. Como mensurar a colaboração interprofissional - Instrumentos**

Na revisão da literatura realizada pelo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* em 2012, foram identificados 128 instrumentos voltados ao trabalho interprofissional, os quais avaliavam atitudes, conhecimentos e habilidades, comportamento, nível organizacional, satisfação do paciente e do gestor<sup>50</sup>.

No escopo do presente estudo, com o objetivo de compreender como ocorre a colaboração interprofissional em cenário de cuidados críticos, foram selecionados dois instrumentos traduzidos, adaptados e validados para o contexto brasileiro, a fim de mensurar a colaboração interprofissional: 1) Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) e 2) Escala Jefferson de Atitudes

Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI). O primeiro avalia a percepção dos profissionais de saúde, enquanto o segundo analisa a atitude, com a finalidade de identificar o comportamento dos membros da equipe em relação à colaboração interprofissional e à assistência prestada.

### **3.5.1. Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe**

A primeira versão da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) é a *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)* que é canadense e constituída de 37 assertivas, visando avaliar a percepção da colaboração interprofissional entre os membros da equipe, em quatro dimensões (cooperação, coordenação, tomada de decisão compartilhada e parceria). A versão atualizada em 2015, AITCS II, possuía 23 assertivas e três dimensões, com a mesma finalidade, mensurar a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe. Este instrumento foi traduzido para o alemão, espanhol, português, francês, ruandês e japonês.

A AITCS II-BR é uma versão validada e adaptada para o português brasileiro. O instrumento brasileiro foi objeto da tese de doutorado de Emanuella Pinheiro de Farias Bispo em 2020. Contém 23 itens distribuídos em três dimensões: oito itens na dimensão Parceria, oito itens na Cooperação e sete na dimensão Coordenação.

Orchard e colaboradores apud Bispo e Rossit (2020)<sup>51(20)</sup> afirmam que parceria envolve “compartilhar responsabilidades entre as partes, tomada de decisão compartilhada e planejamento compartilhado para intervenções”. Quando os profissionais compreendem as ações e os diferentes saberes, dentro dos limites de cada profissão, e realizam trocas de experiências para o bem comum, a fim de melhorar a qualidade do trabalho coletivo, demonstram cooperação. Quando a equipe otimiza o tempo e seus recursos, envolve a família e o paciente na assistência prestada e planeja atividades com e para a equipe, configura-se a Coordenação<sup>51</sup>.

Nessa perspectiva, as dimensões Parceria, Cooperação e Coordenação são características importantes para a realização da colaboração nas equipes. A avaliação dessas dimensões é essencial para mensurar a colaboração interprofissional. Para o julgamento, o instrumento utiliza a escala de Likert com cinco pontos: 1) Nunca; 2) Raramente; 3) Às vezes; 4) Frequentemente; e, 5) Sempre. As 23 afirmativas podem somar pontuações de 23 a 115<sup>51</sup>.

A partir da aplicação da AITCS II-BR, obtém-se os escores da mensuração da colaboração interprofissional, na percepção da equipe, em cada uma das dimensões individualmente. Esse diagnóstico possibilita o planejamento de intervenções (treinamento) com o objetivo de potencializar o desenvolvimento da prática interprofissional<sup>51</sup>.

### **3.5.2. Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional**

A Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) foi traduzida, adaptada ao contexto brasileiro e validada no Brasil por Marcelo Abed em 2015<sup>50</sup>. A adaptação foi baseada na *Jefferson scale of attitudes toward interprofessional collaboration* desenvolvida em 2014 por Mohammadreza Hojat e colaboradores, a qual foi testada e validada com 1.976 estudantes de diferentes profissões da saúde<sup>44,50</sup>.

A EJARCI tem como objetivo mensurar a atitude de colaboração interprofissional por meio de 20 itens que abordam as características do trabalho interprofissional, como comprometimento compartilhado da equipe, clareza de papéis, interdependência e integração entre os membros. Nesses itens, são também avaliados os fatores determinantes para o desenvolvimento da colaboração interprofissional, como o poder, respeito mútuo e comunicação<sup>50</sup>.

Os itens da EJARCI são mensurados a partir do nível de concordância ou discordância entre eles. A aferição da escala é realizada por meio de uma escala de Likert com sete pontos, em que o número um (1) representa discordo completamente e o sete (7) concordo completamente, a fim de avaliar a atitude dos profissionais de saúde em relação ao desenvolvimento do trabalho interprofissional<sup>50</sup>. Atitudes positivas são mensuradas por meio de escores que variam de 20 a 140 pontos<sup>50</sup>.

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de COVID19, em Brasília, Distrito Federal. O presente estudo foi desenvolvido em meio ao período de pandemia da COVID-19. A coleta de dados foi realizada entre maio de 2020 e maio de 2021. A pesquisa ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília – Campus Ceilândia (UnB – FCE) e da SES-DF/FEPECS, sob o CAAE nº 28614320.5.0000.8093 (Anexo 3), atendendo às normas éticas respaldadas em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

### **4.2. Local do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), um hospital público no DF, referência em Queimaduras e Cirurgia Plástica (lábio leporino), Crisdown (atendimento aos portadores da síndrome de down) e cirurgia bariátrica no DF. O HRAN possui originalmente 286 leitos de internações nas seguintes especialidades: Unidade de Clínica Médica; Unidade de Cirurgia Geral; Unidade de Cirurgia Vascular; Unidade de Cirurgia Plástica; Centro Cirúrgico; Centro Obstétrico; Maternidade; Banco de Leite; Internação da Ginecologia; Pediatria; Unidade Semi-Intensiva Neonatal; Unidade de Queimados e UTI Adulto.

Com o advento da COVID-19 e a primeira contaminação pela doença no DF em março de 2020, o HRAN tornou-se referência para atender pacientes contaminados pelo coronavírus, alterando o seu perfil original de atendimento. Para atender à nova demanda e garantir assistência aos pacientes agudizados pela doença que demandavam cuidados intensivos, houve aumento no quantitativo de leitos de terapia intensiva (de 10 leitos para 20 leitos).

### **4.3. Participantes - População e amostra**

A população foi constituída pelos profissionais de saúde (cirurgiões dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos) lotados na UTI do HRAN ou que prestavam serviços na unidade durante o período da realização do estudo. Foi identificada uma população de 106 profissionais de saúde.

Os profissionais foram convidados a participar de forma voluntária e consentida e foram informados de que a qualquer momento da pesquisa poderiam desistir de participar do estudo, sem que isso trouxesse ônus ao mesmo. Participaram do estudo os profissionais que atenderam aos critérios previamente estabelecidos.

Como critério de inclusão, foram definidos os profissionais que atuavam na assistência direta ao paciente por mais de 1 (um) ano na unidade em questão e que aceitaram participar após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão, foram considerados os profissionais que estiveram de licença ou férias no período da coleta de dados, ou que foram remanejados do hospital e/ou regional ou de unidade dentro do próprio hospital.

O desenho amostral foi constituído por 42 profissionais de diferentes categorias profissionais, incluindo enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia.

### **4.4. Coleta de dados - Procedimentos e instrumentos**

A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas sequenciais. A primeira foi uma abordagem qualitativa e a segunda foi a etapa quantitativa.

#### **4.4.1. 1ª Etapa**

Essa etapa foi desenvolvida por meio de observação sistemática, realizada pela pesquisadora que vivenciou de perto a rotina da unidade por três meses, pois foi convocada a trabalhar na UTI em função da necessidade de profissionais com a abertura dos novos leitos para atender a pandemia. Durante a coleta de dados, a pesquisadora realizou visitas esporádicas em diferentes dias da semana e turnos de funcionamento da unidade, o que possibilitou a observação das diferentes formas de

interação entre os profissionais. As observações foram registradas em um diário de campo (Apêndice 2- Protocolo de Observação no Campo) dos eventos de interesse.

Na observação sistemática, a variável de interesse foi a forma de interação entre profissionais, pacientes e familiares em momentos como: passagem de plantão; visita multiprofissional ou uniprofissional; discussão de caso beira leito; conversas na copa da unidade; assistência prestada ao paciente; contato remoto com familiares e outras formas de interação observadas no cotidiano da UTI. Nessa etapa, buscou-se ainda apreender a percepção dos participantes acerca dos fatores (facilitadores e desafios) que interferem na colaboração interprofissionais, por meio da resposta a duas questões abertas (55 e 56) do instrumento de coleta de dados (Anexo 2).

#### **4.4.2. 2ª Etapa**

Nessa etapa, foi aplicado um instrumento do tipo questionário semiestruturado dividido em três partes (Anexo 2). A primeira com 09 questões fechadas e abertas, com os dados sociodemográfico dos participantes.

A segunda parte com a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional (AITCS II-BR), validada para o contexto brasileiro, com o objetivo de apreender a percepção sobre a colaboração interprofissional. Essa escala constituída de 23 itens distribuídos em três domínios – Parceria, Cooperação e Coordenação. No domínio Parceria, foi possível apreender o compartilhamento de responsabilidades; a relação de comunicação entre os profissionais, o paciente e sua família; a interação dos membros envolvendo todos os atores ao cuidado prestado. No domínio Cooperação, foi possível mensurar o reconhecimento do papel de cada profissional; os objetivos comuns; a competição de poderes e sentimento de confiança entre as equipes. O domínio Coordenação foi caracterizado a partir da apreensão de metas; da definição de prática colaborativa interprofissional; da comunicação efetiva e da definição de liderança entre os membros da equipe. As respostas foram obtidas em uma escala em 5 níveis, que 5 significa - sempre, 4 - na maioria das vezes, 3 - ocasionalmente, 2 - raramente e 1 – nunca.

A terceira parte do instrumento foi constituído pela Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas a Colaboração Interprofissional (EJARCI), validada para o contexto brasileiro, cujo objetivo foi mensurar a atitude de colaboração interprofissional entre os participantes, composta de 20 itens. Os participantes

julgaram os itens em uma escala que variava entre sete níveis ordinais (um a sete) onde menor nível (01) era discordância total com a assertiva e o maior nível (07) concordância total. Na mensuração dos escores dessa escala, os itens 3, 5, 8, 9, 12, 15, 16 e 19 foram computados de forma inversa no somatório dos escores.

A coleta foi realizada por meio eletrônico, o instrumento foi disponibilizado aos participantes por meio do acesso ao link: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeZYVbsCgKEf\\_4hGq81wZqFSjRswJgD74XnLXJFY9IRLAAMA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeZYVbsCgKEf_4hGq81wZqFSjRswJgD74XnLXJFY9IRLAAMA/viewform?usp=sf_link). A divulgação do link de acesso ao instrumento foi realizada por meio de rede social (*WhatsApp*), e-mail e por QR code (Apêndice 1). Além disso, foi disponibilizado no quadro de avisos da unidade durante todo o período da coleta de dados. A pesquisadora também convidou pessoalmente os participantes e esclareceu os objetivos da pesquisa, as formas de acesso ao link e a importância de manifestar o assentimento no TCLE. Os participantes receberam instruções verbais e escritas ao acessarem o link na plataforma eletrônica.

#### **4.5. Análise de dados**

Os dados qualitativos, oriundos dos registros da observação sistemática e extraídos das duas questões abertas (55 e 56 - Anexo 2), foram organizados em quadros com a identificação dos participantes em uma sequência numérica. O processo de análise envolveu a organização, a codificação dos dados, categorização temática e inferência, seguindo as etapas da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016)<sup>52</sup>, que incluem: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) as inferências e interpretação dos resultados, considerando os objetivos do estudo.

Os dados quantitativos foram organizados em tabelas e gráficos, em variáveis nominais (sexo, profissão, cor da pele), ordinais (faixa etária, escolaridade, carga horária semanal e as escalas AITCS II-BR e EJARCI) e contínuas (tempo de prática na profissão, tempo de trabalho em cuidados críticos e com a equipe atual). Para o processamento dos dados e as análises estatísticas, foi utilizado o software estatístico *RStudio* (versão 2022.07.2). Na análise estatística descritiva, foram utilizadas medidas de frequência relativa e absolutas para variáveis categóricas e medidas de tendência central, como média, desvio padrão e escore mínimo e máximo para variáveis contínuas.

Visando verificar a normalidade dos dados e a homogeneidade de variâncias foram aplicados o teste de Shapiro-Wilk e o teste de Levene. Para a comparação das médias entre grupos, foi utilizado o teste t e a ANOVA. A partir da diferença de resultados observados da ANOVA, foi aplicado o teste de Post Hoc com múltiplas comparações no teste de Duncan. As variáveis com correlação foram identificadas a partir da aplicação do teste de correlação de Pearson (r). O nível de significância utilizado em todos os testes foi de 5% (valor de  $p \leq 0,05$ ).

Foi utilizado ainda o algoritmo de clusterização K-means, uma análise não supervisionada de *machine learning*, cujo objetivo foi obter uma classificação de informações a partir da mineração dos dados obtidos e identificar os grupos de variáveis mais relacionadas entre si. Nessa análise, foram utilizadas todas as variáveis quantitativas obtidas no estudo. Na definição do valor de k (k-Média), foi aplicado o método Elbow. Após a formação dos clusters, foi utilizado o teste t para comparação das médias, considerando estatisticamente significativas as diferenças com  $p \leq 0,05$ . O algoritmo k-means apontou que o valor do escore médio obtido pela escala AITCS II-BR foi a variável que mais contribuiu para a formação dos clusters. Em cada cluster, a categoria profissional e o grau de escolaridade de cada participante foram as características semelhantes para a formação dos clusters.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. Contexto de uma UTI COVID-19**

A necessidade de cuidados intensivos e a gravidade dos pacientes acometidos com COVID-19 no DF levou o serviço de saúde local a realizar mudanças na forma de prestar assistência e aumentar a capacidade de atendimento a esses pacientes. O hospital referência para os pacientes com coronavírus necessitou abrir mais 10 leitos de UTI para atender a demanda da região. Com isso, foram convocados profissionais da área de saúde de concurso público vigente. Alguns profissionais nomeados não possuíam expertise para área de UTI, como enfermeiros obstetras que assumiram concurso e foram lotados na UTI do HRAN. No mesmo sentido, profissionais lotados em outros setores do hospital, como centro cirúrgico e centro obstétrico, foram remanejados, e foram realizadas contratações temporários para compor o quadro de profissionais da UTI e atender a essa nova demanda. Cabe destacar, que tanto a abertura dos leitos quanto o remanejamento dos profissionais de outras unidades para a UTI ocorreram de forma emergencial. Dessa forma, foram alocados profissionais sem experiência no manejo com pacientes críticos e de risco.

Os pacientes com COVID-19 internados na UTI, em sua maioria, necessitavam de suporte ventilatório invasivo, sedação, uso de drogas vasoativas e hemodiálise, além de outros procedimentos, como a pronação para melhorar o padrão respiratório. Esses cuidados específicos demandam o aumento de horas de cuidados intensivos de todos os profissionais da equipe, bem como a necessidade de experiência dos profissionais para realização da assistência.

No início da pandemia contra o Coronavírus, não faltavam equipamentos de proteção individual (EPI's) para os profissionais. Foram realizados vários treinamentos para evitar contaminação durante a assistência, como o de paramentação e desparamentação dos profissionais. No decorrer da pandemia, houve escassez de EPI's. Nesse cenário, foi necessário estabelecer novas rotinas para a utilização desses, EPI's. Foram implementadas diferentes iniciativas no Brasil e no mundo, desde formas de processamento e esterilizações desses equipamentos até a realização de campanha pela gerência do hospital solicitando doações a fim de melhorar o cuidado com o profissional que ali trabalhava e seus pacientes.

Rotineiramente, eram realizadas coletas de material para exames, a fim de certificar que os profissionais atuantes na unidade não estivessem contaminados. Então, eram coletados testes rápidos de COVID-19 dos profissionais de saúde sem uma frequência pré-estabelecida, em uma rotina de aproximadamente 20 dias. Os testes rápidos não eram realizados em todos os turnos, desta forma, não havia garantia de que 100% dos servidores realizavam a testagem. Após alguns meses de pandemia, os testes rápidos da mesma forma que as EPIs, ficaram escassos.

Após muitas discussões em âmbito nacional sobre vacinação, o grupo prioritário para ser vacinado foi o dos profissionais de saúde da rede pública. Em janeiro de 2021, esses profissionais começaram a ser vacinados com a Vacina Coronavac da Sinovac em parceria com o Butantan.

Alguns profissionais contraíram o vírus, contribuindo assim para o desfalque da equipe, reduzindo o quantitativo de recursos humanos. As contaminações entre os profissionais tinham como consequência o aumento do absenteísmo, refletindo em sobrecarga da equipe, principalmente a de técnicos de enfermagem. Mesmo com contratações de novos servidores, o quantitativo de profissionais da unidade era reduzido quando comparado à demanda de cuidados desses pacientes. Por vezes, nos períodos noturnos, a situação se tornava mais crítica, a exemplo da existência de leitos disponíveis, mas não haviam profissionais para garantir o suporte ao paciente.

Apesar desses desafios, os profissionais continuavam com a rotina de cuidados, utilizando EPI's e seguindo as recomendações de proteção estabelecidas pelas agências reguladoras nacionais e internacionais. Durante o banho no leito, os profissionais se paramentavam com capotes ou macacões a fim de prevenir a contaminação. Ao final, um profissional borrifava álcool 70% no outro antes de desparamentar.

Em outubro de 2020, com a redução dos casos de COVID-19 no DF, a UTI, campo do estudo, deixou de receber pacientes com coronavírus. O quantitativo de leitos voltou à sua configuração original, com 10 leitos, para pacientes com quadro clínicos agravados por outras patologias. Nesse momento, uma porta que separava o pátio da UTI da área dos repousos, banheiros e copa, foi integrada ao espaço original. Os profissionais não mais utilizavam a paramentação exigida no período da pandemia e, dentre os EPIs, somente a máscara era item obrigatório durante o plantão. Até meados de março de 2021, a unidade permaneceu com pacientes clínico-cirúrgicos, nos quais observava-se, com maior frequência, momentos de descontração e

interação informal entre a equipe. Após março de 2021, com uma nova onda da doença, voltaram a internar pacientes positivos para a COVID-19, havendo necessidade de reabrir os 20 leitos.

Apesar de a pandemia não ter cessado em nenhum momento no DF e no Brasil, nos dois maiores picos de infecção, foram denominados como “ondas” – a primeira em 2020 e segunda no início de 2021. Durante a segunda onda, ocorreu mais uma vez escassez de EPI's, porém, com o acesso à vacina e novas informações sobre a doença, os profissionais não mais se paramentavam como no início da pandemia, utilizando capotes somente em procedimentos em contato com agentes biológicos. As visitas multiprofissionais não eram mais realizadas. Na segunda onda, o perfil etário dos pacientes mudou, enquanto na primeira idosos tinham mais predisposição para morrer com a doença, na segunda onda, jovens estavam indo a óbito, muitos até sem comorbidades.

## 5.2. Caracterização dos participantes

No dia 10 de abril de 2021, foi iniciada a coleta dos dados quantitativos, que perdurou até dia 28 de maio de 2021. Quarenta e cinco profissionais participaram do estudo, no entanto, durante a análise de dados, três participantes foram excluídos por não terem um ano de atuação com a equipe atual, sendo dois técnicos de enfermagem e uma psicóloga. Dessa forma, a amostra total resultante foi de 42 participantes para a análise final.

Tabela 1- Dados sociodemográficos.

(Continua)

VARIÁVEIS	Média (em anos)	DP
<b>Tempo de prática na profissão</b>	16,02	8,71
<b>Tempo em cuidados críticos</b>	11,59	8,52
<b>Tempo de trabalho com a equipe atual</b>	6,33	6,73
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	8	19
Feminino	34	81
<b>Faixa Etária (anos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
25 – 29 anos	1	2,4
30 – 34 anos	6	14,3

Tabela 1- Dados sociodemográficos.

	(Conclusão)	
<b>Faixa Etária (anos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
35 – 39 anos	11	26,2
40 – 44 anos	12	28,6
45 – 49 anos	5	11,9
50 – 54 anos	4	9,5
55 – 59 anos	2	4,8
Acima de 60 anos	1	2,4
<b>Profissão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cirurgião Dentista	1	2,4
Enfermeiro	8	19,2
Farmacêutico	1	2,4
Fisioterapeuta	5	11,9
Fonoaudiólogo	1	2,4
Médico	4	9,5
Nutricionista	4	9,5
Psicólogo	1	2,4
Técnico de enfermagem	17	40,8
<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ensino médio	6	14,3
Graduação	6	14,3
Especialização	24	57,1
Mestrado	6	14,3
<b>Cor da pele</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Branca	22	52,4
Parda	14	33,3
Preta	5	11,9
Outros	1	2,4
<b>Carga horária semanal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
20 horas	5	11,9
40 horas	29	69
60 horas	4	9,5
70 horas	2	4,8
76 horas	1	2,4
100 horas	1	2,4

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Dos 42 participantes (Tabela 1), 25 da equipe de enfermagem, sendo 17 técnicos de enfermagem e 08 enfermeiros. Além disso, participaram 05 fisioterapeutas, 04 médicos, 04 nutricionistas e 04 profissionais de outras áreas - farmácia (01), fonoaudiologia (01), psicologia (01) e odontologia (01).

Entre os participantes, 34 (81%) eram do sexo feminino e 08 (19%) do sexo masculino. Dos 08 profissionais do sexo masculino, 01 era enfermeiro, 02 fisioterapeutas, 03 médicos e 02 técnicos de enfermagem. As idades variaram de 25 a acima de 60 anos, sendo a maioria com idades de 35 a 44 anos, totalizando 23 (55,2%) participantes. Vinte e dois participantes (52,4%), se declararam brancos. Vinte e quatro participantes (57,1%), possuíam especialização como nível de escolaridade. Todos os profissionais de nível superior possuíam alguma especialização, independentemente de seu cargo exigir ou não pós-graduação para a atuação. Vinte e nove (69%) dos participantes trabalhavam 40 horas semanais.

A maioria dos profissionais (52,8%) tinha mais de 15 anos de profissão entre as nove categorias profissionais distintas. Vinte e quatro (57,6%) participantes possuíam 10 anos ou menos de prática em unidade de cuidados críticos. Vinte e seis profissionais, o equivalente a 62,4%, possuíam cinco anos ou menos de trabalho com a equipe atual.

### **5.3. Atividades (eventos) formais e informais de interação**

Na UTI, todos os EPIs ficavam em uma sala destinada para a paramentação, para que aqueles que fossem acessar o pátio da unidade estivessem devidamente paramentados. As trocas de plantões eram os momentos em que se podia ver as pessoas com menos equipamentos de proteção (*faceshield*, máscara, gorro, capote e etc.), pois, quando já estavam devidamente paramentados, por vezes não era possível reconhecer quem eram os profissionais, já que todos estavam sempre cobertos por itens de proteção que dificultavam a identificação.

Nas trocas de turnos, os profissionais se auxiliavam no processo de paramentação e desparamentação, ajudando uns aos outros ou lembrando ao colega que esqueceu algum item necessário para sua proteção. É interessante observar a preocupação de um profissional com o outro, pois se um se contaminasse, haveria mais risco de contaminar a equipe. Essas interações ocorriam de maneira rápida, sendo elas intra ou interprofissionais.

Uma das estratégias sanitárias utilizadas para evitar a disseminação da contaminação foi a proibição das visitas aos pacientes internados com coronavírus pelo Governo do Distrito Federal (GDF), a fim de diminuir o risco de os familiares e amigos dos pacientes se contaminarem. Então, o contato dos pacientes com seus

familiares era limitado. Entretanto, diariamente, a equipe médica entrava em contato via telefone com os responsáveis pelos pacientes para divulgar o quadro clínico, e a equipe multiprofissional, sempre que possível, realizava chamadas de áudio ou vídeo-chamadas, muitas vezes de seus telefones particulares, para que os pacientes falassem e/ou escutassem seus familiares, como forma de promover um conforto emocional.

No início de um plantão, a equipe de técnicos de enfermagem estava realizando a passagem de plantão quando um paciente que seguia com quadro grave evoluiu para uma parada cardiorrespiratória (PCR). Foi constatado pela técnica no monitor uma assistolia, e logo comunicado aos demais membros da equipe. A enfermeira, ao se aproximar do leito, trouxe consigo o carrinho de parada. O técnico que estava no leito ao lado prontificou-se a ajudar e iniciou as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Para reverter a PCR, o médico e o fisioterapeuta se posicionaram para auxiliar na ressuscitação. O líder da interação clínica interprofissional no momento foi o médico, que se revezava com os técnicos de enfermagem nas manobras de RCP. A enfermeira ficou monitorando o tempo e administrando as medicações, o fisioterapeuta manipulando a Ventilação Mecânica (VM) e com os cuidados no Tubo orotraqueal (TOT). Apesar das condições clínicas do paciente, a equipe demonstrava esperança de reverter o quadro. O paciente permaneceu em assistolia por cerca de 20 minutos. Logo após, seus batimentos normalizaram com ritmo sinusal. No entanto, evoluiu para mais outras duas PCR, sendo que na primeira teve êxito nas manobras de RCP. Contudo, na segunda, pelo prognóstico ruim, o paciente veio a óbito.

Em meio às situações tristes, os profissionais tentavam obter momentos de interação informal para amenizar o clima de apreensão que pairava na UTI. A copa do setor era um local que era utilizado, por vezes, para socializar e até mesmo discutir assuntos relacionados ao ambiente de trabalho. Esse é um espaço pequeno que comporta, no máximo, cinco pessoas, que não conseguiam ficar com mais de 1 metro de distanciamento. Durante o horário de almoço, os profissionais se dividiam para almoçar para não deixar o setor descoberto. No entanto, devido ao tamanho da copa, às vezes se via profissionais pelo corredor esperando os colegas terminarem para entrar no ambiente. Muitos iam se alimentar no repouso, ou ocorria de ultrapassar o quantitativo máximo de pessoas que podem permanecer no local, pois precisavam voltar ao trabalho.

O espaço físico da unidade não disponibilizava, além da copa e dos repousos, um ambiente propício para os profissionais interagirem, seja de conteúdo social ou clínico. Em seus momentos de repouso, normalmente as interações, quando ocorriam, eram mais de forma intraprofissional, pois os repousos são divididos por categorias profissionais. Por vezes, os profissionais utilizavam o repouso para realizar a passagem de plantão ou discutir assuntos pertinentes a algum paciente.

Os profissionais se dividiam na madrugada para descansarem e mantinham sempre um profissional na assistência aos pacientes, principalmente a equipe de enfermagem, que é a categoria profissional que se mantém por mais tempo na assistência direta ao paciente crítico. No momento do descanso, mesmo com o distanciamento recomendado entre as camas, a maioria dos profissionais dormia de máscaras, por se tratar de um ambiente fechado, a fim de evitar a contaminação entre os colegas.

Na realização do procedimento de banho no leito, dois técnicos de enfermagem estavam prestando assistência a um paciente em uso de traqueostomia sob ventilação mecânica. Ao final do banho, pela movimentação realizada, e apesar de já terem aspirado, os técnicos acharam conveniente chamar o fisioterapeuta, pois o paciente começou a apresentar desconforto respiratório. O fisioterapeuta realizou a fisioterapia respiratória e propôs ao médico do plantão que aumentasse a sedação, assim ele poderia ajustar os parâmetros ventilatórios e o paciente respiraria melhor. Essas interações interprofissionais favoreceram o paciente, que melhorou seu padrão respiratório no final.

Ao final da manhã, quando os principais procedimentos de rotina já haviam sido realizados, ocorriam as visitas multiprofissionais, conduzidas pelo médico rotineiro da unidade, que liderava a visita naquele momento. De leito em leito, os profissionais compartilhavam informações sobre o quadro clínico de cada paciente e tomavam decisões sobre mudanças de conduta. Além do médico rotineiro, havia o médico plantonista, responsável por prescrever e prestar assistência direta ao paciente, bem como o enfermeiro, o fisioterapeuta e o técnico que estavam presentes durante todo o plantão. Outros profissionais que prestavam assistência aos pacientes também participavam das visitas.

#### 5.4. Fatores que facilitam e dificultam a colaboração interprofissional

Os diferentes fatores que facilitam a colaboração interprofissional, na percepção dos participantes, estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Percepção dos participantes sobre os fatores que facilitam a colaboração interprofissional.

(Continua)

<b>Participantes</b>	<b>Quais fatores facilitam a colaboração interprofissional no seu cotidiano?</b>
ID 1	Respeito, humildade, dedicação.
ID 2	Informação, educação, comunicação.
ID 3	Respeito, ética e profissionalismo.
ID 4	Respeito, empatia, ética e responsabilidade.
ID 5	Respeito, colaboração e disciplina.
ID 6	Um bom líder, uma boa equipe e insumos para trabalhar.
ID 7	Empatia, respeito, colaboração.
ID 8	Liderança, respeito profissional e conhecimento técnico-científico.
ID 9	Comunicação efetiva, objetivos em comum (querer a melhora do paciente), espírito de equipe.
ID 10	Respeito, conhecimento e boa comunicação.
ID 11	Boa comunicação, iniciativa e aprendizado constante.
ID 12	Conhecimento, profissionalismo, segurança.
ID 13	Comunicação, interação e respeito.
ID 14	Insumo, um local salubre e respeito.
ID 15	Identificação da profissão, respeito, colaboração, equidade.
ID 16	Trabalho em equipe, respeito, compromisso.
ID 17	Respeito, diálogo, empatia.
ID 18	Simplificação, praticidade e colaboração.
ID 19	Respeito, conhecimento e humildade.
ID 20	Comunicação efetiva, participação da equipe como um todo no cuidado do paciente e prestar a assistência focada em todas as necessidades do paciente.
ID 21	Comunicação, educação.
ID 22	Diálogo, tempo e disponibilidade.

Quadro 1 – Percepção dos participantes sobre os fatores que facilitam a colaboração interprofissional.

(Conclusão)

<b>Participantes</b>	<b>Quais fatores facilitam a colaboração interprofissional no seu cotidiano?</b>
ID 23	Equipe aberta, ter um médico que busca discutir os casos e ter um hospital de ensino.
ID 24	Visita multiprofissional, discussão de casos, número adequado de profissionais/paciente, educação continuada, espírito de equipe disseminado entre os membros.
ID 25	Humildade.
ID 26	Comunicação, respeito e ajuda mútua.
ID 27	Diálogo, empatia, respeito.
ID 28	Respeito, responsabilidade e conhecimento.
ID 29	Unidade fechada UTI, coordenação empática, tempo de profissão.
ID 30	Comunicação, trabalho em equipe, respeito.
ID 31	Diálogo, reunião e cooperação.
ID 32	Comunicação entre a equipe de saúde, reunião entre a equipe multiprofissional.
ID 33	Ouvir, aperfeiçoamento, disposição.
ID 34	A comunicação, o respeito e o trabalho em equipe.
ID 35	Fator ético e moral, de compreender que ninguém é exclusivamente detentor do saber, ou seja, respeito ao próximo.
ID 36	Respeito, conhecimento e dedicação.
ID 37	Comunicação.
ID 38	Humildade, respeito, responsabilidade.
ID 39	Nenhum pois não há essa colaboração.
ID 40	Boa relação entre colegas de diferentes profissões, boa vontade dos profissionais para melhor conduzir o tratamento dos pacientes, liderança de equipe com qualidade.
ID 41	Comunicação, conhecimento e responsabilidade.
ID 42	Clima organizacional; existência de programa de residência multiprofissional na unidade.

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

A percepção dos desafios para o desenvolvimento da colaboração interprofissional, são apresentadas no (Quadro 2).

Quadro 2 – Percepção dos participantes sobre os desafios para a colaboração interprofissional.

(Continua)

<b>Participantes</b>	<b>Quais os desafios para a colaboração interprofissional nas equipes?</b>
ID 1	Falta de liderança.
ID 2	Organização, gerência, consistência.
ID 3	Diferença salarial, corporativismo médico.
ID 4	Responsabilidade, compromisso, ética.
ID 5	Chefia consciente das responsabilidades da equipe.
ID 6	Comunicação, envolvimento e bom resultado.
ID 7	O respeito mútuo. Saber que cada um tem o seu papel e que todos são importantes para o processo.
ID 8	Coesão entre os grupos, comunicação efetiva, maior adesão ao processo.
ID 9	Passagem de plantão falha, cansaço físico, sobrecarga emocional.
ID 10	Dificuldade na comunicação, falta de recursos e falta de educação continuada.
ID 11	Rotinas, iniciativa e aprendizado atualizado.
ID 12	Disciplina, educação continuada, união.
ID 13	Conduta, conhecimento técnico científico, comunicação.
ID 14	Comunicação, respeito e equipe.
ID 15	Falta de comunicação, faltar de respeito ao colega, se colocar no lugar do cliente para entender suas dores e vontades, respeito às diferenças.
ID 16	Conhecimento, empatia, respeito.
ID 17	Conhecimento, consenso, marco legal.
ID 18	Coordenação simplificação agilidade.
ID 19	Comunicação.
ID 20	Conseguir envolver toda a equipe, envolver o paciente no seu cuidado e falta de comunicação eficaz.
ID 21	Respeito aos profissionais.
ID 22	Profissionais se acharem superiores, falta de profissionais e tempo.
ID 23	Sobrecarga de trabalho, cultura de que o médico é um líder sempre e profissionais que não acreditam na importância da intervenção da equipe.
ID 24	Assistência médico-centrada, número insuficiente de profissionais, formação deficiente dos profissionais não só em relação ao trabalho em equipe, mas também em relação à parte técnica específica para não se sentir testado/avaliado pelos demais profissionais.

Quadro 2 – Percepção dos participantes sobre os desafios para a colaboração interprofissional.

(Conclusão)

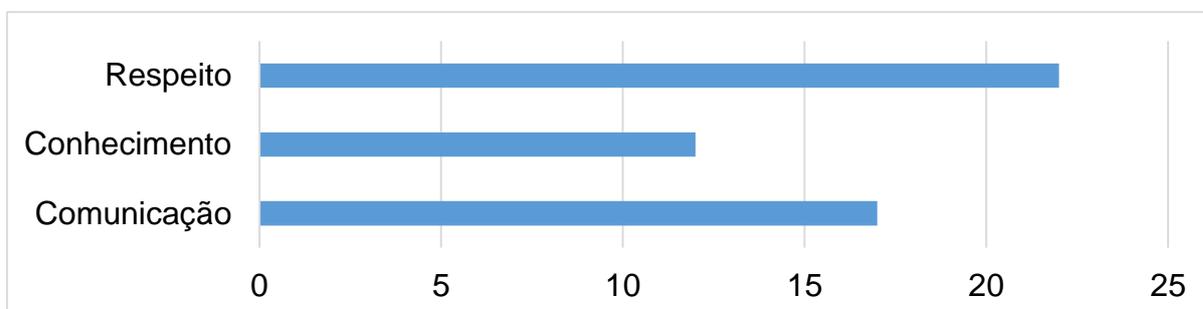
Participantes	Quais os desafios para a colaboração interprofissional nas equipes?
ID 25	Resiliência.
ID 26	Aceitação, resiliência e humildade.
ID 27	Rotina de discussão, definição de metas, capacitação.
ID 28	Qualidade na prestação do atendimento, humanidade e empatia.
ID 29	Médicos não empáticos. Estafa profissional devido excesso de trabalho. Falta de comunicação efetiva.
ID 30	Comunicação, trabalho em equipe, empatia
ID 31	Falta de diálogo, não existir equipe fixa (muitos profissionais fazem Trabalho em Período Definido - TPD) e supremacia da equipe médica independente da situação.
ID 32	Saber discernir as diferenças de opiniões com relação aos cuidados aos pacientes. Compreender e saber ouvir a opinião dos outros membros da equipe.
ID 33	Ver alguma negligencia, desinteresse
ID 34	O respeito por todos os colaboradores, priorizar sempre o paciente, escutar a equipe como um todo
ID 35	Relação interpessoal, que na maioria das vezes é dificultada por fatores culturais, pois nosso modelo assistencial tem arcabouço primitivo, centrado na figura do médico, sendo, único e exclusivo conhecedor do processo de adoecimento, terapêutica e cura. O próprio "Ato médico", subjuga, e coloca em condições de subserviência, o conhecimento de todas as demais categorias profissionais de saúde.
ID 36	Hierarquia, falta de compromisso e autoritarismo.
ID 37	Falta de comunicação.
ID 38	Superar as vaidades.
ID 39	Muitos. Conhecimento de causa e efeito, humanismo e motivação
ID 40	Comunicação efetiva, estabelecimento de metas a serem atingidas e protocolos de atendimento unificados para a boa condução dos casos
ID 41	Dedicação, tempo, diálogo.
ID 42	Gestão de pessoas; programas de capacitação, cultura organizacional.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Após a organização e codificação dos dados, foi realizada a categorização temática a partir dos termos recorrentes e a frequência que apareceram. Dos fatores

que facilitam a colaboração interprofissional, destacam-se o Respeito, a Comunicação e o Conhecimento, conforme apresentado na Figura 4.

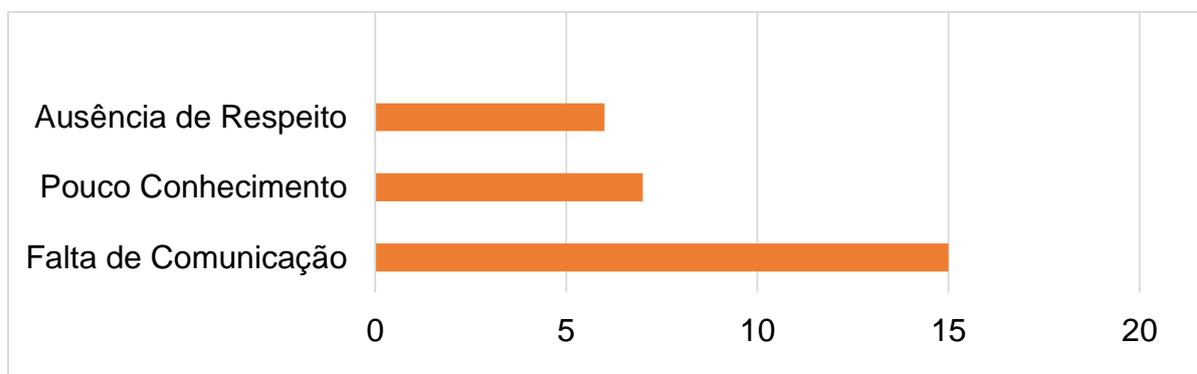
Figura 4 - Fatores que facilitam a colaboração interprofissional.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Na percepção dos participantes, os desafios para a colaboração interprofissional nas equipes estão associados às seguintes categorias temáticas: Ausência de respeito; Pouco conhecimento Falta de comunicação (Figura 5).

Figura 5 - Desafios para a colaboração interprofissional nas equipes.



Fonte: Dados da Pesquisa.

### 5.5. Percepção dos profissionais acerca da colaboração interprofissional.

A tabela 2 demonstra os resultados da percepção dos participantes em relação à escala AITCS II-BR. Dezenove participantes afirmaram que frequentemente “escutam os desejos dos pacientes”. Nenhum dos participantes julgou que sempre “coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de

cuidado do paciente”. Dezoito profissionais avaliaram que frequentemente “utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente”. A maioria dos profissionais afirmou que frequentemente “respeitam-se e confiam uns nos outros” e que “entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe”. Dezenove profissionais avaliaram que às vezes “aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática”. Dezoito profissionais analisaram que nunca “apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe”. Dezesesseis participantes julgaram que às vezes “defendem que o líder da equipe varia dependendo das necessidades dos pacientes”.

Tabela 2 - Escala de avaliação da colaboração interprofissional em equipe - AITCS II-BR. Valores em frequência absoluta (F) e frequência relativa (f).

(Continua)

<b>Quando estamos trabalhando em equipe, todos os membros da minha equipe(...)</b>					
<b>AITCS II – BR</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara-mente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequente-mente</b>	<b>Sempre</b>
<b>PARCERIA</b>					
(...) incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão.	03 7,1%	05 11,9%	10 23,8%	14 33,3%	10 23,8%
(...) ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe.	01 2,4%	08 19%	11 26,2%	19 45,2%	03 7,1%
(...) encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente.	04 9,5%	16 38,1%	11 26,2%	09 21,4%	02 4,8%
(...) coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado do paciente.	10 23,8%	14 33,3%	12 28,6%	06 14,3%	0
(...) utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente.	0	08 19%	11 26,2%	18 42,9%	05 11,9%
(...) estão envolvidos na definição de metas para cada paciente.	02 4,8%	11 26,2%	12 28,6%	14 33,3%	03 7,1%
(...) incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado.	05 11,9%	12 28,6%	16 38,1%	05 11,9%	04 9,5%
(...) trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado.	06 14,3%	15 35,7%	11 26,2%	06 14,3%	04 9,5%

Tabela 2 - Escala de avaliação da colaboração interprofissional em equipe - AITCS II-BR. Valores em frequência absoluta (F) e frequência relativa (f).

AITCS II – BR	(Conclusão)				
	Nunca	Rara- mente	Às vezes	Frequente- mente	Sempre
<b>COOPERAÇÃO</b>					
(...) compartilham poder uns com os outros.	02 4,8%	08 19,0%	16 38,1%	13 31,0%	03 7,1%
(...) respeitam-se e confiam uns nos outros.	0	02 4,8%	14 33,3%	22 52,4%	04 9,5%
(...) são abertos e honestos uns com os outros.	0	05 11,9%	17 40,5%	18 42,9%	02 4,8%
(...) refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções.	01 2,4%	08 19,0%	11 26,2%	09 45,2%	03 7,1%
(...) esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.	01 2,4%	06 14,3%	16 38,1%	15 35,7%	04 9,5%
(...) entendem os limites/especificidades do que cada um pode fazer.	0	05 11,9%	15 35,7%	18 42,9%	04 9,5%
(...) entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.	0	05 11,9%	13 31,0%	23 54,8%	01 2,4%
(...) estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe.	01 2,4%	0	16 38,1%	21 50,0%	04 9,5%
<b>COORDENAÇÃO</b>					
(...) aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática.	04 9,5 %	07 16,7%	19 45,2%	09 21,4%	03 7,1%
(...) distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.	05 11,9%	09 21,4%	14 33,3%	11 26,2%	03 7,1%
(...) incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.	09 21,4%	10 23,8%	11 26,2%	11 26,2%	01 2,4%
(...) utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.	04 9,5%	12 28,6%	11 26,2%	11 26,2%	4 9,5%
(...) defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.	08 19%	07 16,7%	16 38,1%	10 23,8%	01 2,4%
(...) escolhem juntos o líder para a equipe.	16 38,1%	12 28,6%	10 23,8%	03 7,1%	01 2,4%
(...) apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.	18 42,9%	12 28,6%	07 16,7%	05 11,9%	0

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 3 coloca em evidência que a cooperação foi o domínio com escores mais altos quando comparados aos demais domínios.

Tabela 3 - Escala de avaliação da colaboração interprofissional em equipe - Domínios da AITCS II-BR.

<b>Domínios AITCS II</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Parceria</b>	3	3	3,00	1,13
<b>Cooperação</b>	4	4	3,44	0,85
<b>Coordenação</b>	3	3	2,69	1,16
<b>Escore Total</b>	3	3	3,04	1,10

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quando analisada a percepção dos profissionais de forma individualizada, observou-se que o número de participantes de algumas categorias profissionais era menor (Tabela 4). Este fator pode ser explicado pela normativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA - Resolução nº 07, de 24 de fevereiro de 2010), a qual, por exemplo, define que não é obrigatória a lotação exclusiva de farmacêuticos, fonoaudiólogos, cirurgiões dentista, nutricionistas e psicólogos em UTI. Por essa razão, esses profissionais foram agrupados na categoria "Outros profissionais".

Os dados por categoria profissional foram distribuídos por domínio e analisados por meio de medidas de tendência central e do teste estatístico ANOVA com nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ), conforme descrito na tabela 4. A média dos escores, quando distribuídas entre os três domínios da AITCS II-BR - Parceria, Cooperação e Coordenação – mostrou que a categoria "Outros Profissionais" apresentou maior escore nos domínios Parceria e Cooperação. Já a categoria profissional com menor média nos domínios Cooperação e Parceria foi a dos fisioterapeutas.

Tabela 4 - AITCS II-BR por categoria profissional.

(Continua)

<b>Parceria</b>				
<b>Profissionais</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Valor p</b>
Enfermeiro	8	21,38	4,93	0,116
Fisioterapeuta	5	18,4	6,27	
Médico	4	25,25	8,73	
Técnico de enfermagem	17	25,76	6,74	
Outros Profissionais	8	26	4,21	

Tabela 4 - AITCS II-BR por categoria profissional.

(Conclusão)

<b>Cooperação</b>				
<b>Profissionais</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Valor p</b>
Enfermeiro	8	25,5	4,69	0,238
Fisioterapeuta	5	24,8	8,23	
Médico	4	25,5	6,56	
Técnico de enfermagem	17	29	4,77	
Outros Profissionais	8	29,38	2,5	
<b>Coordenação</b>				
<b>Profissionais</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Valor p</b>
Enfermeiro	8	14,88	5,33	0,159
Fisioterapeuta	5	15,2	6,22	
Médico	4	18,25	8,26	
Técnico de enfermagem	17	20,82	6,04	
Outros Profissionais	8	18,62	5,07	

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Quando observadas as categorias profissionais em relação à média total da Escala AITCS II-BR, não foi constatada diferença estatística significativa ( $p \geq 0,05$ ) entre elas (Tabela 5).

Tabela 5 – Escala AITCS II-BR por categoria profissional.

<b>Profissão</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Escore Inferior</b>	<b>Escore Superior</b>	<b>Valor de p</b>
Enfermeiros	8	61,75	12,28	41	80	0,119
Fisioterapeutas	5	58,40	19,89	31	80	
Médicos	4	69	22,2	55	102	
Técnicos de enfermagem	17	75,59	15,74	44	96	
Outros profissionais	8	74	10,20	62	89	

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Ao comparar as médias da escolaridade e os escores obtidos na escala de AITCS II-BR, observou-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre a média das pontuações e a escolaridade informada (Tabela 6). Após a aplicação do teste post hoc, constatou-se que há diferença entre a média de AITCS II-BR dos participantes que possuem graduação e a média dos que possuem especialização ( $p \leq 0,05$ ), no nível de significância de 5%.

Tabela 6: Escolaridade versus AITCS II-BR

Escolaridade	N	Média	DP	Escore Inferior	Escore Superior	Valor p	Valor de p post hoc
Ensino Médio	6	78,5	13,98	61	96		
Graduação**	6	82,33	12,44	62	96	0,05*	0,032**
Especialização**	24	66,17	15,35	41	102		
Mestrado	6	64,33	18,8	31	80		

**Legenda:** \*valor de p estatisticamente significante ANOVA, ao nível significância de 5%.

\*\* valor de p para teste post hoc de múltiplas comparações de Duncan, ao nível significância de 5%.

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Na análise da atitude de colaboração pela escala EJARCI, verificou-se uma atitude mais positiva em relação ao trabalho interprofissional na categoria profissional dos fisioterapeutas. A categoria profissional com a menor média de atitude de colaboração interprofissional, foi verificada entre os médicos (Tabela 7). Após a análise, foram agrupados os dados por meio de medidas de tendência central e o teste estatístico ANOVA com nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). No entanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa ( $p \geq 0,05$ ) entre os escores das categorias profissionais, conforme descrito na Tabela 7.

Tabela 7 – Escores por profissões da EJARCI.

Profissão	N	Média	DP	Escore Inferior	Escore Superior	Valor p
Enfermeiro	8	126,9	5,49	120	135	
Fisioterapeuta	5	131,2	8,84	117	140	
Médico	4	123,75	8,42	112	132	0,243
Técnico de enfermagem	17	124	8,62	107	139	
Outros Profissionais	8	129,88	6,20	120	138	

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Quando comparadas as médias da pontuação total de EJARCI e a escolaridade (Tabela 8), não foi observada diferença estatisticamente significante ( $p > 0,05$ ).

Tabela 8: Escolaridade versus EJARCI.

<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Escore Inferior</b>	<b>Escore Superior</b>	<b>Valor p</b>
Ensino Médio	6	123,83	4,62	118	131	0,360
Graduação	6	125,33	6,44	114	131	
Especialização	24	126,21	8,68	107	139	
Mestrado	6	131,50	7,53	120	140	

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Na Tabela 9, são apresentadas as assertivas da EJARCI, com o agrupamento dos dados e cálculo das médias em cada um dos 20 itens, a fim de analisar as respostas dos participantes. Foi observado que 16 dos itens obtiveram uma média maior que 6, conforme dados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - EJARCI mensurada por medidas de tendência central.

(Continua)

	<b>Assertivas EJARCI</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
1	Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.	6,86	0,52
2	Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes.	6,62	0,82
3	O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar.	4,85	2,31
4	As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.	6,90	0,37
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.	6,59	1,03
6	Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.	6,88	0,39
7	A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.	6,78	0,64
8	O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.	6,33	1,05

Tabela 9 - EJARCI mensurada por medidas de tendência central.

(Conclusão)

	<b>Assertivas EJARCI</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
9	A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.	6,66	0,90
10	A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.	6,93	0,34
11	Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.	6,93	0,26
12	A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.	5,83	1,69
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.	6,90	0,29
14	Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.	6,35	1,16
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.	4,5	1,92
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.	6,02	1,45
17	Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.	6,62	1,08
18	Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.	6,45	0,91
19	Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.	5,07	1,81
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.	6,38	1,188

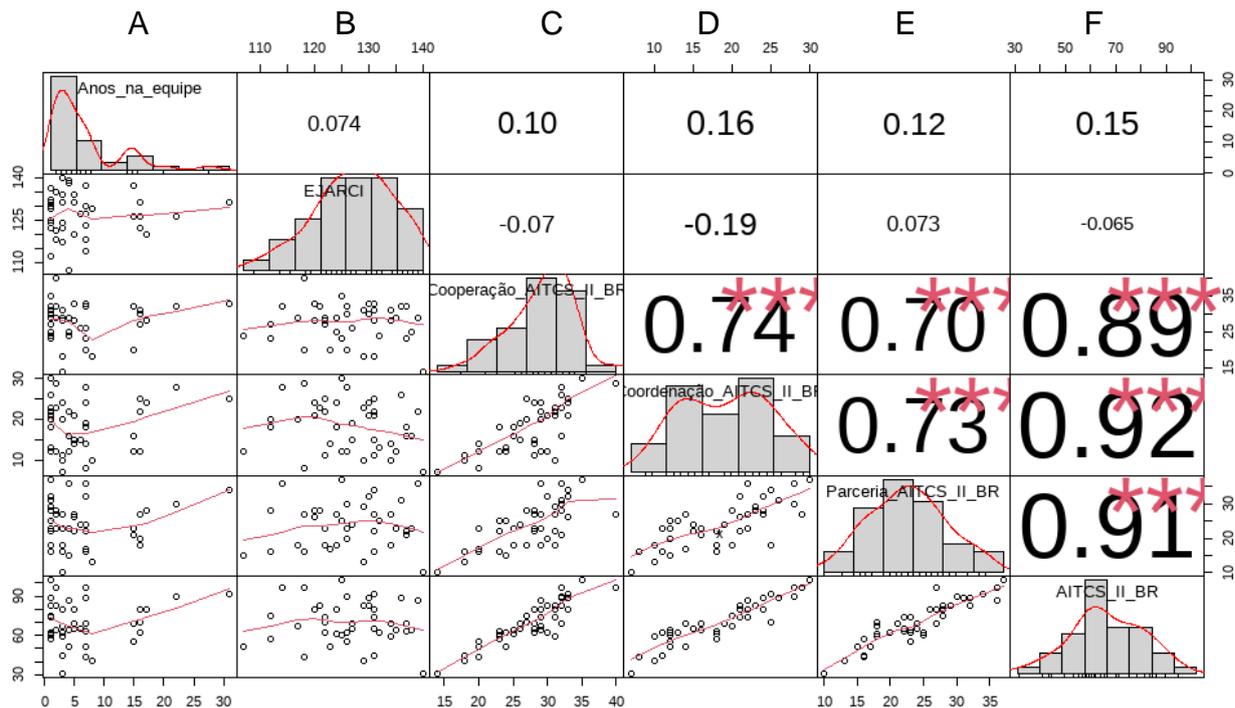
**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Foi realizada a correlação entre as escalas AITCS II – BR e EJARCI com o tempo em que os profissionais atuam na mesma equipe. Trata-se de uma medida estatística que descreve a relação entre duas variáveis, indicando a direção e a força da relação entre elas, podendo resultar em uma correlação positiva, negativa ou neutra que varia entre -1 e +1.

Após o teste de correlação de Pearson ( $r$ ), verificou-se que não há correlação entre as escalas de AITCS II – BR e a EJARCI ( $r = - 0,065$ ), visto que uma escala mensura a percepção da colaboração interprofissional e a outra a mensura a atitude em relação à colaboração (Figura 6).

Ademais, o teste de correlação de Pearson ( $r$ ) mostrou que os domínios da escala AITCS II – BR (parceria, cooperação e coordenação) possuem correlação forte ( $0,70 \leq r < 0,89$ ) a muito forte ( $0,90 \leq r < 1,0$ ) entre si e com a soma dos itens totais da AITCS II – BR (Figura 6). Dessa forma, é possível observar a existência de uma correlação positiva entre os profissionais que trabalham há mais de 10 anos na mesma equipe e o escore obtidos na escala AITCS II – BR, conforme o último gráfico da linha A na Figura 6.

Figura 6 – Tempo de trabalho na equipe atual versus Atitude frente à colaboração interprofissional versus percepção da realização interprofissional.



**Legenda:**

- A – Tempo que os profissionais trabalham na mesma equipe
- B – EJARCI
- C- Domínio Cooperação da AITCS II - BR
- D- Domínio Coordenação da AITCS II – BR
- E- Domínio Parceria da AITCS II – BR
- F - AITCS II – BR

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

A fim de comprovar a hipótese de correlação positiva entre as categorias profissionais que trabalham há mais de 10 anos na mesma equipe e os escores obtidas por meio da Escala AITCS II – BR (Figura 6, último gráfico linha A), foi aplicado o teste t. Após a realização do teste de Shapiro, para verificar a normalidade dos dados ( $p > 0,05$ ), e pelo teste de Levene, para verificar a homogeneidade de variâncias, foi constatado que os grupos apresentaram variância homogêneas ( $p > 0,05$ ).

Com a homogeneidade das variâncias e a normalidade dos dados constatadas, foi realizado o teste t ao nível de significância de 5%, a fim de comparar a percepção dos profissionais quanto à colaboração interprofissional e ao tempo de trabalho na mesma equipe, distribuídos em dois grupos: 1) aqueles que trabalham há menos de 10 anos na equipe; e 2) aqueles que trabalham há mais de 10 anos na equipe (Tabela 10). Não foi observada diferença estatística entre os profissionais que trabalham há menos de 10 anos e os que trabalham há mais 10 anos na mesma equipe ( $p > 0,05$ ).

Tabela 10 – Tempo de trabalho na equipe atual e escore da Escala AITCS II – BR.

<b>Anos trabalhando na equipe</b>	<b>n</b>	<b>Média soma AITCS II – BR ± DP</b>	<b>Valor de p</b>
Menos que 10 anos	34	68,9 ± 16,8	0,359
Mais que 10 anos	8	74,8 ± 13,1	

**Legenda:** teste t com nível de significância de 5%

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Observou-se que os profissionais apresentavam características semelhantes (Tabela 1), destacando-se o alto grau de escolaridade. Dentre os 42 profissionais, 36 possuem graduação, especialização ou mestrado, sendo que 17 (técnicos de enfermagem) ocupam cargo de nível médio. Assim, constata-se que a maioria dos técnicos de enfermagem (11 profissionais) possui grau de escolaridade maior que o requerido para o cargo.

Nesta perspectiva, com o objetivo de destacar as semelhanças entre os profissionais, foi realizada a análise por meio do aprendizado de máquina não supervisionado, utilizando o algoritmo K-means, que tem como finalidade a formação de clusters, que tem por princípio o agrupamento de dados de observações que contenham características semelhantes<sup>53</sup>. Assim, identificou-se a formação de dois

clusters, sendo o cluster 1 constituído por 23 profissionais, enquanto o cluster 2 foi formado por 19 profissionais.

Os resultados apresentados pelo algoritmo K-means indicam que os itens da Escala AITCS II-BR, distribuídos entre os domínios (parceria, cooperação e coordenação), foram as variáveis que mais contribuíram para a formação dos clusters propostos ( $p \leq 0,05$ ). Entretanto, o algoritmo indicou que as assertivas da escala EJARCI não contribuíram para a formação dos clusters ( $p \geq 0,05$ ), assim como o tempo total de trabalho em UTI e o tempo que trabalham com a equipe atual. O nível de significância dos testes foi de 5%.

A Tabela 11 apresenta as médias obtidas em cada cluster. Destaca-se que o cluster 1 possui menor média ( $58,08 \pm 9,98$ ) quanto ao escore total da escala de AITCS II-BR, quando comparado ao cluster 2 ( $84,36 \pm 8,54$ ). A mesma tendência é identificada nos domínios (cooperação, coordenação e parceria) da Escala de AITCS II-BR. Observou-se que o cluster 2 possui maior quantitativo na categoria profissional de técnicos de enfermagem (11 profissionais) que o cluster 1 (6 técnicos de enfermagem). Cabe destacar que, dos 6 técnicos de enfermagem que afirmam ter curso de graduação, 5 compõem o cluster 2.

Tabela 11 - Tempo de trabalho na equipe atual versus tempo de UTI versus atitude frente à colaboração interprofissional versus percepção da realização da colaboração interprofissional (total e entre domínios).

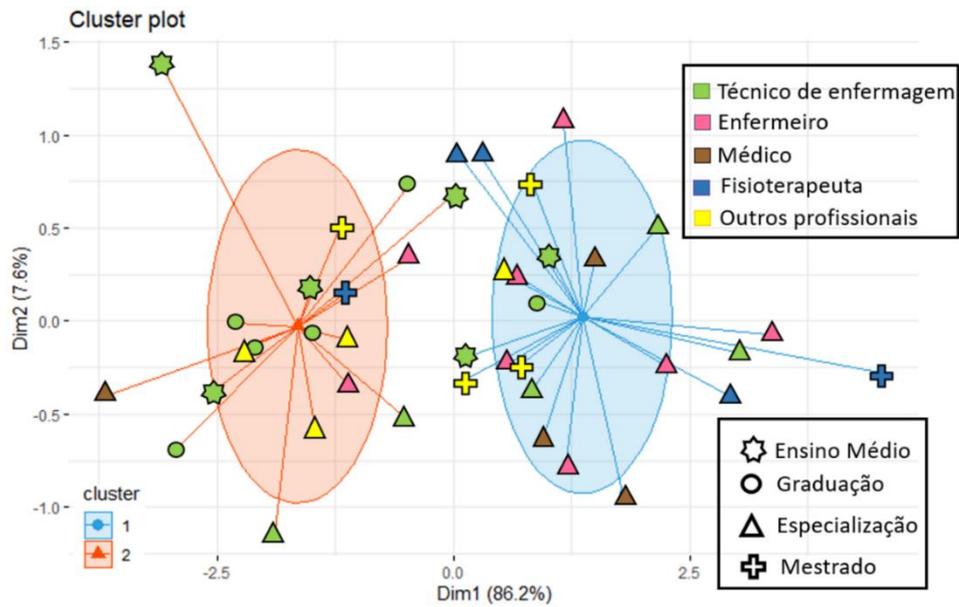
Cluster	1	2	Valor de p
N	23	19	
-	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	
Tempo de equipe atual	5,52 $\pm$ 4,45	7,31 $\pm$ 8,79	0,4266
Tempo em UTI	12,69 $\pm$ 8,19	10,26 $\pm$ 8,95	0,3638
EJARCI	127,47 $\pm$ 8,45	125,31 $\pm$ 7,13	0,3813
Cooperação_ AITCS II-BR	24,52 $\pm$ 4,64	31,26 $\pm$ 3,03	<0,001*
Coordenação_ AITCS II-BR	13,60 $\pm$ 3,51	24,10 $\pm$ 2,94	<0,001*
Parceria_ AITCS II-BR	19,95 $\pm$ 4,36	29,00 $\pm$ 4,94	<0,001*
AITCS II-BR	58,08 $\pm$ 9,98	84,36 $\pm$ 8,54	<0,001*

**Legenda:** \*significância estatística para o teste t.

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

A Figura 7 apresenta a distribuição das categorias profissionais e graus de escolaridade em cada cluster.

Figura 7 - Análise da percepção da colaboração interprofissional entre as diferentes profissões e escolaridades.



Fonte: Dados da Pesquisa.

## 6. DISCUSSÃO

O arranjo de trabalho na UTI é estruturado por equipe multidisciplinar, com profissionais de várias áreas de atuação, como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem, para suporte assistencial aos pacientes. Esse tipo de arranjo segue os requisitos mínimos para funcionamento de uma UTI, estabelecidos na Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010<sup>54</sup>. Os profissionais trabalham em turnos de seis, 12 ou 18 horas, conforme Portaria nº 199, de 1º de outubro de 2014, que dispõe sobre horários de funcionamentos e elaboração de escalas de serviços para servidores que atuam nas Unidades Orgânicas da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF)<sup>55</sup>.

A mudança do perfil de atendimento, devido à situação mundial e local ao combate ao COVID-19, foi identificada como o principal fator contextual, conforme o modelo conceitual do trabalho em equipe interprofissional de Reeves e colaboradores (2011)<sup>8</sup>. Esse contexto refletiu na necessidade do rearranjo da estrutura física (fatores organizacionais), com aumento de leitos para atender esses pacientes. O Ministério da Saúde do Brasil (MS) autorizou a habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrica pela Portaria nº 568, de 26 de março de 2020, a fim de realizar o atendimento exclusivamente aos pacientes vítimas de COVID-19 no país<sup>28</sup>. Nesse sentido, a estrutura física passou por reformas para acomodar um maior número de leitos. Assim, a unidade de pediatria, situada ao lado da UTI, cedeu espaço de duas enfermarias que se transformaram em pátios para os novos leitos intensivos.

O aumento dos leitos também refletiu na necessidade de ampliação da força de trabalho, demandando suporte organizacional. Para tanto, foram convocados profissionais aprovados em concurso público vigente no DF, realizadas contratações emergenciais e deslocamento de profissionais de outras unidades. Nessa situação emergencial, profissionais com especialidades diferentes da natureza foram alocados ali, colocando em evidência a dimensão relacional segundo o modelo de Reeves e colaboradores (2011)<sup>8</sup> que envolve os fatores de composição, processo de trabalho e responsabilidades da equipe. Essa realidade foi vivenciada em todo país e resultou em diferentes ações a serem implementadas, desde a abertura de hospitais de campanha, abertura e/ou reforma de leitos de UTI, aquisição de equipamentos para proteção individual e para o tratamento dos pacientes, assim como a contratação de profissionais<sup>56</sup>.

Essas ações urgentes e necessárias, como a abertura de novos leitos, contratações e o remanejamento dos profissionais de outras unidades, ocorreram de forma emergencial, acarretando a alocação de profissionais ainda sem experiência e manejo com pacientes críticos e de risco, com o propósito de compor a equipe. Se, por um lado, isso contribuiu para o aumento da força de trabalho, por outro, essa circunstância emergencial elevou a carga de trabalho e responsabilidades entre profissionais mais experientes. Para Lapierre e colaboradores (2019)<sup>57</sup>, o trabalho em equipes desenvolvido a partir da experiência de profissionais que se conhecem e já trabalham juntos pode ter efeito positivo na qualidade do trabalho. A alocação de novos trabalhadores, em uma situação emergencial, sem uma ambientação prévia, pode comprometer princípios relacionais da equipe. Contudo, quando profissionais experientes apoiam os novos, o comprometimento para o desenvolvimento do trabalho na equipe é menor.

Para evitar contaminação durante a assistência, ou infecções cruzadas, a instituição promoveu, como suporte organizacional, EPIs, treinamentos com orientações e protocolos para o processamento de EPIs, frente à escassez e para as técnicas de paramentação (colocar/vestir) e desparamentação (retirar), frente aos cuidados com pacientes suspeitos da infecção ou confirmados com a COVID-19, tomando como referência a Nota Técnica GRSS/DIVISA nº 01/2020<sup>62</sup>. Este suporte é central na dimensão organizacional da colaboração interprofissional, que pode ser identificada por alguns elementos, como: o fornecimento de insumos, treinamento, equipamentos, quantitativo da força de trabalho, que é caracterizado por Reeves e colaboradores (2011) como fatores que podem afetar o ambiente e o funcionamento da equipe<sup>8</sup>. A literatura destaca que a escassez de insumos, a exemplo dos EPIs, foi uma constante em todo o mundo<sup>56,57,59,60,61</sup>.

Alguns profissionais contraíram o vírus, contribuindo para a sobrecarga da equipe, que demonstrava insegurança pelo cenário pandêmico, causando desgaste emocional. A diminuição dos insumos (testes para COVID-19 e EPI), o medo de contaminação e a sobrecarga física, com jornadas exaustivas, estavam presentes no cotidiano da equipe. Teixeira e colaboradores (2020)<sup>56(3468)</sup> apontam que relatos de “sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família” foram mais frequentes entre os profissionais que trabalharam na linha de frente para o enfrentamento do COVID-19.

A imprevisibilidade da doença, a urgência do atendimento prestado, a complexidade dos casos, o prognóstico dos pacientes e a alteração de tarefas e turnos são caracterizados na literatura como fatores da dimensão processual do trabalho da equipe interprofissional que podem interferir na habilidade de comunicação e na colaboração interprofissional<sup>6,8,16,57</sup>.

Em meio às situações tristes, a equipe encontrava momentos de interação informal, a fim de amenizar o clima tenso que pairava na UTI. A copa era um espaço utilizado para interação e até mesmo para discutir assuntos relacionados à dinâmica do processo de trabalho. Este era um espaço pequeno e pouco arejado, com limite do quantitativo de pessoas no seu interior. As pausas durante a jornada de trabalho para as visitas à copa eram limitadas, em função da necessidade de desparamentação e paramentação e os riscos de contaminação. Alguns profissionais realizavam as refeições nos repousos, um ambiente que é dividido por categorias profissional.

Além da copa e do repouso, não havia na unidade outro espaço propício para as equipes estabelecerem interações, sejam elas de conteúdo social ou clínico, formais ou informais, em seus momentos limitados de pausa na assistência. Desta forma, o tempo e espaço como um dos fatores da dimensão processual era prejudicada por fatores relacionados ao domínio contextual. Por não possuir local apropriado e ainda em função do distanciamento físico entre as pessoas, essas interações ocorriam nos espaços do repouso ou refeitório. Suter e colaboradores (2009)<sup>23</sup> destacam que momentos de interação da equipe, como rodas de conversas; discussões de casos clínicos dos pacientes com outros profissionais, pacientes e/ou familiares; visitas multiprofissionais; videoconferências com familiares; refeições coletivas; conversas em ambientes externo à unidade, a exemplo das redes sociais; reuniões e eventos, potencializam a comunicação efetiva e favorece a colaboração interprofissional.

O envolvimento do paciente e a família no cuidado fortalece o vínculo e melhora a interação. Cada membro da equipe possui o seu papel e responsabilidade frente a assistência prestada. Para Ervin e colaboradores(2018)<sup>63</sup>, os familiares possuem um papel importante no contexto da UTI, pois quando os pacientes estão impossibilitados de ter autonomia, esses são os responsáveis pela tomada de decisão sobre seu processo saúde-doença. Além disso, as visitas são momentos de trocas de informações e auxiliam nas decisões sobre o tratamento do paciente.

É sabido que o vírus se espalhou rapidamente e ocasionou problemas de saúde pública, com hospitais lotados e escassez e falta de insumos e profissionais para prestar o cuidado. Como medida de diminuir a contaminação pelo vírus, as visitas aos pacientes internados foram suspensas pela Portaria nº 146, de 09 de março de 2020 do Governo do Distrito Federal. Medida que previne a contaminação entre familiares e, em contraponto, pode diminuir a interação dos familiares com a equipe e o paciente<sup>64</sup>. A grave situação clínica dos pacientes na UTI de COVID-19 foi um fator processual observado neste cenário. Mesmo que os pacientes, na maior parte do período de internação, estivessem desacordados, os profissionais utilizavam recursos tecnológicos para promover a interação e comunicação com a equipe e os familiares, por meio de áudios, vídeos e chamadas telefônicas.

Como a unidade não dispunha de telefone funcional, foi doado à unidade um celular, que passou a ser o meio de comunicação com a equipe e os familiares, com o propósito de trazer a família ali naquele ambiente, próximo ao paciente. Este tipo de estratégia segundo o modelo conceitual de Reeves e colaboradores (2011)<sup>8</sup> faz parte das dimensões relacionais e organizacionais e foram recursos utilizados pelos profissionais da UTI de COVID para promover interação e melhorar a comunicação, no sentido de aproximar a família e favorecer a estabilidade emocional do paciente. Reeves e colaboradores (2019)<sup>6(33)</sup> afirmam que “melhores práticas para envolver os membros da família mostram que esse engajamento aumenta a qualidade do atendimento em ambientes de cuidados intensivos e ajuda a reduzir erros médicos que levam a eventos adversos”.

Diariamente, a equipe médica interagiu com os responsáveis pelos pacientes, por meio digital, para informar o quadro clínico, em função da restrição de visitas presenciais. Esta recurso estratégico proporcionava momentos de aproximação entre os pacientes, familiares e profissionais, corroborando com o estudo de Squires e colaboradores (2022)<sup>65</sup>, em que os profissionais se comunicavam por telefone com os familiares, observando que favorecia o apoio emocional ao paciente, revelando o importante papel da família no processo de cuidado.

Estudo realizado por Rose, Xyrichis e Meyer (2022)<sup>66</sup> identificou que a visita virtual pode envolver a família nos cuidados prestados ao paciente, assim como na tomada de decisão sobre a assistência, pois mesmo de forma remota, os familiares conseguem motivar os pacientes a seguirem com as terapêuticas, além de facilitar por meio da comunicação a interação com a equipe. Os autores destacam que os

desafios, impostos pelo contexto da pandemia, levaram as equipes a reinventarem as suas formas de trabalho e à novos aprendizados. Mesmo nas adversidades, cria-se um cenário com profissionais lidando com os conflitos de forma a integrar o valor de todas as profissões, extraindo contribuições de todos.

A maioria dos profissionais era do sexo feminino. Este achado é similar à outros estudos<sup>44,68</sup> com predominância feminina entre os profissionais da saúde. Prevaleceu também entre os profissionais a faixa de idade entre 35 a 44 anos, com especialização como escolaridade máxima, com carga horária de trabalho predominante sendo 40 horas semanais, e da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), corroborando com a pesquisa de Caneppele e colaboradores (2020)<sup>42</sup>, que o maior grau de escolaridade foi a especialização e continha uma amostra de técnicos de enfermagem. A diferença no quantitativo de profissionais entre as categorias apresentadas no presente estudo é explicada pela necessidade de profissionais baseado no número de pacientes, conforme disposto na Resolução - RDC Nº 26, de 11 de maio de 2012, a qual refere-se sobre os requisitos mínimos de para o funcionamento de uma UTI, explicando a amostra de técnicos de enfermagem maior que os demais profissionais<sup>69</sup>. Segundo o Portal da Transparência do DF, entre os Servidores ativos na SES/DF, os profissionais técnicos de enfermagem representam cerca de 30% dos profissionais de saúde na rede de saúde pública, justificando a quantidade de profissionais da pesquisa<sup>70</sup>.

O tempo de prática na profissão foi em média de 16 anos, dos quais a média do tempo de trabalho em cuidados a pacientes críticos foi de 11 anos. Para Caneppele e colaboradores (2020)<sup>42</sup>, compartilhar o mesmo espaço físico e a quantidade de anos que a equipe trabalha juntos, fortalecem a forma como a equipe se sociabiliza, bem como a sua integração no desenvolvimento do trabalho em equipe e na colaboração interprofissional.

Constatou-se que a atitude em relação à colaboração interprofissional não varia entre os profissionais de saúde, mesmo com presença de escores mais positivos em algumas categorias profissionais. Em contradição, Durans e seus colaboradores (2021)<sup>68</sup> observaram em estudo realizado com profissionais da Atenção Primária em Saúde que a atitude dos profissionais mensuradas EJARCI, que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos profissionais, agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico bucal, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo,

terapeuta ocupacional e outros. Destaca-se que o nível de atenção (atenção primária) é diferente do apresentado nesta pesquisa e, ainda, que o n amostral é de 173 profissionais<sup>68</sup>.

No que se refere à percepção dos profissionais da equipe sobre a colaboração interprofissional, constatou-se que é necessário o aprimoramento no sentido de melhorar a qualidade da colaboração interprofissional, especialmente por se tratar de um contexto específico em ambientes de cuidados críticos com COVID-19, considerando a imprevisibilidade da doença e as mudanças emergenciais impostas, que envolvem fatores, que segundo Reeves et al (2011)<sup>8</sup>, podem influenciar o desenvolvimento do trabalho em equipe interprofissional. Contudo, é fundamental a manutenção das ações que favorecem a colaboração, por indicarem direcionamentos positivos a colaboração interprofissional. Segundo Bispo e Rossit (2020)<sup>51(27)</sup>, a escala da AITCS II – BR possibilita a “avaliação do processo de trabalho em equipe, tornando a educação permanente essencial para o preparo dos profissionais, capazes de desenvolver uma prática interprofissional”.

Quando comparada as médias dos domínios parceria, cooperação e coordenação, da escala AITCSII – BR, observou-se que o domínio da cooperação, destacou-se. Segundo Bispo e Rossit (2020)<sup>51</sup>, os profissionais ao desenvolverem a estratégia da cooperação, demonstram que o trabalho coletivo pode ser melhorado quando a equipe compartilha as experiências, compreende as limitações de cada um e desenvolvem novas atitudes. Esse resultado corrobora com o estudo de Caneppele (2020)<sup>71</sup>.

A literatura<sup>8</sup> destaca que o tempo de serviço, caracterizado por um fator processual, pode influenciar a colaboração interprofissional. Diante disso, foi analisado a associação entre a quantidade de tempo que os profissionais trabalham na UTI na mesma equipe e a colaboração interprofissional. Observou-se que não haver diferença estatística entre a percepção dos profissionais que trabalham há mais de 10 anos em relação aqueles que trabalham há menos 10 anos. Em contraponto, Caneppele e colaboradores (2020)<sup>42</sup>, em seu estudo com profissionais que trabalham na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, observaram diferenças significativas entre os domínios Cooperação e Coordenação e no escore total de Colaboração, para os profissionais que possuíam menos de um ano de trabalho juntos em relação aqueles que tinham entre 11 e 15 anos desenvolvendo trabalho na mesma equipe.

Quanto aos fatores que facilitam e os desafios para a colaboração interprofissional nas equipes, os participantes tem a percepção que o conhecimento, a comunicação e o respeito como facilitadores e a ausência desses se apresentam como um desafio para a colaboração. A literatura destaca que alguns fatores são determinantes para o sucesso da colaboração interprofissional, dentre eles estão os fatores como, conhecimento, comunicação e respeito, que possibilitam as interações e a colaboração efetiva<sup>30,66</sup>.

É importante que os membros da equipe possam compartilhar informações de maneira aberta e transparente, pois a comunicação efetiva é um fator relacional que pode afetar a interação, segundo o modelo de Reeves e colaboradores (2011)<sup>8</sup>. Compartilhar conhecimentos é um fator organizacional que possibilita aos envolvidos a compreensão do papel de cada profissional<sup>8</sup>, sendo um desafio segundo Bispo e Rossit (2021)<sup>72</sup>, para desenvolver competências para o trabalho interprofissional. O respeito mútuo é um fator relacional que, quando se sabe reconhecer e valorizar as habilidades e conhecimentos dos outros membros da equipe, além de respeitar suas diferenças, favorece para qualidade da colaboração. Segundo Peduzzi e colaboradores (2016)<sup>31</sup>, é um fator que contribui para o sucesso da colaboração interprofissional.

A percepção da colaboração interprofissional efetiva em um cenário de cuidados críticos no atendimento a pacientes com COVID-19 revelou a complexidade e os desafios vivenciados pela equipe, visto que a nova doença trouxe consigo medos, interrogações, mudanças na forma de atuação das equipes, a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias, recursos e inovações, para dar conta do desafio imposto pela pandemia. Este cenário colocou em evidência a necessidade de formação e uma prática, que levem em conta o desenvolvimento de um trabalho em equipe interprofissional em constante compartilhamento de saberes, informações e comunicação efetiva, como estratégias que potencializam a colaboração entre as equipes de saúde e que contribuem para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos pacientes críticos.

## 7. CONCLUSÃO

O contexto vivenciado na pandemia da COVID-19 mostrou necessidade de transformar os desafios em oportunidades para reinventar-se e construir estratégias para garantir uma melhor atenção à saúde. As lições aprendidas com tantas mudanças, fragilidades e novidades foram oportunidades para a equipe articular-se e desenvolver novas formas de interação, na busca de um objetivo comum. A experiência com profissionais de diferentes formações e com visões distintas pode constituir-se em um elemento capaz de promover a construção de estratégias para identificar juntos metas comuns e melhorar a interação entre a equipe, pacientes e ainda envolver a família, em um momento em que o distanciamento físico era mandatário.

Analisar os fatores que podem potencializar a colaboração interprofissional entre os profissionais que atuam em uma UTI de COVID, a partir do modelo conceitual de Reeves (2011), foi uma estratégia importante no sentido para apreender os fatores que se inserem nos domínios relacionais, processuais, organizacionais e contextuais, como um caminho através do qual podemos compreender a complexa variedade de questões que as equipes vivenciam em sua prática cotidiana. Pode-se considerar que a colaboração interprofissional efetiva se colocou como uma estratégia-chave para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e que pode contribuir na qualidade e segurança dos cuidados em saúde.

Espera-se que os resultados desse estudo possam ser utilizadas para orientar a implementação de políticas e práticas de colaboração interprofissional em instituições de saúde, visando promover a melhoria do atendimento aos pacientes em cuidados críticos.

Como limites do estudo, destaca-se o fato do estudo ter sido realizado em um contexto específico da pandemia. Por outro lado, foi uma oportunidade única de aprendizado ter a possibilidade de vivenciar um cenário crítico local e mundial de incertezas e medos. Como agenda futura, apontamos a importância do desenvolvimento de estudos com o objetivo de conhecer os elementos da colaboração efetiva em um cenário de UTI não COVID-19.

## REFERÊNCIAS

- 1- Presidência da República. Casa Civil. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- 2- Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. SUS. Site atualizado em janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>
- 3- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
- 4- Faria, L. et al. Educação em saúde e qualidade-equidade: sobre o cuidado realizado nas redes de atenção no contexto da COVID-19. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/36127/1/Educac%CC%A7a%CC%83o%20em%20sau%CC%81de%20e%20qualidade-repositorio.pdf>
- 5- Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. 2010.
- 6- Reeves, S.; Alexanian, J.; Kendall-Gallagher, D.; Dorman, T. & Kitto, S. (2019). Collaborative practice in critical care settings: a workbook. Routledge.
- 7- Pinho, D. et al. Investigating the nature of interprofessional collaboration in primary care across the Western health region of Brasília, Brazil: a study protocol. *Journal of Interprofessional Care*, v. 32, n. 2, p. 228-230, 2018.
- 8- Reeves, S.; Zwarenstein, M.; Espin, S. & Lewin, S. (2011). Interprofessional teamwork for health and social care. John Wiley & Sons.
- 9- Bueno, F. T. C.; Souto, E. P. & Matta, G. C. (2021). Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. OS IMPACTOS SOCIAIS DA COVID-19 NO BRASIL, 27. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0002>
- 10-Oliveira, W. K. D.; Duarte, E.; França, G. V. A. D., & Garcia, L. P. (2020). How Brazil can hold back COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>
- 11-Eilert, D. T. W.; Ghisleni, A. P.; Sbruzzi, G. Desenvolvimento das competências colaborativas para o trabalho interprofissional hospitalar no enfrentamento da COVID-19. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, v. 6, n. 2, 2022.
- 12-Nascimento, K. F. et al. População em situação de rua em tempos de pandemia: um relato da experiência interprofissional em uma unidade básica de saúde. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, p. e13046-e13046, 2022.

- 13-Campos, F. C. C.; Canabrava, C. M. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 146-160, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409>
- 14-Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Comissão de Defesa do Exercício Profissional. Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva-AMIB, de 24 de abril de 2009. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2018/abril/23/RecomendacoesAMIB.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/abril/23/RecomendacoesAMIB.pdf)
- 15- Faria, J. M. S.; Pontífice-Sousa, P.; Gomes, M. J. P. O conforto do doente em cuidados intensivos-revisão integrativa. *Enfermería Global*, v. 17, n. 2, p. 477-514, 2018. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/266321/226641>
- 16-Kendall-Gallagher, D.; Reeves, S.; Alexanian, J. A. & Kitto, S. (2017). A nursing perspective of interprofessional work in critical care: Findings from a secondary analysis. *Journal of critical care*, 38, 20-26. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.10.007
- 17- Manthous, C.; Nembhard, I. M. & Hollingshead, A. B. (2011). Building effective critical care teams. *Critical Care*,15(4), 1-6. DOI: 10.1186/cc10255
- 18-Reeves, S.; McMillan, S. E.; Kachan, N.; Paradis, E.; Leslie, M. & Kitto, S. (2015). Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *Journal of interprofessional care*, 29(3), 230-237. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955914>
- 19-Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?. *Nursing in critical care*, 16(1), 5-10. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x
- 20-Fernandes, S. F. et al. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0207>
- 21- Costa, L. R.; Passos, S. C. & Matos, N. D. J. (2018). Comunicação entre enfermeiros e familiares na UTI: uma revisão integrativa da literatura. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/3368/1/TCC%20Lais%20Costa%20-%202018.pdf>
- 22- Peduzzi, M.; Oliveira, M. D. C.; Silva, J. D.; Agreli, H. L. F. & Miranda Neto, M. D. (2016). Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *Clínica médica*. 2ª ed. Barueri: Manole,1, 1-9. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod\\_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf)
- 23- Suter, E.; Arndt, J.; Arthur, N.; Parboosingh, J.; Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies

for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23(1), 41-51.  
DOI:10.1080/13561820802338579

- 24- Xyrichis, A.; Reeves, S. & Zwarenstein, M. (2018). Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *Journal of interprofessional care*, 32(4), 416-425. DOI: 10.1080/13561820.2017.1408576
- 25- Martins, D. F. & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde*, 14(2).
- 26- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Manual de medicina intensiva. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.
- 27- Bezerra, J. M.; Fonseca, I. A. C. Unidade de terapia intensiva adulto: Percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente grave. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 31, p. e1060-e1060, 2019.
- 28- Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 568, de 26 de março de 2020. Diário Oficial da União. 8 Abr 2020. Disponível em:  
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=601&pagina=1&data=26/03/2020&totalArquivos=1>
- 29- Piancastelli, C. H.; Faria, H. P.; Silveira, M. R. O trabalho em equipe. Santana JP, organizador. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, p. 45-50, 2000. Disponível em:  
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2199.pdf>
- 30- Mosser, G.; Begun, J. W. *Compreendendo o trabalho em equipe na saúde*. Artmed Editora, 2015.
- 31- Peduzzi, M. et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *Clínica médica*. 2ª ed. Barueri: Manole, v. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod\\_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf)
- 32- Odellius, C. C. et al. Atitudes e habilidades sociais para trabalho em equipe: desenvolvimento de uma escala. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 20, p. 175-196, 2016.
- 33- Peduzzi, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- 34- Peduzzi, M. Trabalho em Equipe. In: PEREIRA, Isabel Brasil et al. *Dicionário da educação profissional em saúde*. EPSJV, 2008. Disponível em:  
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/25955/Livro+EPSJV+008871.pdf?sequence=2>

- 35- Souto, A. P. O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE. 2011. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Disponível em: [http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/05/2011\\_d\\_AlicePaiva.pdf](http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/05/2011_d_AlicePaiva.pdf)
- 36- Ceccim, R. B.; Feuerwerker, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>
- 37- Peduzzi, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, p. 977-983, 2013.
- 38- Cebalho, M. T. O. et al. O Trabalho Interprofissional em Saúde Mental: Compreensão dos Profissionais e Cotidiano de Trabalho: The Understanding of Professionals and the Daily Work. Revista Baiana de Enfermagem, v. 36, 2022.
- 39- Reeves, S.; Xyrichis, A.; Zwarenstein, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. Journal of interprofessional care, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- 40- Nagelkerk, J.; Coggan, P.; Pawl, B. & Thompson, M. E. (2017). The midwest interprofessional practice, education, and research center: A regional approach to innovations in interprofessional education and practice. Journal of Interprofessional Education & Practice, 7, 47-52.
- 41- Anthoine, E.; Delmas, C. ; Coutherut, J. & Moret, L. (2014). Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. BMC Health Services Research, 14(1), 1-9.
- 42- Caneppele, A. H. et al. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. Escola Anna Nery, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0312>
- 43- Agreli, H. F.; Peduzzi, M.; Silva, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
- 44- Freire Filho, J. R. et al. Attitudes towards interprofessional collaboration of Primary Care teams participating in the 'More Doctors'(Mais Médicos) program. Revista latino-americana de enfermagem, v. 26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>
- 45- Matuda, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciência & saúde coletiva, v. 20, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>

- 46- Reeves, S.; Pelone, F.; Harrison, R.; Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- 47- Morgan, S.; Pullon, S. & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 52(7), 1217-1230. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008
- 48- Nyoni, C. N.; Grobler, C. & Botma, Y. (2021). Towards Continuing Interprofessional Education: Interaction patterns of health professionals in a resource-limited setting. *PloS one*, 16(7), e0253491. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253491>
- 49- Arruda, L. D. S. & Moreira, C. O. F. (2017). Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 199-210. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ksjHYN9wYWnnWLS3QKd34mD/?format=pdf&lang=pt>
- 50- Abed, M. M. (2015). Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/151/o/Dissertacao\\_Marcelo\\_Musa\\_Abed.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/151/o/Dissertacao_Marcelo_Musa_Abed.pdf)
- 51- Bispo, E. P. F.; Rossit, R. A. S. Avaliação da Colaboração Interprofissional: Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR). 1a ed. - São Paulo [SP]: Universidade Estadual de Alagoas; Universidade Federal de São Paulo/Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, 2020.
- 52- Laurence Bardin. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. 3 reimp. da 1 edição de 2016.
- 53- Sinaga, K. P.; Yang, M. S. Unsupervised K-means clustering algorithm. *IEEE access*, v. 8, p. 80716-80727, 2020.
- 54- Ministério da Saúde do Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)
- 55- Governo do Distrito Federal. Portaria Nº 199, de 1º de outubro de 2014. Dispõe sobre os horários de funcionamento das Unidades Orgânicas da Secretaria de Estado de Saúde. *Diário Oficial do Distrito Federal*, 2014. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/78026/Portaria\\_199\\_01\\_10\\_2014.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/78026/Portaria_199_01_10_2014.html)

- 56- Teixeira, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciencia & saude coletiva*, v. 25, p. 3465-3474, 2020.
- 57- Lapierre, A. ; Lefebvre, H. & Gauvin-Lepage, J. (2019). Factors affecting interprofessional teamwork in emergency department care of polytrauma patients: results of an exploratory study. *Journal of Trauma Nursing JTN*, 26(6), 312-322. DOI:10.1097/JTN.0000000000000469
- 58- Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações para estratégias nacionais de testagem para SARS-CoV-2 e capacidades diagnósticas. Orientação provisória 25 de junho de 2021. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54449/OPASWBAPHECOVID-19210043\\_por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54449/OPASWBAPHECOVID-19210043_por.pdf)
- 59- Ministério da Saúde do Brasil. Governo Federal. Conselho Nacional de Saúde. Covid-19: falta de EPIs para trabalhadores e trabalhadoras essenciais preocupa CNS. 3º encontro online. Maio de 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1205-covid-19-falta-de-epis-para-trabalhadores-e-trabalhadoras-essenciais-preocupa-cns>
- 60- Luciano, L. S.; Massaroni, L. A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e para além deles: a emergência do trabalho dos profissionais de saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ufes.br/conteudo/falta-de-equipamentos-de-protecao-individual-epis-e-para-alem-deles-emergencia-do-trabalho>
- 61- Wang, J.; Zhou, M. & Liu, F. (2020). Exploring the reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp infect*, 105(1), 100-1. DOI:10.1016/j.jhin.2020.03.002.
- 62- Ministério da Saúde do Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Nota técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)-atualizada em 25/02/2021. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims\\_ggtes\\_anvisa-04\\_2020-25-02-para-o-site.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf)
- 63- Ervin, J. N.; Kahn, J. M.; Cohen, T. R. & Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*, 73(4), 468. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6662208/>
- 64- Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 146, de 09 de Março de 2020. Diário Oficial do Distrito Federal. Nº 47 de 11 de março de 2020 Página 19. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/47afc695db784bd58ab78a57c887c525/Portaria\\_146\\_09\\_03\\_2020.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/47afc695db784bd58ab78a57c887c525/Portaria_146_09_03_2020.html)

- 65- Squires, A.; Clark-Cutaia, M.; Henderson, M. D.; Arneson, G. & Resnik, P. (2022). "Should I stay or should I go?" Nurses' perspectives about working during the Covid-19 pandemic's first wave in the United States: A summative content analysis combined with topic modeling. *International Journal of Nursing Studies*, 131, 104256. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922000852?via%3Dihub>
- 66- Rose, L.; Xyrichis, A. & Meyer, J. (2022). Intensive care unit visiting using virtual technology: Barriers, solutions, and opportunities. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103215. DOI:10.1016/j.iccn.2022.103215
- 67- Cooper, R. (2013). Facilitating collaboration among health care professionals. *Peace and Conflict Studies*, 20(1), 83-98. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1145&context=pcs>
- 68- 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. e57110413392-e57110413392, 2021.
- 69- Ministério da Saúde do Brasil; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 26, de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026\\_11\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html)
- 70- Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. CONTROLADORIA-GERAL DO DISTRITO FEDERAL (CGDF). Portal da Transparência do Distrito Federal. SERVIDORES POR ÓRGÃO 01/2022. Disponível em: <http://www.transparencia.df.gov.br/#/servidores/orgao>
- 71- Caneppele, A. H. (2020). Colaboração Interprofissional em equipes na Rede de urgência e emergência em uma cidade do interior de São Paulo.
- 72- Bispo, E. P. F.; Rossit, R. A. S. Potencialidades e fragilidades da Educação e do Trabalho Interprofissional em saúde: perspectivas de profissionais do Nordeste brasileiro. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2594-7907ijhe.v5i1.3717>

## ANEXOS

### Anexo 1

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS

**Pesquisador:** Izabella Araujo Morais

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 28614320.5.0000.8093

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.951.397

##### Apresentação do Projeto:

RESUMO - "Introdução: Quando se tem interação da equipe, o cuidado prestado se torna de qualidade, integral, respeitando cada profissão, e seus saberes. A literatura destaca que a colaboração interprofissional possibilita uma base para dispensar um cuidado seguro, eficiente e centrado no paciente. Objetivo: Analisar a natureza da colaboração interprofissional em equipes que atuam em cenários de situações críticas e de risco. Método: Estudo exploratório e descritivo, com abordagem mista exploratória sequencial. Será realizado em duas etapas, a coleta de dados será realizada por meio de observação sistemática, análise documental e entrevista. Resultados esperados: Espera-se compreender como o contexto local impacta na colaboração, considerando que o cuidado ao paciente de risco depende da habilidade dos profissionais de saúde solucionarem os problemas de forma rápida, colaborativa e eficiente, favorecendo a maioria dos resultados na assistência prestada."

##### "Critério de Inclusão:

Como critério de inclusão, serão todos os profissionais que atuarem na assistência direta ao paciente e que aceitarem a participar da pesquisa por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pacientes que serão incluídos no estudo, são os internados na unidade que aceitarem a participar da pesquisa. O paciente que não conseguir se comunicar verbalmente de forma clara e orientada e/ou por meio de anotações legíveis,

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.951.397

demonstrando que se encontra consciente e orientado para aceitar sua participação, será representado por um responsável (familiar/acompanhante) para julgar sua participação e assinatura do TCLE."

**"Critério de Exclusão:**

Como critério de exclusão, estão os profissionais que estiverem em licença ou férias no período da coleta de dados, ou que seja remanejado do hospital e/ou regional ou de unidade dentro do próprio hospital. E os pacientes, menores de 18 anos estão excluídos da coleta."

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral: "analisar a natureza da colaboração interprofissional entre profissionais de saúde em cenário de cuidados críticos."

**Objetivos Específicos:**

- "- Caracterizar o perfil sócio-demográficos dos profissionais que atuam na unidade envolvida e dos pacientes; - Identificar eventos (atividades) formais e informais de interação interprofissional;
- Descrever as atividades de interação interprofissional e intraprofissionais da equipe de situações críticas e de risco;
- Identificar os fatores que facilitam e dificultam a colaboração e a interação interprofissional e intraprofissional;
- Caracterizar as equipes que atuam no contexto do trabalho;
- Compreender a percepção dos profissionais a respeito da colaboração interprofissional;
- Verificar o prognóstico de gravidade dos pacientes internados na Unidade de Terapia intensiva."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RISCOS: "Os riscos que os profissionais podem ter durante a pesquisa são de ficarem constrangidos, envergonhados ou desconfortáveis durante a realização da entrevista/questionário e das gravações de áudio. E os riscos que os pacientes e/ou familiares podem ter são de ficarem cansados, desconfortáveis ou apresentarem tristeza provocadas por recordações sobre sua situação clínica ou de seu familiar, quando abordados para a realização da entrevista/questionário e das gravações de áudio."

BENEFÍCIOS: "Os profissionais terão como benefícios potenciais uma melhor construção de uma identidade da equipe, compreendendo suas fragilidades e potencialidades para tornar o serviço mais fortalecido e menos fragmentado. E por estarem mais sensibilizados sobre a importância de

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRÁSÍLIA



Continuação do Parecer: 3.951.397

reconhecer e realizar cotidianamente a colaboração interprofissional, por meio da melhoria das interações e comunicação entre as equipes, irão promover o fortalecimento das equipes interprofissionais. Os benefícios possíveis para os pacientes são relacionados à assistência recebida, reflexo do entendimento dos profissionais acerca do tema, pois profissionais com equipes com objetivos claros e com uma boa interação, possibilita um cuidado com mais qualidade, integral, centrado no paciente e família, contribuindo para a diminuição de erros e a duplicação de procedimentos, possibilitando a gestão do risco de eventos adversos e melhoria da qualidade dos resultados da atenção à saúde. Isto acarreta no aumento da satisfação do paciente e favorece à um melhor prognóstico."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto apresentado por Izabella Araujo Moraes como requisito para mestrado acadêmico, no Programa de Pós Graduação stricto sensu em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília, sob orientação de Diana Lúcia Moura Pinho.

Estão previstos 55 participantes de pesquisa, divididos em dois grupos - 21 pacientes, com previsão de coleta de exames físico, coleta de dados em prontuário de exames laboratoriais e clínicos, realização de entrevista e questionário e 34 profissionais de saúde, com previsão de realização de entrevista, aplicação de escala validada e questionário.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram adequadamente apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram atendidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.951.397

fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Deve-se levar em conta, neste momento de pandemia de COVID-19, as orientações da Instituição onde os dados serão coletados e que isto deve ser levado em consideração para reorganizar o cronograma, caso necessário. Deve-se comunicar ao CEP, por meio de relatório parcial, as dificuldades encontradas na coleta.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1461468.pdf	31/03/2020 18:01:52		Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias.pdf	31/03/2020 17:59:19	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias.docx	31/03/2020 17:57:52	Izabella Araujo Morais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Paciente.doc	30/03/2020 22:48:20	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_de_pendencias_pdf.pdf	11/03/2020 19:51:29	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_de_pendencias.doc	10/03/2020 22:27:11	Izabella Araujo Morais	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Izabella.docx	10/03/2020 22:20:13	Izabella Araujo Morais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel.doc	07/03/2020 18:20:27	Izabella Araujo Morais	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	02/03/2020 15:18:03	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	termo_uso_imagem_voz.doc	02/03/2020 15:17:42	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	03/02/2020 20:00:27	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	03/02/2020 19:59:53	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	termo_coparticipacao.pdf	03/02/2020 15:45:08	Izabella Araujo Morais	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/02/2020 15:30:17	Izabella Araujo Morais	Aceito

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.951.397

Outros	termo_de_coparticipacao.doc	03/02/2020 15:16:47	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Diana.pdf	03/02/2020 15:11:34	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Izabella.pdf	03/02/2020 15:10:50	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.doc	03/02/2020 15:09:28	Izabella Araujo Morais	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.doc	03/02/2020 15:07:42	Izabella Araujo Morais	Aceito
Orçamento	planilha_de_orcamentos.docx	03/02/2020 15:04:28	Izabella Araujo Morais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	31/01/2020 19:18:48	Izabella Araujo Morais	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 02 de Abril de 2020

---

**Assinado por:  
Mariana Sodario Cruz  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

## Anexo 2

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

# COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Prezado participante,

É com muita alegria que recebo você para participar da pesquisa intitulada "Colaboração Interprofissional em unidade de cuidados críticos em tempos de pandemia do Coronavírus" que constitui minha pesquisa de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Tecnologia em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB).

O objetivo principal do trabalho é analisar a colaboração interprofissional nas equipes que atuam em situações críticas e de risco.

Este instrumento que você está prestes a responder é parte da pesquisa e irá contribuir muito para o entendimento da colaboração interprofissional realizada na assistência à pacientes críticos e de risco. Na primeira parte, iremos conhecer um pouco da sua trajetória profissional. Na segunda e terceira parte você irá responder dois questionários: o primeiro irá avaliar a realização da colaboração interprofissional em sua unidade e o segundo irá verificar as atitudes frente a colaboração interprofissional. O preenchimento do questionário levará cerca de 20 minutos.

Agradeço a sua participação.

**\*Obrigatório**

1. E-mail \*

---

*Pular para a pergunta 2* *Pular para a pergunta 2*

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

Termo de  
Consentimento  
Livre e  
Esclarecido -  
TCLE

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto Colaboração Interprofissional em unidade de cuidados críticos em tempos de pandemia do Coronavírus, sob a responsabilidade da pesquisadora Izabella Araujo Moraes. O nosso objetivo é analisar a colaboração interprofissional nas equipes que atuam em situações críticas e de risco. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de preenchimento de formulário, com tempo de duração estimado de 20 minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são constrangimento e exposição de informações pessoais. Lembrando que será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Se você aceitar participar, estará contribuindo para aprofundar o entendimento sobre a colaboração interprofissional. O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo o material que será utilizado durante a pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ceilândia (FCE) / Universidade de Brasília (UnB), e no mural da unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), podendo ser publicados posteriormente em revistas e em congressos científicos. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação a [REDACTED] favor, entre em contato com Izabella Araujo Moraes, no telefone [REDACTED] nível inclusive para ligação a cobrar ou pelo e-mail [REDACTED].

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (Instituição Proponente) e FEPECS-SES/DF (Instituição Co-Participante). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas, cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail [cep.fce@gmail.com](mailto:cep.fce@gmail.com), horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, responda a pergunta a seguir, assim afirmará sua participação na pesquisa.

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

2. Declaro que aceito, livre e espontaneamente, participar da pesquisa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

SIM *Pular para a pergunta 3*

NÃO

*Pular para a seção 10 (AO FINAL DO PREENCHIMENTO, CLIQUE EM ENVIAR, PARA REGISTRAR SUAS RESPOSTAS. OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!)*

*Pular para a pergunta 3*

### QUESTIONÁRIO

3. Sexo \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

4. Idade \*

*Marcar apenas uma oval.*

Abaixo de 20 anos

20 - 24 anos

25 - 29 anos

30 - 34 anos

35 - 39 anos

40 - 44 anos

45 - 49 anos

50 - 54 anos

55 - 59 anos

Acima de 60 anos

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

5. Cor\*

*Marcar apenas uma oval.*

- Amarela
- Branca
- Parda
- Preta
- Outros

6. Nível de Formação Escolar\*

*Marcar apenas uma oval.*

- Médio
- Superior - Graduação
- Superior - Especialização
- Superior - Mestrado
- Superior - Doutorado

7. Carga horária semanal\*

*Marcar apenas uma oval.*

- 40 horas
- 20 horas
- Outro: \_\_\_\_\_

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

## 8. Formação Profissional \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Dentista
- Enfermeiro (a)
- Farmacêutico (a)
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo (a)
- Médico (a)
- Nutricionista
- Psicólogo (a)
- Técnico (a) de Enfermagem
- Outro: \_\_\_\_\_

## 9. Tempo de prática na profissão (média em anos)? \*

\_\_\_\_\_

## 10. Tempo de experiência em unidade de cuidados críticos (média em anos)? \*

\_\_\_\_\_

## 11. Tempo de trabalho com sua equipe atual (média em anos)? \*

\_\_\_\_\_

*Pular para a seção 4 (Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR))*

Escala de Avaliação da Colaboração  
Interprofissional em Equipe (AITCS  
II-BR)

Instruções:

Nota: Alguns termos são utilizados para se referir à pessoa que recebe serviços. Para propósito desta avaliação, o termo "paciente" será utilizado, embora outros termos como "cliente", "consumidor" e "usuário" sejam utilizados em alguns serviços de saúde.

Por favor, assinale a opção que melhor reflete sua opinião (neste momento) de como sua equipe, e você como membro desta equipe, trabalham ou atuam em equipe.

Versão traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro (BISPO; ROSSIT, 2019).  
© C Orchard (2015) por E. Bispo e R Rossit (2019), UNIFESP, 2019.

*Pular para a pergunta 12*

Seção 1: PARCERIA

Quando estamos trabalhando em equipe, todos os membros da minha equipe...

12. ... incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

13. ... ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

14. ... encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

15. ... coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado do paciente.

\*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

16. ... utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

17. ... estão envolvidos na definição de metas para cada paciente. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

18. ... incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

19. ... trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

*Pular para a pergunta 20*

Seção 2: COOPERAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe, todos os membros da minha equipe...

20. ... compartilham poder uns com os outros. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

21. ... respeitam-se e confiam uns nos outros. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

22. ... são abertos e honestos uns com os outros. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

23. ... refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

24. ... esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.

\*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

25. ... entendem os limites/especificidades do que cada um pode fazer. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

26. ... entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

27. ... estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

*Pular para a pergunta 28*

### Seção 3: COORDENAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe, todos os membros da minha equipe...

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

28. ... aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

29. ... distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

30. ... incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

31. ... utilizam um processo de acordo para resolver conflitos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

32. ... defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

33. ... escolhem juntos o líder para a equipe. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

34. ... apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.\*

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

Pular para a pergunta 35

Escala Jefferson  
de Atitudes  
Relacionadas à  
Colaboração  
Interprofissional  
(EJARCI)

Definições:

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

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

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

Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional

Instruções: Indique, por favor, o quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes afirmações, indicando o número apropriado nas caixas de seleção disponibilizadas após cada afirmação. Utilize, por favor, a escala de 7 pontos, a seguir (quanto maior o número na escala, maior a concordância):

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

Discordo totalmente  
Concordo totalmente

© Jefferson Medical College, 2015. Todos os direitos reservados. (Versão Brasileira – Português)

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

35. Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

36. Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

37. O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

38. As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente						

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

39. 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.\*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente						

40. Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.\*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente						

41. A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.\*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente						

42. O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.\*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/> Concordo totalmente						

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

43. A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes. \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

44. A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho. \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

45. Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes. \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

46. A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional. \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

47. Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.\*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

48. Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.\*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

49. 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.\*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

50. 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.\*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

51. Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde. \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

52. Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes. \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

53. Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam. \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

54. 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. \*

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

*Pular para a pergunta 55*

03/06/2021

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS CRÍTICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍ...

## SUA PERCEPÇÃO SOBRE TEMA

55. Quais fatores facilitam a colaboração interprofissional no seu cotidiano? Indique pelo menos três. \*

---

---

---

---

---

56. Quais os desafios para a colaboração interprofissional nas equipes? Indique pelos menos três. \*

---

---

---

---

---

*Pular para a seção 10 (AO FINAL DO PREENCHIMENTO, CLIQUE EM ENVIAR, PARA REGISTRAR SUAS RESPOSTAS. OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!)*

AO FINAL DO PREENCHIMENTO, CLIQUE EM ENVIAR, PARA REGISTRAR SUAS RESPOSTAS. OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

IZABELLA ARAUJO MORAIS  
Enfermeira Intensivista  
Mestranda do programa de Ciências e Tecnologias em Saúde/UnB  
(Matrícula: 19/0007362)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

## APÊNDICE

### Apêndice 1

#### PESQUISA PARA O MESTRADO

Olá. Tudo bem?

Me chamo Izabella, e por alguns meses trabalhamos juntos aqui nesta Unidade de Terapia Intensiva em tempos de COVID-19.

Gostaria de convidar **TODOS** os profissionais de saúde desta unidade a participarem da minha pesquisa de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Tecnologia em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB). É simples! Você irá preencher um formulário por cerca de 20 minutos.

Aponte a câmera do seu celular para o QR Code que o formulário aparecerá para você.

Desde já, agradeço.

Izabella Araujo Morais\*



\*Pesquisadora Responsável: Em caso de dúvidas em relação à pesquisa, por favor, entre em contato pelo telefone [REDACTED] (WhatsApp), ou pelo e-mail [REDACTED].

## Apêndice 2

### Protocolo de Observação no Campo:

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**Turno:** Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( )

**Evento/Atividade:**

---

**Local:**

---

Beira-leito ( ) Área técnica/posto de trabalho ( ) Telefone ( ) “Área de  
lanche”( )

**Outro (indicar)**\_\_\_\_\_.

**Quantidade de Pacientes:** \_\_\_\_\_.

**Participantes:**

---



---

**Descrição do Evento<sup>1\*</sup> (descrever o objetivo, se é rotineiro, eventual, as  
interações (quem X quem) duração da interação (quem X quem), interrupções,  
conteúdo das interações...)**

---



---



---

**Obs<sup>2\*\*</sup> (anotar as suas impressões sobre o evento, seus sentimentos e a  
percepção de padrões emergentes).**

---



---



---

<sup>1\*</sup> Trata-se de uma descrição não avaliativa do que aconteceu, por exemplo “Pessoa ‘A’ fazia um relato da situação de um paciente e foi interrompido três vezes pela pessoa ‘B’”.

<sup>2\*\*</sup> Trata-se de inserir as impressões do observador, por exemplo “ Eu senti que as contribuições/opinião da pessoa ‘B’ não foram valorizadas neste evento/atividade.