

Atitudes colaborativas interprofissionais na Estratégia Saúde da Família e fatores associados

Interprofessional collaborative attitudes in the Family Health Strategy and associated factors

Ilana Barros Moraes da Graça^{1,2}, André Luiz Barros Sousa^{1,3}, Maria Almira Bulcão Loureiro⁴, Edeane Rodrigues Cunha⁴, Aline Sampieri Tonello¹, Sally Cristina Moutinho Monteiro¹

DOI: 10.1590/2358-289820241438843P

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

PALAVRAS-CHAVE Relações interprofissionais. Práticas interdisciplinares. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT Collaborative attitudes provide comprehensive, shared care, centered on the user, family and community, overcoming fragmented care. The present study aimed to identify collaborative attitudes and associated factors of professionals who work in the Family Health Strategy teams in the Metropolitan Region of São Luís, Maranhão. This was a cross-sectional, analytical and quantitative study. The final sample consisted of 311 participants. Data collection took place through an electronic form and application of the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration. Statistical analyzes were performed using the Chi-Square test, considering $p < 0.05$. The results demonstrated that the professionals presented moderate collaborative attitudes. It was found that the type of specialization ($p = 0.008$) and working time in the Family Health Strategy teams ($p = 0.02$) were associated with more collaborative attitudes, reinforcing the importance of teamwork and qualified labor for the development of positive attitudes for collaboration in health.

KEYWORDS Interprofessional relations. Interdisciplinary placement. Family Health Strategy. Primary Health Care.

¹Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil.
ilana.moraes@ufma.br

²Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) – São Luís (MA), Brasil.

³Secretaria Municipal de Saúde de Raposa (Semus Raposa) – Raposa (MA), Brasil.

⁴Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – São Luís (MA), Brasil.



Introdução

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

Esse cuidado, pautado na interprofissionalidade, se estabelece quando há materialização de uma prática colaborativa em saúde, em que os profissionais trabalham e aprendem mutuamente promovendo melhorias nos resultados da assistência à saúde do usuário; em que são levadas em consideração as habilidades de cada um, contribuindo para a redução de erros e ações duplicadas, concretizando o cuidado em saúde de fato⁴.

A saúde pública brasileira, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), traz em sua essência o cuidado interprofissional, pois está pautada nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, que reforçam as bases estruturantes para a colaboração interprofissional, com o entendimento de que somente equipes agrupadas não são suficientes para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, tornando-se necessária para a eficácia e excelência do atendimento a colaboração entre os integrantes das equipes de um mesmo serviço, de equipes de outros serviços e de diferentes setores de uma determinada rede⁵⁻⁷.

Dessa forma, o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ganhou destaque no Brasil por representar um trabalho multiprofissional voltado para o fortalecimento do sistema de saúde, trazendo a possibilidade da reorganização da assistência em saúde, da melhoria do acesso à qualidade assistencial e da capacidade de responder aos fatores heterogêneos do processo

saúde/doença⁸, mesmo frente às barreiras ao trabalho interprofissional. Entre essas barreiras, pode-se citar a falta de efetividade na comunicação; a dificuldade de coordenação do trabalho em rede; a fragmentação do cuidado, abrangendo desde a formação uniprofissional, as iniquidades socioeconômicas, as relações de poder entre profissionais e usuários e até as próprias demandas da APS⁷. Essa fragmentação do processo de trabalho da ESF requer a articulação de novos arranjos nas práticas dessas equipes, dentre os quais destaca-se o incentivo para a implementação da prática do trabalho interprofissional e colaborativo⁹.

Nesse contexto, torna-se relevante a presente temática, uma vez que a interprofissionalidade poderá proporcionar a interação e comunicação produtivas entre os integrantes das equipes de ESF, promovendo a clareza de papéis entre os profissionais, contribuindo para respostas efetivas e eficazes no processo de cuidar^{1,9}. As equipes de saúde ao compreender o contexto do indivíduo e seus determinantes sociais, podem atuar de forma interprofissional, otimizando as habilidades de seus membros, compartilhando o gerenciamento de casos e prestando serviços de saúde com maior qualidade e segurança para o indivíduo, família e comunidade^{7,9}.

O uso da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (Ejarcí) consiste em relevante instrumento para a identificação dessas atitudes colaborativas, o que é importante para o despertar do fazer profissional e da sensibilização, tanto para os que estão inseridos nas equipes quanto para os gestores; e sua utilização na avaliação das atitudes colaborativas justifica-se pela maior capilaridade de alcance de profissionais, ou seja, permite identificar atitudes de diversas categorias profissionais simultaneamente¹⁰.

Considerando a importância das atitudes colaborativas para desenvolvimento de um trabalho interprofissional que garante um cuidado seguro e eficaz aos usuários, família e comunidade; considerando a escassez de estudos com essa abordagem no Brasil, a

questão norteadora do estudo foi: os profissionais da ESF da região metropolitana de São Luís, Maranhão, possuem atitudes colaborativas interprofissionais? Desse modo, este artigo objetivou identificar as atitudes relacionadas às práticas colaborativas e seus possíveis fatores associados dos profissionais inseridos na ESF da Região Metropolitana de São Luís, Maranhão.

Material e métodos

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

Como critérios de não inclusão, tem-se os profissionais de nível médio da equipe de saúde da família, assim como os profissionais que se encontravam de férias e aqueles alocados em atividades administrativas, sem atuação direta na assistência à saúde.

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

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

abrangeu as características sociodemográficas (como sexo, idade, cor da pele autodeclarada); as relacionadas à formação profissional e especialização (por exemplo, graduação e tipo de especialização); as relacionadas ao processo de trabalho (tais como tempo de trabalho em anos na ESF e APS, tipo de vínculo empregatício e trabalho na gestão), além dos itens da Ejarci.

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

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

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

A consistência interna das respostas do questionário da Ejarci (validade do conteúdo) foi verificada pelo Alfa de Cronbach, o qual resultou em um Alfa de 0,806. Posteriormente,

para verificar a associação entre as respostas da Ejarci e as demais variáveis, realizaram-se análises bivariadas utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no *software* Stata versão 14.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) em 28 de julho de 2021, segundo o parecer nº 4.860.234 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 47878821.1.0000.5086. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012¹⁵ e Resolução CNS nº 510/2026¹⁶.

Resultados

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

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

| Variáveis | n | % |
|--------------------------------|-----|-------|
| Sexo | | |
| Masculino | 63 | 20,26 |
| Feminino | 248 | 79,74 |
| Cor | | |
| Branca | 125 | 40,19 |
| Preta | 28 | 9,01 |
| Parda | 158 | 50,80 |
| Faixa etária | | |
| 20-29 | 68 | 21,86 |
| 30-39 | 112 | 36,01 |
| 40-49 | 88 | 28,30 |
| 50-59 | 30 | 9,65 |
| > 60 | 13 | 4,18 |
| Município de residência | | |
| São Luís | 240 | 77,17 |
| São José de Ribamar | 36 | 11,58 |
| Paço do Lumiar | 17 | 5,47 |
| Raposa | 6 | 1,93 |
| Alcântara | 8 | 2,57 |
| Outras | 4 | 1,29 |
| Formação | | |
| Enfermagem | 166 | 53,38 |
| Medicina | 83 | 26,69 |
| Odontologia | 62 | 19,94 |

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

| Variáveis | n | % |
|---------------------------------------|-----|-------|
| Especialização | | |
| Sim | 242 | 77,81 |
| Não | 69 | 22,19 |
| Tipo de especialização | | |
| Área de Saúde da Família e Comunidade | 137 | 44,05 |
| Outras | 104 | 33,44 |
| Nenhuma | 70 | 22,51 |
| Vínculo empregatício | | |
| Concursado | 101 | 32,48 |
| Contratado/seletivado | 210 | 67,52 |
| Tempo de trabalho na APS | | |
| < 1 ano | 41 | 13,18 |
| 1-5 anos | 96 | 30,87 |
| 6-10 anos | 54 | 17,36 |
| 11-15 anos | 49 | 15,76 |
| > 15 anos | 71 | 22,83 |
| Tempo de trabalho na ESF | | |
| < 1 ano | 49 | 15,76 |
| 1-5 anos | 101 | 32,48 |
| 6-10 anos | 52 | 16,72 |
| 11-15 anos | 49 | 15,76 |
| > 15 anos | 60 | 19,29 |
| Experiência em Gestão na APS | | |
| Sim | 55 | 17,68 |
| Não | 256 | 82,32 |
| Município de trabalho | | |
| São Luís | 169 | 54,34 |
| São José de Ribamar | 64 | 20,58 |
| Paço do Lumiar | 44 | 14,15 |
| Raposa | 19 | 6,11 |
| Alcântara | 15 | 4,82 |

Fonte: elaboração própria.

Área de Saúde da Família e Comunidade: Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde da Família; APS: Atenção Primária à Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família.

A média de pontuação da Ejarci, por categoria profissional, foi 128, 126,5 e 124 pontos para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, respectivamente (dados não apresentados em tabela), o que representa uma moderada atitude colaborativa dos profissionais participantes.

A análise das respostas da Ejarci foi avaliada por tercil, onde, no primeiro tercil (33,33%), encontravam-se as respostas cujas somas foram de 34 a 122 pontos (atitudes menos colaborativas), segundo tercil (66,66%) de 123 a 130 pontos (atitudes colaborativas moderadas

ou medianas) e como terceiro tercil (100%) de 131 a 140 pontos (atitudes mais colaborativas), o qual representou a categoria de referência. Assim, dentre as variáveis analisadas,

verificou-se que o tipo de especialização ($p = 0,008$) e o tempo de trabalho na ESF ($p = 0,02$) se associaram a atitudes mais colaborativas.

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

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

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

| Variáveis | Pontuação referente as respostas da Ejarci | | | | | | p valor |
|---------------------------------|--|-------|-----------|-------|-----------|-------|-------------|
| | 1º Tercil | | 2º Tercil | | 3º Tercil | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Vínculo empregatício | | | | | | | 0,12 |
| Concurado | 29 | 25,44 | 36 | 37,50 | 36 | 35,64 | |
| Contratado/seletivado | 85 | 75,56 | 60 | 62,50 | 65 | 64,36 | |
| Tempo de trabalho na APS | | | | | | | 0,07 |
| < 1 ano | 19 | 16,67 | 10 | 10,42 | 12 | 11,88 | |
| 1-5 anos | 39 | 34,21 | 30 | 31,25 | 27 | 26,73 | |
| 6-10 anos | 24 | 21,05 | 17 | 17,71 | 13 | 12,87 | |
| 11-15 anos | 18 | 15,79 | 13 | 13,54 | 18 | 17,82 | |
| > 15 anos | 14 | 12,28 | 26 | 27,08 | 31 | 30,69 | |
| Tempo de trabalho na ESF | | | | | | | 0,02 |
| < 1 ano | 24 | 21,05 | 11 | 11,46 | 14 | 13,86 | |
| 1-5 anos | 41 | 35,96 | 30 | 31,25 | 30 | 29,70 | |
| 6-10 anos | 23 | 20,18 | 16 | 16,67 | 13 | 12,87 | |
| 11-15 anos | 17 | 14,91 | 15 | 15,62 | 17 | 16,83 | |
| > 15 anos | 9 | 7,89 | 24 | 25 | 27 | 26,73 | |
| Trabalho na gestão | | | | | | | 0,85 |
| Sim | 22 | 19,30 | 16 | 16,67 | 17 | 16,63 | |
| Não | 92 | 80,70 | 80 | 83,33 | 84 | 83,17 | |
| Município de trabalho | | | | | | | 0,64 |
| São Luís | 58 | 50,88 | 48 | 50 | 63 | 62,38 | |
| São José de Ribamar | 25 | 21,93 | 22 | 22,92 | 17 | 16,83 | |
| Paço do Lumiar | 19 | 16,67 | 12 | 12,50 | 13 | 12,87 | |
| Raposa | 7 | 6,14 | 7 | 7,29 | 5 | 4,95 | |
| Alcântara | 5 | 4,39 | 7 | 7,29 | 3 | 2,97 | |

Fonte: elaboração própria.

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

Discussão

Esta pesquisa traz um olhar sobre o trabalho colaborativo na equipe da ESF na região metropolitana de São Luís/MA, através da Ejarci, tornando-se um documento importante para uma apreciação das relações de cuidado em saúde e profissionais na atenção primária. Para

esse estudo, foi obtido coeficiente considerado médio em relação à colaboração interprofissional. Esse coeficiente reflete um nível moderado de atitudes colaborativas entre os profissionais de saúde participantes, o que potencialmente pode impactar positivamente nos resultados de saúde do indivíduo, família e comunidade. A prática centrada no usuário é fundamental

para a qualificação da atenção prestada e o trabalho pautado em atitudes colaborativas podem contribuir consideravelmente para essa qualificação do cuidado^{2,7}.

No presente estudo verificou-se ainda a prevalência da força de trabalho feminino entre os profissionais, um resultado também apresentado por Ribeiro et al.³; Freire Filho et al.⁶; Abed, Pereira e Grosseman¹³; Zheng, Sim e Koh¹⁴; Falana et al.¹⁷ e Durans et al.¹⁸, evidenciando que a feminização é uma realidade que ainda se evidencia nos campos de trabalho, apresentando aproximadamente 65% de força de trabalho tanto em instituições públicas quanto privadas^{2,18}.

A enfermagem foi a categoria profissional mais prevalente, resultado similar ao de Freire Filho et al.⁶, que enfatizaram a grande relevância desses profissionais para a APS, refletido pelo papel estratégico destes trabalhadores desde ações gerenciais, assistenciais, até ações educativas dentro das equipes, garantindo assim melhores respostas a complexidade da promoção da saúde, mesmo no modelo biomédico hegemônico⁵.

Contudo, pertencer a categoria profissional enfermeiro, assim como as outras profissões, não teve significância nas atitudes colaborativas, o que se assemelha aos resultados encontrados por Giviziez et al.² e Ribeiro et al.³, porém, difere dos estudos de Freire Filho et al.⁶, Zheng Sim e Koh¹⁴ e Falana et al.¹⁷, que identificaram entre os enfermeiros atitudes mais positivas em relação aos médicos e outros trabalhadores da saúde. A diversidade de resultados entre os estudos reflete a necessidade da realização de maiores investigações nessa área, tanto com desenhos quantitativos, como qualitativos.

Neste estudo verificou-se também que as atitudes colaborativas se elevam quando o profissional possui especialização na área, o que pode estar relacionado a um maior preparo para o desempenho de suas funções. Além disso, evidenciou-se que ter maior tempo de trabalho nas equipes da ESF também corrobora para desenvolvimento de atitudes

interprofissionais. Semelhante a esses achados, o estudo de Durans et al.¹⁸ evidenciou que o tempo de exercício profissional ($p = 0,0063$) e especialização ($p = 0,0076$) configuraram-se como aspectos ligados a atitudes relacionadas à colaboração interprofissional. Esses autores sugeriram, ainda, que são necessárias ferramentas de educação continuada para que as competências como comunicação interprofissional, clareza de papéis e principalmente a liderança colaborativa sejam praticadas de forma clara pelos profissionais.

Ressalta-se que a maior parte dos participantes possuem especialidade na área de Saúde da Família/Saúde Pública/Saúde Coletiva. Estes resultados assemelham-se à pesquisa de Abed, Pereira e Grosseman¹³, onde a especialidade mais evidenciada foi em Saúde Pública, Saúde Coletiva/Saúde da Família, qualificando os profissionais no que se refere ao trabalho na área de medicina de família e comunidade. Dessa maneira, Abed, Pereira e Grosseman¹³ constataram que os profissionais de nível superior com qualificação específica para área de atuação se associaram à possível garantia de equipes com maior prática colaborativa e colaboração interprofissional. Giviziez et al.² e Zheng, Sim e Koh¹⁴ também evidenciaram que profissionais com especialização tendem a possuir uma maior disposição para atitudes colaborativas quando comparados a profissionais somente com nível superior.

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

e outras titulações propicia às equipes maior prática colaborativa interprofissional.

No que tange ao tempo de atuação na ESF, Giviziez et al.² relacionaram o menor tempo de atuação a uma maior disposição para atitudes colaborativas, provavelmente devido a maior disposição para o trabalho em equipe dos recém-formados e menor 'contaminação' com o processo de trabalho existente no ambiente de trabalho. No entanto, Freire Filho et al.⁶ observaram que maiores atitudes colaborativas estão associadas ao maior tempo de trabalho e conseqüentemente a experiência no cuidado em saúde.

Nesse contexto, autores como Zheng, Sim e Koh¹⁴ e Reeves¹⁹ defendem que a Educação Interprofissional (EIP) deve ser introduzida e enfatizada desde cedo na formação dos profissionais da área da saúde, pois na graduação as atitudes tendem a ser mais moldáveis e a EIP oferece aos graduandos a oportunidade de se construir um processo de ensino – aprendizado em conjunto com outras categorias profissionais, experienciando e desenvolvendo diferentes atributos para o trabalho em equipe e cuidado em saúde. Referem ainda que a prática da interprofissionalidade ensinada na graduação deve ser trabalhada na educação permanente, oportunizando o aprendizado contínuo e qualificado, pois atitudes colaborativas constituem uma competência essencial para a atuação dos profissionais de saúde e para o fortalecimento do sistema de saúde.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, tais como abrangência local, utilização de questionário autoaplicável, delineamento com amostragem probabilística. Entretanto, possui grande relevância na atuação profissional da atenção básica de saúde, pois torna-se um referencial importante para o delineamento e construção de iniciativas destinadas a aumentar a eficácia dos serviços de saúde na atualidade e ao trabalho interprofissional.

Segundo D'amour et al.²⁰, o trabalho interprofissional e as atitudes colaborativas proporcionam melhorias na assistência às necessidades dos usuários, com qualidade do

atendimento e eficácia do tratamento, além de fomentar equipes pautadas nas perspectivas de cada profissional, respeito e confiança entre seus integrantes. É importante trabalhar a colaboração, uma vez que é uma oportunidade de troca de conhecimentos, de construção de novos saberes, de incentivo ao diálogo entre os participantes e de superação do entendimento de que a equipe apenas ocupa o mesmo espaço, sem necessidade de comunicação para efetivação do trabalho conjunto²¹.

Assim, os dados da presente pesquisa evidenciaram que os profissionais que atuam na ESF possuem atitudes colaborativas moderadas, o que contribui para a implementação de práticas colaborativas, fortalecendo a parceria entre as equipes de trabalho e o efetivo cuidado em saúde. No entanto, ainda existem barreiras que precisam ser superadas para alcançar um nível mais alto de cooperação interprofissional, reforçando a necessidade de estratégias específicas para fomentar um ambiente de trabalho mais colaborativo e eficiente, como o incentivo ao planejamento e à implementação do aprendizado contínuo para profissionais de saúde visando a torná-los e a mantê-los preparados para o trabalho interprofissional e para a prática colaborativa; melhoria da comunicação entre os profissionais e os diferentes níveis do sistema de saúde; promoção de tomada de decisão compartilhada, entre outros.

Considerações finais

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

Os achados no presente estudo demonstram que os profissionais que atuam na ESF

da região metropolitana de São Luís/MA apresentaram atitudes colaborativas moderadas, as quais estão relacionadas ao tempo de trabalho na ESF e a realização de especialização na área.

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

Colaboradores

Graça IBM (0000-0002-0303-6928)* contribuiu para concepção da pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. Sousa ALB (0000-0002-9075-0969)*, Loureiro MAB (0000-0003-3234-2833)* e Cunha ER (0000-0002-0608-6357) contribuíram para obtenção, análise e interpretação dos dados do manuscrito. Tonello AS (0000-0002-8402-9112)* contribuiu para desenho da pesquisa e revisão crítica do manuscrito. Monteiro SCM (0000-0002-4425-1552)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

- Oliveira ATP, Guizardi FL, Dutra EB. Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde. In: Guizardi FL, Dutra EB, Passos MFD, organizadores. Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 13-34.
- Giviziez CR, Santos JD, Costa WLG, et al. Colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: realidade de um município goiano. B Téc Senac. 2020;46(3):81-94. DOI: <https://doi.org/10.26849/bts.v46i3.842>
- Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210141. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>
- Caram CS, Rezende LC, Brito MJM. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. Rev Min Enferm. 2017;21:1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170080>
- Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2721. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
- Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2018;26:e3018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>
- Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. Interface (Botucatu). 2018;22:1525-1534. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Fausto MC, Bousquat A, Lima JG, et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? *J Ambul Care Manage*. 2017;40(2Suppl):S60-S70. DOI: <https://doi.org/10.1097/jac.000000000000183>
9. Escalda P, Parreira CMSF. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl2):1717-1727. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>
10. Hojat M, Ward J, Spandorfer J, et al. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *J Interprof Care*. 2015;29(3):238-244. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.962129>
11. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação*. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
12. Abed MM. Adaptação e validação da versão brasileira da escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Goiás; 2015.
13. Abed MM, Pereira ERS, Grosseman S. Adaptação transcultural da Escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional. *Rev Cient Mult Núc Conh*. 2021;6(10):22-44. DOI: <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/escala-jefferson>
14. Zheng RM, Sim YF, Koh GC. Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *J Interprof Care*. 2016;30(4):505-511. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1160039>
15. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
16. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
17. Falana TD, Afolabi OT, Adebayo AM, et al. Collaboration between doctors and nurses in a tertiary health facility in southwest Nigeria: implication for effective healthcare delivery. *Int J Car Scienc*. 2016;9(1):165-173.
18. Durans KCN, Silva MCP, Miranda AF, et al. Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Res, Soc Dev*. 2021;10(4):e57110413392. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13392>
19. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-197. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
20. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(supl1):116-31. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
21. Barbosa AS, Teixeira BRF, Oliveira AM, et al. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. *Saúde debate*. 2022;46(esp5):67-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E506>

Recebido em 13/08/2023

Aprovado em 30/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto