

Sybelle Christianne Batista de Lacerda Pedrosa<sup>1</sup>, Millena Coelho Guimarães<sup>1</sup>,  
Alline Araújo Oliveira<sup>1</sup>, Gabriela Cristina da Silva Santos<sup>1</sup>,  
Alice Gabriella Mororó Marques<sup>1</sup>, Tereza Raquel da Silva Santos<sup>1</sup>,  
Bruna Vitória Lopes de Oliveira<sup>1</sup>, Bruno Merlo Zanol<sup>1</sup>,  
Filipe Varich Silva<sup>1</sup>, Caroline Mascarenhas Mota<sup>2</sup>,  
Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho<sup>1</sup>

**Interprofessional and collaborative practice in health teams in primary care in the city of Juazeiro, Bahia, Brazil**

## | Prática interprofissional e colaborativa em equipes de saúde na atenção primária do município de Juazeiro, Bahia

### **ABSTRACT| Introduction:**

*Collaborative and interprofessional practices are activities in which different health professionals carry out shared work in order to ensure comprehensive health care. **Objective:** To evaluate the availability and readiness for collaborative and interprofessional practices among Primary Health Care professionals in the city of Juazeiro, Bahia. **Methods:** This is a cross-sectional, observational, descriptive and quantitative study. The data collection involved the application of the Readiness for Interprofessional Learning (RIPLS). **Results:** 97 professionals participated in the study: doctors, nurses, dentists, psychologists, physical educator, physiotherapist, nutritionist and social worker. The total assessment obtained in the three RIPLS factors showed a statistically significant difference between health professionals. The mean score for physicians differed from nurses ( $p=0.02$ ). The average scores were located in the comfort zone for all professional categories, revealing high availability for teamwork, as well as for collaboration and patient-centered care. Collaborative and interprofessional practices were identified among primary care professionals. **Conclusion:** In this regard, it becomes possible to re (situate) the patient and their needs in the centrality of the process of health services, aiming the strengthening and effectiveness of the health system in meeting the demands of users in the perspective of comprehensive care.*

**Keywords|** Health services; Interprofessionality; Comprehensive health care.

**RESUMO| Introdução:** As práticas colaborativas e interprofissionais são atividades nas quais diferentes profissionais de saúde buscam realizar trabalho compartilhado a fim de garantir atenção integral à saúde. **Objetivo:** Avaliar a disponibilidade e prontidão para práticas colaborativas e interprofissionais entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde do município de Juazeiro, Bahia. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, observacional, descritivo e quantitativo envolvendo a aplicação do questionário *Readiness for Interprofessional Learning* (RIPLS). Participaram 97 profissionais, sendo eles: médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social. **Resultados:** A avaliação total obtida nos três fatores do RIPLS mostrou diferença estatisticamente significativa entre os profissionais de saúde. O escore médio para os médicos se diferenciou dos enfermeiros ( $p=0,02$ ). Os escores médios situaram-se na zona de conforto para todas as categorias profissionais, revelando elevada disponibilidade para o trabalho em equipe, bem como para colaboração e atenção centrada no paciente. Identificaram-se práticas colaborativas e interprofissionais entre os profissionais da atenção primária. **Conclusão:** Nesse sentido, tornou-se possível (re)situar o paciente e as suas necessidades na centralidade do processo dos serviços de saúde, visando ao fortalecimento e à efetividade do sistema de saúde em atender às demandas dos seus usuários na perspectiva do cuidado integral.

**Palavras-chave|** Serviços de saúde; Interprofissionalidade; Assistência integral à saúde.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina/PE, Brasil.

<sup>2</sup>Secretaria de Saúde de Juazeiro. Juazeiro/BA, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Educação Interprofissional (EIP) é definida como o aprendizado conjunto para o desenvolvimento de práticas compartilhadas entre duas ou mais profissões, que aprendem juntas com e sobre as outras<sup>1</sup>. A EIP tem sido uma ferramenta importante para o desenvolvimento das competências gerais na formação de estudantes, principalmente para atuar em equipe, resultando, em última instância, na melhoria da integralidade do cuidado. Para tanto, além das competências específicas de cada profissão e as comuns a todas, a EIP possibilita o desenvolvimento de competências colaborativas, que envolve o respeito às outras profissões, o planejamento conjunto, o exercício da tolerância e negociação, entre outras<sup>2,3</sup>.

Nesse sentido, o histórico dos modelos assistenciais de saúde reflete um importante marco para a construção das práticas que norteiam o trabalho interprofissional, principalmente pela mudança das visões do modelo biomédico, que é centrado na doença e na atuação uniprofissional, para a assistência integral e humanizada, que objetiva ampliar a visão da saúde, reunindo as diversas áreas para atuação colaborativa, propiciando a promoção da saúde<sup>4</sup>.

Deste modo, faz-se necessário diferenciar as formas de atuação mediante a formação e a atividade profissional. A atuação uniprofissional é aquela em que ocorre interação apenas de uma categoria profissional, na qual enfatizam-se suas habilidades e atribuições. Já a multiprofissional envolve várias categorias profissionais, cada uma realizando suas devidas funções. Por fim, o modelo interprofissional compreende o trabalho em equipe de forma colaborativa e não restritiva, compartilhando saberes e competências de forma centralizada no usuário, envolvendo-o também no seu autocuidado<sup>5</sup>.

Considerando os aspectos apresentados, a interprofissionalidade permeia o processo de formação e o trabalho em saúde de forma que contribui para a integralidade da assistência. Entretanto, o histórico das atuações em saúde ainda é caracterizado majoritariamente por uma assistência fragmentada, perpetuando importantes barreiras para a implementação e manutenção da prática interprofissional, que interferem principalmente na prática colaborativa<sup>6</sup>.

A prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais das 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>7</sup>. No entanto, no que diz respeito à adoção ou não da EIP na formação profissional, o trabalho colaborativo apresenta seus próprios desafios. A colaboração é baseada na premissa de que os profissionais querem trabalhar juntos para prestar um atendimento melhor, ao mesmo tempo, porém, eles têm seus próprios interesses e desejam manter certo grau de autonomia e independência<sup>8</sup>. Portanto, a colaboração é voluntária e não pode ser introduzida nas práticas de saúde por decreto, afinal, não se ordena a colaborar. Logo, o desafio da EIP é formar profissionais que tenham competências que possam ser mobilizadas na sua inserção nos serviços, grupos e equipes de trabalho, buscando colaboração em aprendizado compartilhado com os demais profissionais, gestores, usuários, famílias e comunidade<sup>9</sup>.

Nesse contexto, apesar de todos os esforços, ainda ocorre um distanciamento entre as práticas de saúde e os modelos de educação na saúde. O processo educativo permanece sendo realizado, em sua maioria, apenas com formações específicas dentro de cada categoria profissional. São modelos desfavoráveis ao direcionamento das políticas públicas de saúde no Brasil, as quais exigem nos processos de trabalho ações cada vez mais colaborativas entre as diferentes profissões<sup>10</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar as atitudes e a prontidão no âmbito da interprofissionalidade e das práticas colaborativas entre profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Juazeiro/BA.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo com abordagem quantitativa realizado em 49 Unidades Básicas de Saúde do município de Juazeiro/BA. A coleta de dados ocorreu de forma remota em decorrência da pandemia da COVID-19 durante o período de setembro a dezembro de 2020. A amostragem foi do tipo não probabilística, sendo o tamanho da amostra escolhido por conveniência. Dessa forma, foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- profissionais permanentes com formação acadêmica em curso de saúde das Unidades Básicas do município de Juazeiro, Bahia.

Os critérios de exclusão levaram em conta:

- profissionais externos de outras especialidades que prestam assistência ao município quando solicitados;
- profissionais de saúde afastados por férias ou licenças.

Uma carta convite apresentando informações, esclarecimentos, relevância e objetivos do estudo foi enviada por *e-mail* juntamente ao *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS)<sup>11</sup> e o questionário sobre o perfil sociodemográfico dos participantes e informações complementares. Os instrumentos da pesquisa foram hospedados na ferramenta do *Google Forms*. Os profissionais de saúde foram contatados por meio dos endereços eletrônicos fornecidos pela Secretaria de Saúde do município de Juazeiro.

O instrumento RIPLS foi traduzido e submetido à adaptação transcultural no Brasil por Peduzzi e Norman<sup>12</sup> e apresenta 26 assertivas na Escala *Likert*, que avalia atitudes e prontidão para três fatores: 1- trabalho em equipe e colaboração (15 itens); 2- identidade profissional (6 itens); e 3- atenção centrada no paciente (5 itens) com as seguintes pontuações: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) não concordo nem discordo; (4) concordo; e (5) concordo totalmente.

As assertivas “Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo com estudantes de outras profissões da saúde”, “A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos”, “Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde”, “Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu”, “Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional”, “Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional” e “Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente” foram invertidas, adquirindo a seguinte pontuação: (5) discordo totalmente; (4) discordo; (3) não concordo nem discordo; (2) concordo; e (1) concordo totalmente.

Quanto maior o escore de resposta, maior é a concordância com o item analisado e mais fortes serão as atitudes e a disponibilidade para o trabalho interprofissional<sup>13</sup>. A variável dependente foi a identificação da disponibilidade

do profissional de saúde em desenvolver competências colaborativas por meio dos escores fatoriais da RIPLS, e como variáveis independentes: sexo, idade (exposta de forma contínua e categorizada em “24 - 40 anos” e “> 40 anos”), formação profissional (exposta de forma nominal e categorizada em “enfermeiro”, “dentista”, “médico” e “outros”), tempo de formação (exposta de forma contínua e categorizado em “6 meses a 20 anos” e “> 20 anos”), tempo de experiência na atenção básica (exposta de forma contínua e categorizado em “6 meses a 10 anos” e “> 10 anos”) e se possui outro vínculo empregatício. Os outros profissionais de saúde envolvidos no estudo têm formação acadêmica em Psicologia, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social.

As médias obtidas foram interpretadas por intervalos: zona de conforto (escores médios das respostas 3,67 a 5,00), zona de alerta (2,34 a 3,66) e zona de perigo (1,00 a 2,33). As médias classificadas como zona de perigo requerem mudanças urgentes, enquanto a zona de alerta representa uma situação que necessita de aprimoramento e a zona de conforto implica manutenção das atitudes<sup>13</sup>.

Os dados foram expressos em distribuição de frequência (absoluta e relativa). As variáveis foram analisadas por meio de estatísticas de posição (média e mediana) e dispersão (desvio padrão), respeitando-se a distribuição normal para cada variável. Os testes estatísticos ANOVA e t de *Student* foram utilizados para comparar os escores médios e o *post hoc* Tukey quando houve diferença estatística significativa entre três grupos ou mais. Para verificar a associação entre as categorias profissionais e as medianas obtidas na RIPLS, as pontuações dos Fatores 1, 2 e 3, e a pontuação global da RIPLS, foram dicotomizadas e utilizadas como variáveis dependentes no teste qui-quadrado. Aqueles que obtiveram pontuação inferior à mediana foram codificados como “0”, enquanto os que obtiveram escores acima foram codificados como “1”.

Adicionalmente, foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman* para analisar o nível de concordância existente entre as respostas dos diferentes profissionais de saúde. Adotou-se o nível de significância em 5%. A análise dos dados foi realizada no *software* RStudio, versão 3.6.1.

A coleta de dados foi iniciada somente após apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Sertão (CEP-IF Sertão), sendo aprovado sob o n.º 4.271.694 e CAAE: 34108720.9.0000.8052.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 97 profissionais de saúde do município de Juazeiro/BA. A maioria dos participantes (68%) foi do sexo feminino (Tabela 1) com média de idade  $37,5 \pm 7,6$  anos, variando entre 24 e 61 anos e mediana de 37 anos. Para o tempo de formado, a média foi de  $11,6 \pm 7,7$  anos, variando de 6 meses a 40 anos e mediana de 10 anos. O tempo de experiência na atenção básica foi de  $9,0 \pm 6,2$  anos, variando de 6 meses a 35 anos e mediana de 8,5 anos.

Dos profissionais envolvidos na pesquisa, 45,3% (N=44) eram enfermeiros, 28,8% (N=28), médicos e 19,5% (N=19) dentistas. Além disso, 6,1% (N=6) faziam parte do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), a saber: um fisioterapeuta, um assistente social, um educador físico, um nutricionista e dois psicólogos.

Houve diferença estatisticamente significativa entre as profissões para o Fator 2 (Identidade profissional), sendo

que o escore médio para os médicos se diferenciou dos enfermeiros ( $p=0,03$ ). Valor semelhante foi observado em relação à avaliação total obtida nos três fatores do RIPLS, em que o escore médio para os médicos se diferenciou dos enfermeiros ( $p=0,02$ ) (Tabela 2).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para o Fator 1 (Trabalho em equipe e colaboração) e o Fator 3 (Atenção à saúde centrada no paciente) entre as categorias profissionais. Os escores médios para os fatores da RIPLS situaram-se na zona de conforto para todas as profissões, revelando elevada disponibilidade para o trabalho em equipe e colaboração, bem como na atenção centrada no paciente (Tabela 3).

Após as medianas serem dicotomizadas de acordo com as pontuações obtidas nos Fatores 1, 2 e 3 da RIPLS e global, elas foram inseridas como variáveis dependentes nas análises em função das categorias profissionais.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde do município de Juazeiro/BA (N=97), 2020

Variáveis	N	%	Para os três fatores da RIPLS (M ± DP)	p-valor
<b>Sexo</b>				<b>0,02*</b>
Feminino	66	68,0	3,86 ± 0,25	
Masculino	31	32,0	4,03 ± 0,31	
<b>Idade</b>				0,67*
24 - 40 anos	70	72,2	3,91 ± 0,25	
>40 anos	27	27,8	3,94 ± 0,26	
<b>Formação profissional</b>				<b>0,02**</b>
Enfermeiro	44	45,3	3,85 ± 0,24 <sup>a</sup>	
Médico	28	28,8	4,04 ± 0,31 <sup>b</sup>	
Dentista	19	19,5	3,87 ± 0,23 <sup>a</sup>	
Outras	6	6,1	3,98 ± 0,22 <sup>a</sup>	
<b>Tempo de formação</b>				<b>&lt;0,001*</b>
6 meses a 20 anos	87	89,6	3,93 ± 0,28	
>20 anos	10	10,4	3,79 ± 0,28	
<b>Tempo de experiência na atenção básica</b>				0,1*
6 meses a 10 anos	60	61,8	3,95 ± 0,29	
>10 anos	37	38,2	3,85 ± 0,26	
<b>Possui outro vínculo empregatício</b>				0,4*
Sim	46	47,4	3,89 ± 0,31	
Não	51	52,6	3,94 ± 0,26	

M: Média; DP: Desvio Padrão; \*Teste t de Student; \*\*ANOVA seguido de *post hoc* de tukey (letras iguais não diferem entre si e letras diferentes diferem entre si); p valor < 0,05. Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 2 – Comparação dos escores médios e desvio padrão para os fatores do RIPLS, por profissão entre os profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde do município de Juazeiro/BA (N=97), 2020

RIPLS	Enfermeiro (M ± DP)	Médico (M ± DP)	Dentista (M ± DP)	Outras profissões (M ± DP)	p-valor
F1	4,18 ± 0,31	4,29 ± 0,33	4,18 ± 0,25	4,00 ± 0,24	0,76
F2	2,53 ± 0,74	3,00 ± 0,32	2,68 ± 0,44	2,94 ± 0,62	<b>0,02</b>
F3	4,44 ± 0,43	4,57 ± 0,34	4,5 ± 0,41	4,73 ± 0,44	0,22
<b>Avaliação total</b>	<b>3,85 ± 0,24</b>	<b>4,04 ± 0,31</b>	<b>3,87 ± 0,23</b>	<b>3,98 ± 0,22</b>	<b>0,02</b>

Fatores da RIPLS: Fator 1 - Trabalho em equipe e colaboração; Fator 2 - Identidade profissional, e Fator 3 - Atenção à saúde centrada no paciente. M: Média; DP: Desvio Padrão; p: valor < 0,05. Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Tabela 3 – Escore médio e desvio padrão para os itens dos respectivos fatores do RIPLS, por profissão entre os profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde do município de Juazeiro/BA (N=97), 2020

RIPLS	Enfermeiro (M± DP)	Zona	Médico (M ± DP)	Zona	Dentista (M ± DP)	Zona	Outras profissões (M ± DP)	Zona
<b>FATOR 1</b>								
1. A aprendizagem junto a outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	4,89 ± 0,43	***	4,75 ± 0,40	***	4,73 ± 0,42	***	4,83 ± 0,45	***
2. Em última análise, os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	4,88 ± 0,42	***	4,82 ± 0,42	***	4,88 ± 0,41	***	4,33 ± 0,43	***
3. Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	4,78 ± 0,51	***	4,71 ± 0,65	***	4,67 ± 0,83	***	4,33 ± 0,85	***
4. A aprendizagem junto a outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	4,47 ± 0,54	***	4,42 ± 0,73	***	4,57 ± 0,52	***	4,00 ± 0,62	***
5. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais de saúde.	4,57 ± 0,52	***	4,46 ± 0,73	***	4,13 ± 0,41	***	4,16 ± 0,40	***
6. A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	4,40 ± 0,61	***	4,42 ± 0,74	***	4,86 ± 0,78	***	4,66 ± 0,56	***
7. Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	4,87 ± 0,43	***	4,41 ± 0,51	***	4,78 ± 0,47	***	4,83 ± 0,42	***
8. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	4,61 ± 0,53	***	4,77 ± 0,42	***	4,84 ± 0,45	***	4,50 ± 0,54	***

\*continua.

\*continuação.

9. A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	4,40 ± 0,55	***	4,42 ± 0,62	***	4,42 ± 0,67	***	4,50 ± 0,85	***
10. Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo com outros estudantes de outras profissões da saúde.	1,97 ± 1,22	*	2,77 ± 1,51	**	1,88 ± 0,95	*	2,33 ± 1,71	**
11. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso. (R)	2,09 ± 1,21	*	2,53 ± 1,47	**	2,15 ± 1,31	*	1,66 ± 1,22	*
12. A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	4,51 ± 0,51	***	4,50 ± 0,76	***	4,36 ± 0,53	***	4,16 ± 0,77	***
13. Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	4,21 ± 0,72	***	4,28 ± 0,87	***	4,16 ± 0,86	***	4,50 ± 0,51	***
14. A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	4,38 ± 0,61	***	4,50 ± 0,56	***	4,41 ± 0,52	***	4,50 ± 0,56	***
15. A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	4,24 ± 0,93	***	4,50 ± 0,63	***	1,96 ± 0,61	*	4,50 ± 0,53	***
<b>FATOR 2</b>								
16. A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos. (R)	2,15 ± 1,36	*	2,82 ± 1,42	**	1,99 ± 0,65	*	2,16 ± 1,10	*
17. Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde. (R)	2,48 ± 1,16	**	3,12 ± 1,03	**	2,26 ± 1,07	*	2,00 ± 1,03	*
18. Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu. (R)	2,15 ± 1,15	*	2,64 ± 1,36	**	1,99 ± 0,93	*	2,00 ± 1,01	*
19. Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional. (R)	3,43 ± 1,02	**	3,42 ± 1,11	**	3,26 ± 0,91	**	3,33 ± 0,87	**
20. Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional. (R)	2,35 ± 1,02	*	2,92 ± 1,00	**	4,28 ± 0,74	***	4,16 ± 0,76	***
21. Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente. (R)	3,09 ± 1,22	**	3,00 ± 0,92	**	3,41 ± 1,05	**	4,00 ± 1,08	***

\*continua.

\*continuação.

FATOR 3								
22. Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	4,28 ± 0,61	***	4,50 ± 0,57	***	4,36 ± 0,67	***	4,50 ± 0,52	***
23. Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	4,78 ± 0,54	***	4,78 ± 0,42	***	4,84 ± 0,48	***	4,83 ± 0,43	***
24. Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes.	4,16 ± 0,86	***	4,32 ± 0,81	***	4,00 ± 0,75	***	4,66 ± 0,56	***
25. Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	4,54 ± 0,65	***	4,53 ± 0,73	***	4,52 ± 0,52	***	4,83 ± 0,45	***
26. Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	4,65 ± 0,51	***	4,75 ± 0,41	***	4,78 ± 0,51	***	4,83 ± 0,42	***

Fatores da RIPLS: Fator 1 - Trabalho em equipe e colaboração; Fator 2 - Identidade profissional, e Fator 3 - Atenção à saúde centrada no paciente. M: Média; DP: Desvio padrão. \* = Zona de perigo (1,00 até 2,33), \*\* = Zona de alerta (2,34 até 3,66), \*\*\* = Zona de conforto (3,67 até 5,00). R: Os itens do Fator 2 e o item 10 do Fator 1 foram invertidas. Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Desse modo, observou-se que os enfermeiros apresentaram mediana de 4,5, 2, 5 e 4 nos Fatores 1, 2, 3 e global, respectivamente, sendo que 50% (N=22) atingiram a pontuação acima da mediana no Fator 1, 34% (N=15) no Fator 2, 54,5% (N=24) no Fator 3 e 36,6% (N=16) no geral. Os médicos obtiveram mediana 4,5, 3, 5 e 4,5 para as pontuações dos Fatores 1, 2, 3 e global, respectivamente. Entretanto, a maioria deles (53,5%; N=15) pontuou acima da mediana no Fator 1, 35,7% (N=10) no Fator 2, 64,2% (N=18) no Fator 3 e 50% (N=14) no geral. Os dentistas mostraram medianas em 4, 2,5, 5 e 4 para os Fatores 1, 2, 3 e global, respectivamente, sendo que 52,6% (N=10) obtiveram pontos acima da mediana no Fator 1, a minoria (N=3; 15,7%) no Fator 2, 63,1% (N=12) no Fator 3 e 47,3% (N=9) no geral. Os outros profissionais de saúde apresentaram a mediana em 4,5, 2,5, 5 e 4,5 para os Fatores 1, 2, 3 e global, respectivamente. O quantitativo para essa categoria foi 33,3% (N=2) para os Fatores 1 e 2, 83,3% (N=5) e 50% (N=3) para as pontuações do Fator 3 e avaliação geral, respectivamente. Não foi verificada diferença significativa entre as medianas e as categorias profissionais incluídas no estudo, para nenhum dos três fatores da RIPLS e da pontuação global.

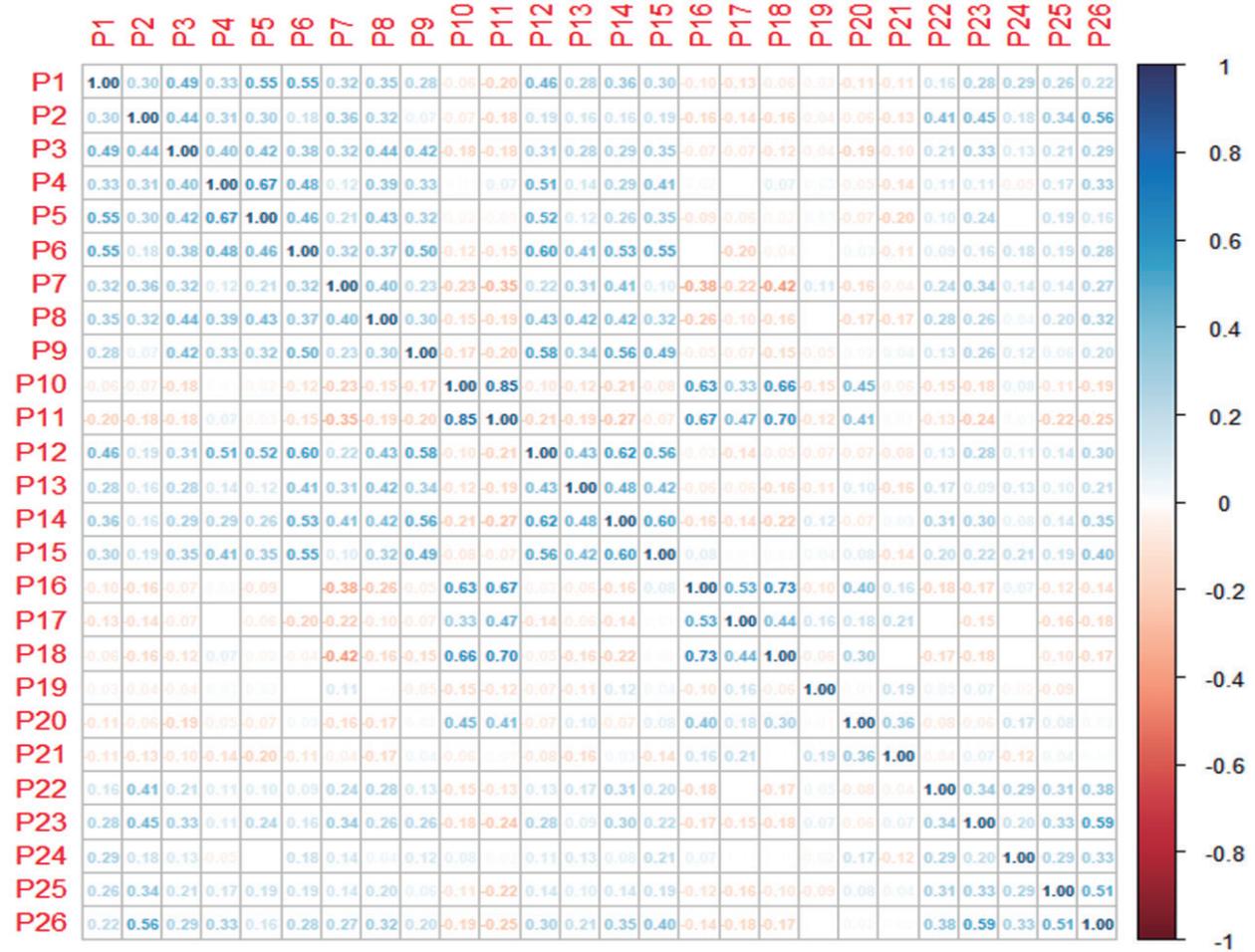
Em relação ao grau de similaridade quanto às preferências dos respondentes, houve forte correlação entre os itens “10. Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo com outros estudantes de outras profissões

da saúde” e “11. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso” do questionário ( $r = +0,85$ ;  $p < 0,001$ ), as assertivas 10 e 18, “Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu”, também apresentaram forte correlação ( $r = +0,66$ ;  $p < 0,001$ ), assim como os itens 11 e 15, “A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe” ( $r = +0,67$ ;  $p < 0,001$ ), e 11 e 18 ( $r = +0,70$ ;  $p < 0,001$ ) (Figura 1).

## DISCUSSÃO

Os profissionais que mais contabilizaram participação foram enfermeiros, seguidos de médicos e dentistas. A maioria não possui outros vínculos empregatícios e apresenta tempo de experiência na atenção básica variando de seis meses a dez anos. De acordo com a classificação da RIPLS, a pontuação varia mediante as assertivas: de 1,0 a 2,33 sinaliza “zona de perigo”, representando percepção negativa e a necessidade de mudanças imediatas sobre o contexto do trabalho colaborativo; de 2,34 a 3,66 sinaliza “zona de alerta”, mostrando dificuldades que demandam mudanças sem o caráter de urgência; e de 3,67 a 5,0 sinaliza “zona de conforto”, indicando percepção positiva, denotando êxito<sup>14</sup>.

Figura 1 – Correlações entre os 26 itens respondidos do RIPLS pelos profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde do município de Juazeiro/BA (N=97), 2020



P1 a P26: representam os 26 itens da RIPLS. Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido, de modo geral, os resultados desta pesquisa apontam para zona de conforto, revelando elevada disponibilidade de todas as categorias profissionais de saúde para atitudes e práticas colaborativas no município. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas interprofissionais se consolidam como estratégia para fortalecer o cuidado na perspectiva da integralidade, assim como para acurar a resolutividade nos diversos níveis de atenção.

Em se tratando do Fator 1 da RIPLS, que compreende a temática “trabalho em equipe e colaboração”, as médias de respostas foram superiores a 4 para quase todos os itens, denotando a disponibilidade de todos os profissionais para práticas interprofissionais, com destaque para os enfermeiros. Entretanto, as questões “Não desperdiçaria meu tempo aprendendo com outros” e “Solução de

problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso” apontam resultados preocupantes, com enquadramento na zona de perigo para a maioria das categorias, sendo que apenas o médico ficou numa situação mais favorável, porém, ainda de alerta.

Não obstante, a formação em saúde no Brasil ainda é legitimada pela lógica uniprofissional, na qual a maioria dos currículos estão estruturados de modo predominantemente disciplinar, formando profissionais despreparados para o trabalho compartilhado<sup>15</sup>. Esse modelo curricular favorece a fragmentação do saber e não incentiva a interação, fazendo com que se desconheçam as responsabilidades e os papéis do outro profissional.

As iniciativas de EIP propiciam um contexto de formação capaz de impulsionar mudanças na atenção à saúde, pois

possibilitam a formação de profissionais críticos, reflexivos, proativos e preparados para o mercado do trabalho. No Brasil, essa estratégia pedagógica caminha a passos lentos e ainda com foco na interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, carecendo de mais empenho investigativo para confrontar EIP e qualidade de atenção à saúde<sup>16,17</sup>.

Outro resultado desta pesquisa que indica atraso ou falha na implementação de iniciativas que fomentem o trabalho em equipe é a classificação dos profissionais dentistas na zona de perigo quando o assunto é a formação profissional. Quando questionados “Se a aprendizagem compartilhada durante a graduação havia contribuído para torná-los profissionais que trabalham melhor em equipe”, os odontólogos obtiveram o pior resultado, com pontuação menor que 2 (o resultado não foi estaticamente significativo). Os outros profissionais do estudo alcançaram pontuações acima do escore 4, classificados na zona de conforto diante do mesmo questionamento.

A inabilidade em trabalhar com equipes multiprofissionais e interdisciplinares pode acarretar inúmeros problemas aos profissionais e à qualidade de atenção à saúde. A prática colaborativa requer o desejo em cooperar, contribuir com o trabalho desempenhado pelo outro componente da equipe. Mesmo que haja falhas na formação profissional, deve-se buscar esse conceito como um dos pilares da EIP<sup>15</sup>. Experiências bem-sucedidas na formação de profissionais em saúde indicam que a modificação e a aplicação de grades curriculares devem ocorrer de forma ostensiva e o quanto antes no Brasil<sup>16</sup>.

Outro resultado deste estudo que chama atenção e deve ser destacado diz respeito ao Fator 2, que trata do conteúdo sobre “Identidade profissional”. Nesse segmento são colocadas questões como conhecimentos, habilidades, competências, papéis e funções das profissões. A média do escore das categorias foi inferior a 3, com exceção da médica que atingiu 3, sinalizando zona de alerta, representando dificuldades no que diz respeito a mudanças de comportamentos nos processos de trabalho. Isso, reafirma ainda, o quanto se desconhece sobre o saber fazer do outro<sup>18</sup>.

Os escores baixos encontrados nas questões “Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde” e “Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área

da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu” retratam a deficiência junto a práticas colaborativas entre os profissionais da região<sup>17</sup>. A soma de esforços, conhecimentos e habilidades encontradas em cada categoria profissional é basilar para a excelência das atividades interdisciplinares e da atenção à saúde. Essa realidade encontrada no município aponta para a necessidade de transformações nos processos formativos para efetivas práticas colaborativas alinhadas aos princípios do SUS.

Nesse contexto, quanto mais preparados estiverem os profissionais para o desenvolvimento do trabalho colaborativo, mais facilmente avançar-se-á para o cuidado na perspectiva da integralidade, para a equidade na saúde com foco em necessidades individuais e coletivas<sup>17</sup>.

A identidade profissional vem sendo tratada em Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), em pesquisas sobre EIP e práticas interprofissionais sustentadas na discussão da importância do trabalho colaborativo em equipe e na definição de funções, papéis e responsabilidades de cada categoria, sem que haja a hipervalorização de uma em detrimento de outra<sup>19</sup>.

No que diz respeito ao Fator 3, “Atenção centrada no paciente”, evidenciou-se em todos os itens e todas as profissões média de escore superior a 4. Nessa dimensão do RIPLS, foram abordadas questões referentes à relação de confiança profissional/usuário e ao conhecimento e foco do cuidado na pessoa e não na doença e/ou diagnóstico. O resultado destaca que a categoria médica obteve o escore mais elevado, seguida de outros profissionais, dentista e enfermeiro, o que causa certo estranhamento.

Isso se dá porque estudos apontam o baixo grau de comunicação do médico e a sua dificuldade de integrar-se ao trabalho em equipe, além do grande desafio que é fixá-lo na APS mediante sua reconhecida preferência pelo hospital e consultório privado, dificultando o seu acesso em várias regiões, fato comum a vários países<sup>20</sup>. Contudo, a Política de Governo vem investindo em estratégias para prover essas lacunas. O Programa Mais Médicos (PMM), por exemplo, tenciona ampliar a provisão de médicos e qualificá-los, além de investir na infraestrutura dos serviços. No entanto, ele tem gerado bastante discussão entre classe e Gestão pelo descompasso entre os investimentos destinados e a real estrutura encontrada pelas equipes do programa, assim como pela complexidade dos problemas de saúde<sup>21</sup>.

Ainda assim, estudos evidenciam resultados exitosos do PMM, com a crescente disponibilidade de médicos a competências colaborativas<sup>20,21</sup>. Nessa perspectiva, os participantes deste estudo se mostraram de prontidão para a aprendizagem interprofissional, revelando atitudes positivas no que se refere ao trabalho em equipe, expressando a importância de políticas instigadoras para a formação e prática em saúde, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, que desde sua primeira edição, esteve presente no município.

A Política do Pró-Saúde promove inquietações e traz experiências positivas que reverberam em aprendizado conjunto e ações interprofissionais a caminho da integralidade. O PET-Saúde, por sua vez, reafirma essa integração entre as atividades de atenção à saúde e o espaço da formação, a partir de atitudes colaborativas entre estudantes e profissionais de serviços de saúde<sup>17</sup>.

Com isso, a interprofissionalidade empenha-se para superar a compartimentalização de especialidades a partir da problematização de cenários reais, articulando e integrando ações de saúde. Outrossim, colabora na organização dos serviços, fortalecendo a resolubilidade dos serviços e a qualidade do cuidado prestado, mediante o reconhecimento das competências específicas de cada profissão, mas mantendo as fronteiras indelimitadas, permitindo a flexibilização dos papéis<sup>22</sup>.

O presente estudo apresentou limitações pelo fato de a amostra ter sido definida por conveniência e constituída por um número amostral pequeno, não sendo possível extrapolar os dados para uma população maior. Além disso, os dados coletados foram obtidos em apenas um município em cenário de pandemia, com afastamentos e absenteísmos dos profissionais. Contudo, o município em que foi desenvolvido a pesquisa dispõe de 57 Unidades Básicas em sua Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação no estudo de 49 estabelecimentos, totalizando a maior parte dos serviços da atenção básica, sendo que mais da metade dos profissionais de nível superior foram colaboradores.

Ademais, destaca-se que os resultados mostrados permitem nortear futuras pesquisas de caráter qualitativo e analítico que possam produzir impactos positivos sobre o processo de trabalho em saúde, bem como avançar na discussão sobre os efeitos das práticas colaborativas e interprofissionais para a melhoria da atenção à saúde e da qualidade do serviço.

## CONCLUSÃO

As categorias profissionais envolvidas no estudo mostraram elevada disponibilidade para o trabalho em equipe, bem como para colaboração e atenção centrada no paciente. Apesar do trabalho em equipe ser o centro da APS, a formação de equipes integradas, baseadas em práticas colaborativas, permanece limitada. Isto revela a necessidade do fortalecimento do trabalho interprofissional, situando os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde e, deste modo, minimizando a atuação fragmentada do cuidado. Nessa perspectiva, a pesquisa fornece subsídios que contribuem para o aprimoramento do processo de trabalho em saúde no intuito de assegurar maior resolutividade aos serviços prestados e mais qualidade à atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface*. 2016;20(56):185-197.
2. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*. 2012;2:25-8.
3. Aguilar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*. 2011;16(1):165-82. doi: 10.1590/S1414-40772011000100009
4. Raimundo JS, Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Revista Mosaico*. 2020;11(2):109-116.
5. Lima AFS, Lemos, EC, Antunes MBC. Educação Interprofissional em Saúde e a promoção da integralidade do cuidado: uma revisão de literatura. *Cad. Cuidado*. 2019;3(2):5-19.
6. Previato GF, Baldissera VDA. Comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface*. 2018;22(Supl 2):1535-47.

7. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em Educação Interprofissional e Colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
8. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodriguez, Pineault R. A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2008;8:188.
9. Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. doi: 10.18310/ 9788566659931.
10. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forste AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. Saúde debate. 2019;43(Esp. 1):86-96. doi: 1590/0103-11042019S107
11. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). Med Educ. 1999;33(2):95-100. doi: 10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x
12. Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(Esp. 2):7-15. doi: 10.1590/S0080-623420150000800002
13. Rodrigues JRS, Soares FJP, Alcântara RC. Perspectivas para a educação interprofissional em um hospital de trauma. Atas – Investigação Qualitativa em Saúde. 2018;2.
14. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface. 2018;22(Supl 2):1525-34.
15. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR. Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. Interface. 2018;22(Supl 2):1705-15. doi: 10.1590/1807-57622017.0693
16. Carvalho MFAA, Coelho EDAC, Oliveira JFD, Freire AKS. Equipe colaborativa sob o escopo interprofissional fortalecendo a integralidade na atenção psicossocial. Res Soc Dev. 2020;9(8).
17. Nunes AS, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e saúde e prática colaborativa. Rev Esc Enferm USP. 2020;31(1-3):60-8.
18. Vatn L, Dahl BM. Interprofessional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards. J Interprof Care. 2021;13:1-9. doi: 10.1080/13561820.2021.1890703
19. Reis D, Cecílio LCO, Andrezza R, Araújo E, Correia T. Nem herói, nem vilão: elementos da prática médica na atenção básica em saúde. Cien Saude Colet. 2018;23(8):2651-2660.
20. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery. 2018;22(4):e20170372.
21. Mourão Netto JJ, Rodrigues ARM, Aragão OC, Goyanna NF, Cavalcante AES, Vasconcelos MAS, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e2. doi: 10.26633/RPSP.2018.2
22. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. Rev esc enferm USP. 2021;55:e03733. doi: 10.1590/S1980-220X2020018903733

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Sybelle Christianne Batista de Lacerda Pedrosa**

*Av. José de Sá Maniçoba, s/n,*

*Centro, Petrolina, Pernambuco, Brasil*

*CEP: 56304-917.*

*E-mail: sybelle.pedrosa@univasf.edu.br*

Recebido em: 29/08/2022

Aceito em: 03/11/2022