

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM EQUIPES NA REDE DE URGÊNCIA  
E EMERGÊNCIA EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

ALINE HELENI CANEPPELE

**São Carlos – SP**

**2020**

ALINE HELENI CANEPPELE

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM EQUIPES NA REDE DE URGÊNCIA  
E EMERGÊNCIA EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

**Co-Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vivian Aline Mininel

**São Carlos – SP**

**2020**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo a todos os profissionais de saúde, em especial aos que trabalham nos setores de urgência e emergência, promovendo um atendimento de qualidade e humanização ao usuário.



# UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

## Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Aline Heleni Caneppele, realizada em 28/08/2020.

### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva (UFSCar)

Profa. Dra. Geisa Colebrusco de Souza Gonçalves (UNIFESP)

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit (UNIFESP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora Aparecida por nunca me desampararem, iluminando meus passos e me dando forças para seguir em frente.

À minha família, em especial meus pais amados Silvia e Antônio, meus irmãos Giovanna e Éttore, minha vó Helena e meu noivo Marcio, pelo carinho e companheirismo. Por sempre estarem ao meu lado me apoiando e incentivando com amor, admiração e zelo. Gratidão por estarem ao meu lado nos momentos bons e ruins, me motivando sempre a ver o lado bom das coisas.

À minha orientadora Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, por todo o aprendizado, paciência, confiança e incentivo durante esta caminhada. Gratidão por fazer parte na realização deste sonho, sempre me motivando e acreditando no meu potencial.

À Profa. Vivian Aline Mininel, pelas contribuições no desenvolvimento deste estudo, e em especial pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis.

Ao Prof. Dr. Everson Meireles pela colaboração na parte de psicometria e estatística do estudo, possibilitando o desenvolvimento deste trabalho e no artigo científico.

À todos os membros do Grupo de Pesquisa ‘Gestão, Formação, Saúde e Trabalho’ (GFST), pelo compartilhamento de experiências, angustias e troca de saberes. Em especial, a Fernanda Maria de Miranda, Karen Grecco de Freitas e Beatriz Eliseu Ferreira, por sempre me incentivarem, me motivarem, e me alegrarem nos dias de preocupações e angústias.

À Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata e à Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit pelas contribuições e disponibilidade no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Geisa Colebrusco de Souza e à Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit por aceitarem fazer parte da minha banca de defesa e contribuírem com esse trabalho.

À Profa. Dra. Emanuella Pinheiro De Farias Bispo e Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit pela autorização para a utilização do instrumento AITCS II-BR e por disponibilidade em colaborar com a pesquisa.

À Profa. Dra. Carole Orchard pela autorização para a utilização do instrumento AITCS II.

*“Eu faço o que você não pode, e você faz o que eu não posso. Juntos podemos fazer grandes coisas.”*

*Madre Teresa de Calcutá*

CANEPELE, A. H. **Colaboração Interprofissional em Equipes na Rede de Urgência e Emergência em uma cidade do interior de São Paulo**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

## RESUMO

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) busca articular e integrar os serviços de saúde com agilidade e humanização aos pacientes em situações críticas. Essa integração requer o desenvolvimento da colaboração interprofissional, na qual há diferentes profissionais de saúde e de assistência social que trabalham juntos em prol da prestação de cuidados aos pacientes de forma segura e com qualidade. O presente estudo teve como **objetivo** analisar a colaboração interprofissional na RUE em um Município do interior de São Paulo. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, observacional transversal que foi realizado em unidades de saúde da RUE de um Município do interior do Estado de São Paulo. A população do estudo foi composta pelos trabalhadores da área da saúde que atuam na RUE, cuja amostra intencional envolveu participantes que responderam ao instrumento autoaplicável Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II-BR). Os dados foram analisados por meio de análise fatorial exploratória, confirmatória e estatística descritiva. **Resultados:** Os 154 participantes do estudo apresentaram médias elevadas que apontam a disponibilidade para colaboração interprofissional, Fator 1 Parceria (M = 3,32), Fator 2 Cooperação (M = 4,00), Fator 3 Coordenação (M = 3,05) e escore total da colaboração (M = 3,47). Os resultados apontaram que o fator cooperação teve maior influência sobre a colaboração na amostra do estudo. As análises fatoriais confirmatórias mostraram as evidências de validade da AITCS II-BR no contexto da urgência e emergência com índices aceitáveis CFI = 0,95, TLI = 0,94, RMSEA = 0,089 no modelo tridimensional oblíquo, Fator 1. Parceria ( $\alpha = 0,91$ ; CC = 0,94; VME = 0,66); Fator 2. Cooperação ( $\alpha = 0,91$ ; CC = 0,95; VME = 0,69) e Fator 3. Coordenação ( $\alpha = 0,83$ ; CC = 0,88; VME = 0,50). Em relação à variável externa, ‘tempo de trabalho na equipe’ foi identificada diferença significativa no fator Parceria ( $p = 0,02$ ) com pontuações superiores para os trabalhadores com um ano ou menos. **Conclusão:** Os trabalhadores da RUE na região estudada mostraram atitudes positivas à colaboração interprofissional nas equipes, com destaque na dimensão da cooperação. A AITCS II-BR foi confirmada como instrumento válido e confiável para aferir a colaboração interprofissional em saúde no contexto estudado.

**Palavras-chave:** Emergências; Comportamento cooperativo; Relações interprofissionais; Equipe de Assistência ao Paciente.

CANEPELE, A. H. **Teams' Interprofessional Collaboration on Urgency and Emergency Network in a city of São Paulo State.** 2020. Masters dissertation. Federal University of São Carlos, São Carlos.

### ABSTRACT

The Urgency and Emergency Network (UEN, translated from Portuguese RUE) goal to articulate and integrate healthcare services with agility and humanization to patients in critical situations. This integration requires the development of interprofessional collaboration, in which integrated both health's and social assistance's professionals who work together in favor of providing healthcare in a safe and quality way. **Aim:** To analyze interprofessional collaboration on the UEN of a city of São Paulo State. **Method:** This is a quantitative, observational and cross-sectional study that was carried out in healthcare units on the RUE of a city of São Paulo State. The study's population was composed by healthcare's workers who work in the UEN, whose intentional sample involved participants who responded to self-administered instrument called Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS II-BR). The data were analyzed through exploratory, confirmatory and descriptive statistical analysis. **Results:** The 154 study participants had high averages indicating availability for interprofessional collaboration, Factor 1. Partnership (M = 3.32), Factor 2. Cooperation (M = 4.00), Factor 3. Coordination (M = 3.05) and total collaboration's score (M = 3.47). Results showed that cooperation factor had a greater influence on collaboration in the study's sample. Confirmatory factor demonstrated validity's evidence of AITCS II-BR in urgency and emergency's context with acceptable indexes CFI = 0.95, TLI = 0.94, RMSEA = 0.089 in three-dimensional oblique model, Factor 1. Partnership ( $\alpha = 0.91$ ; CC = 0.94; VME = 0.66); Factor 2. Cooperation ( $\alpha = 0.91$ ; CC = 0.95; VME = 0.69) and Factor 3. Coordination ( $\alpha = 0.83$ ; CC = 0.88; VME = 0.50). Regarding the external variable, 'team working time', a significant difference was identified in the Partnership factor ( $p = 0.02$ ) with higher scores for workers one year or less. **Conclusion:** UEN's workers in the studied region showed positive attitudes to team interprofessional collaboration with an emphasis on cooperation's dimension. AITCS II-BR was confirmed as valid and reliable instrument to measure interprofessional collaboration in healthcare's context.

**Keywords:** Emergencies; Cooperative Behaviour; Interprofessional Relations; Patient Care Team.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Relação entre colaboração em rede, colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe.	23
Figura 2-	Diretrizes da Rede de Urgência e Emergência	28
Figura 3 -	Redes Poliárquicas, como pensada por Eugênio Vilaça Mendes	29
Figura 4 -	Fluxograma de referenciamento dos fluxos assistenciais nas condições de urgências e emergências	32
Figura 5-	Média da amostra nas dimensões avaliadas pela AITCS II-BR (N = 154)	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição da amostra conforme a variável “Atuação profissional”	39
Tabela 2-	Distribuição da amostra conforme as variáveis “Nome do serviço” e “Setor do serviço”	40
Tabela 3-	Distribuição da amostra conforme a variável “Tempo inserido na equipe”	41
Tabela 4-	Distribuição da amostra conforme as variáveis “Jornada de trabalho semanal”, “Turno de trabalho”, “Divisão de carga horária em outro setor da mesma instituição” e “outro vínculo de trabalho fora da instituição”	41
Tabela 5-	Distribuição da amostra conforme sua titulação e área de formação	42
Tabela 6-	Distribuição da amostra conforme a variável “Equipe a qual faz parte”	43
Tabela 7-	Distribuição da amostra conforme a variável “Tempo de prática da profissão”	44
Tabela 8-	Distribuição da amostra conforme a variável “Modalidade de contratação”	45
Tabela 9-	Distribuição da amostra conforme a variável “Participação na coleta”	45
Tabela 10-	Índices de ajuste das soluções fatoriais modeladas (N = 154)	46
Tabela 11-	Resultados da Análise Fatorial Confirmatória e análises de confiabilidade da AITCS II-BR (N = 154)	46
Tabela 12-	Resultados da Análise Fatorial Confirmatória e análises de confiabilidade da AITCS II-BR (N=154)	48
Tabela 13-	Medidas de tendência central e dispersão para as dimensões avaliadas pela AITCS II-BR (N = 154)	49
Tabela 14-	Comparação entre a variável “tempo inserido na equipe” e as dimensões avaliadas pela AITCS II-BR (N = 154)	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AFC</b>	Análise Fatorial Confirmatória
<b>AFE</b>	Análise Fatorial Exploratória
<b>AITCS</b>	<i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale</i>
<b>AITCS II</b>	<i>Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II</i>
<b>AITCS II- BR</b>	Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II- BR
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CC</b>	Confiabilidade Composta
<b>CI</b>	Colaboração Interprofissional
<b>CFI</b>	Índice de Ajuste Comparativo
<b>COVID-19</b>	Coronavírus
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>EIP</b>	Educação Interprofissional
<b>ESF</b>	Estratégia da Saúde da Família
<b>GFST</b>	Grupo de Pesquisas em Gestão, Formação, Saúde e Trabalho
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IAM</b>	Infarto Agudo do Miocárdio
<b>TLI</b>	Índice de Tucker-Lewis
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>PAR</b>	Plano de Ação Regional
<b>PCI</b>	Prática Colaborativa Interprofissional
<b>PNAU</b>	Política Nacional de Atenção às Urgências
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNR</b>	Política Nacional de Regulação
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RMSEA</b>	Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado
<b>RO</b>	Rádio-Operadores
<b>RUE</b>	Rede de Urgência e Emergência
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SE</b>	Sala de Estabilização
<b>SMU</b>	Serviço Médico de Urgências
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UCO</b>	Unidade de Tratamento Coronário
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>USF</b>	Unidade da Saúde da Família
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo
<b>VME</b>	Variância Média Extraída

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	15
1.1	Justificativa	18
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivo específico	20
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	21
3.1	Trabalho em Equipe, Prática Colaborativa e Colaboração Interprofissional	21
3.2	Histórico e fundamentos teóricos da Escala de Avaliação da Colaboração interprofissional em equipe II (AITCS II-BR)	23
3.3	Rede de Urgência e Emergência (RUE)	27
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	33
4.1	Aspectos éticos	33
4.2	Local do estudo	34
4.3	Participantes do estudo	35
4.4	Instrumento	35
4.5	Procedimentos da coleta de dados	36
4.6	Análise dos dados	37
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	39
5.1	Análises Fatoriais Confirmatórias (método de estimação WLSMV)	45
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	52
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	58
	<b>REFERÊNCIAS</b>	59
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	65
	<b>APÊNDICE B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DAS AUTORAS RESPONSÁVEIS PELA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO AITCS II-BR</b>	67
	<b>APÊNDICE C- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA AUTORA CANADENSE PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO AITCS II</b>	68
	<b>APÊNDICE D- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES</b>	69
	<b>ANEXO I- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISAS COM SERES HUMANOS</b>	71

<b>ANEXO II-</b> APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISAS COM SERES HUMANOS	72
<b>ANEXO III-</b> ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA EQUIPE II - BR	73

## **APRESENTAÇÃO**

Durante o último ano de graduação em 2017, tive a oportunidade de acompanhar pelo período de 90 dias o serviço de Urgência e Emergência da Santa Casa de Misericórdia, na cidade de São Carlos/SP. Ao longo desse estágio, observei que havia uma grande demanda de pacientes de alta complexidade, poucos funcionários, e alguns conflitos gerados pela sobrecarga de trabalho, situação que me fez questionar se esses fatores interferiam na qualidade da assistência prestada. Atualmente, trabalho em um Pronto Atendimento de um hospital privado na cidade de São Carlos/SP, onde consegui por meio do cotidiano compreender melhor o processo de trabalho e os desafios que este setor gera. Sendo assim, pude perceber a importância da equipe interprofissional no setor, tanto para agilidade no atendimento quanto para qualidade da assistência prestada.

Ao ingressar no mestrado em 2018, tive a oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa ‘Gestão, Formação, Saúde e Trabalho’ (GFST), no qual compartilhamos experiências e estudos sobre a temática. O interesse pelo tema surgiu durante a disciplina “Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” ofertada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGENf - UFSCar), ministrada pela orientadora deste projeto que motivou o aprofundamento sobre o tema.

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o intuito de superar a fragmentação da gestão e da atenção nas regiões de saúde. As RAS tem como objetivo principal a organização dos serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, com foco na integralidade do cuidado, em busca de maior eficácia e melhoria da eficiência da gestão no espaço regional (BRASIL, 2010).

Inclui-se neste cenário a Rede de Urgência e Emergência (RUE), que tem como objetivo articular e integrar os serviços de saúde com agilidade e humanização aos pacientes em situações críticas de urgência e emergência (BRASIL, 2011). Trata-se de uma rede complexa que engloba diferentes condições clínicas e requer integração entre seus serviços e ações, com destaque para o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação do acesso (BRASIL, 2013).

O gerenciamento da RUE é realizado a partir do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR), um documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores elaborado pelo Grupo Condutor Estadual da RUE. O PAR tem o objetivo de apresentar um diagnóstico do conjunto de serviços de saúde de atenção à urgência e emergência em uma determinada região de saúde, visando identificar as lacunas e necessidades, além de estratégias de implementação para a resolução dos problemas detectados (BRASIL, 2013).

A organização da RUE tem o propósito de qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência com atendimento ininterrupto às demandas espontâneas. Para assistência qualificada, o acesso aos hospitais deverá seguir alguns critérios: estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínicos e procedimentos administrativos; um processo de acolhimento com classificação de risco, com o intuito de priorizar aqueles pacientes que necessitam de tratamento imediato; articulações entre os serviços de atenção à saúde, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade Básica de Saúde (UBS); submissão da porta de entrada hospitalar de urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, que terá a função de coordenar o fluxo de forma coerente e efetivo; equipe multiprofissional compatível com a demanda; implementação da gestão clínica visando a qualificação do cuidado, a eficiência de leitos, a forma de reorganizar o fluxo e seu processo de trabalho, e equipes de responsabilização e acompanhamento de casos (BRASIL, 2013).



Considerando a demanda da RUE, introduz-se a classificação de risco caracterizada por ser uma ferramenta de manejo clínico desenvolvida para assegurar que os pacientes que necessitam de atendimento de urgência e emergência, o recebam de forma rápida e adequada (JONES, MARSDEN E WINDLE, 2018).

O profissional da classificação de risco tem o papel de ouvir a queixa do paciente ou o motivo que o levou até o serviço de urgência, analisar sinais e sintomas, e logo após selecionar um dos 53 (cinquenta e três) fluxogramas com cinco prioridades clínicas. Essas prioridades são determinadas por cores e seu tempo-resposta para o início da avaliação médica. São respectivamente classificados como: azul (não urgente – 240 min), verde (pouco urgente – 120 min), amarelo (urgente – 60 min), muito urgente (laranja – 10 min) e vermelho (emergência – 0 min) (JONES, MARSDEN E WINDLE, 2018).

Os serviços de emergência são caracterizados como ambientes dinâmicos, com superlotação, e que recebem demandas de alta complexidade, sendo consideradas unidades de alto risco para erros. Sendo assim, é fundamental comunicação, cooperação e coordenação entre os profissionais para minimizar tais erros, gerando uma assistência de qualidade (COURTENAY, 2013).

Em um estudo que avaliou o trabalho de profissionais de saúde no tratamento de pacientes com câncer, juntamente com a revisão dos prontuários, os autores encontraram poucas evidências de equipes interprofissionais. Entretanto, descobriram redes de colaboração eletrônica entre esses profissionais de saúde e avaliaram como a complexidade delas poderia contribuir para a prática interprofissional (DOW et al., 2017).

Os mesmos autores também argumentam que a prática interprofissional sempre esteve relacionada com trabalho em equipe, porém Reeves et al. (2018) consideram que além do trabalho em rede (“network”), a colaboração e a coordenação são elementos importantes para complementar a prática interprofissional.

O trabalho em equipe é considerado relevante para o acolhimento e processo de comunicação (GRACIOLLI et al., 2017), humanização no atendimento e entre os profissionais envolvidos no cuidado (MAGLIOZZI, 2012), estratégias coletivas para o enfretamento de estresse (LAMB et al., 2017) e diminuição nos níveis da *Síndrome de Burnout* (GUIRARDELLO, 2017).

Destaca-se também que o trabalho em equipe contribui para o processo de tratamento e recuperação dos pacientes envolvendo uma escuta qualificada e a integralidade do atendimento (PEREIRA et al., 2013; SUGUYAMA, BUZZO, OLIVEIRA, 2016).

O trabalho em equipe é caracterizado por objetivos comuns, pela clareza de papéis, integração de identidades e responsabilidades compartilhadas entre os membros da equipe. As tarefas em equipe são classificadas como imprevisíveis, complexas e urgentes. A Colaboração Interprofissional (CI) se difere por ser “mais flexível”, ou seja, a identidade compartilhada e a interação dos indivíduos podem ser consideradas de menor importância nos grupos colaborativos do que em equipe, sendo as tarefas pouco previsíveis, menos urgentes e complexas. A coordenação interprofissional se assemelha a colaboração. Já no trabalho em redes (“network”) a integração e compartilhamento são considerados menos essenciais que na coordenação. Nas redes, os encontros podem ser realizados de modo virtual, sem necessariamente ocorrer de forma presencial (REEVES et al., 2018).

Reeves et al. (2010) argumentam que os pacientes geralmente têm condições de saúde complexas com múltiplas causas, e para solucioná-las envolve profissionais com habilidades e conhecimentos distintos. Como é incomum uma determinada profissão abranger um atendimento completo, a articulação de profissões, no trabalho conjunto em equipes interprofissionais resultam na prestação do cuidado aos pacientes de forma segura e com qualidade.

As características determinantes da CI envolvem aspectos interacionais (relações subjetivas, como confiança, comunicação e respeito mútuo), organizacionais (estrutura e política organizacional, apoio institucional, comunicação, coordenação, tomada de decisões e recursos para o trabalho em equipe) e sistêmicos (componentes culturais, sociais, educacionais e profissionais, relações de poder entre as profissões, tendência ao individualismo, dificuldades para a socialização profissionais e interação entre conhecimentos e práticas) (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ et al., 2005).

Dentre os benefícios da CI, podemos caracterizar a valorização das contribuições de cada profissional. No entanto, há determinadas situações nos relacionamentos interpessoais que afetam a CI, como os problemas de relacionamento, desequilíbrios de poder, compreensão limitada das funções e conflitos profissionais (REEVES et al., 2010).

A complexidade dos cuidados em serviços da RUE requer a atuação integrada, efetiva e com sincronia entre os profissionais que precisam dar respostas rápidas aos atendimentos de

urgências e emergências. Assim, destaca-se a relevância do presente estudo que possibilitará a análise da CI na rede de atenção de um município do interior paulista.

### **1. 1 Justificativa**

Em serviços de urgência e emergência, a equipe se depara com a imprevisibilidade, gravidade dos casos, limitações de recursos humanos, estruturais e materiais que influenciam a qualidade da assistência (SILVA et. al., 2012).

Nesse contexto, essas unidades de média e alta complexidade, ao promoverem a assistência ao paciente, estão mais sujeitas ao erro, sendo essencial a comunicação, a colaboração e a coordenação para o cuidado efetivo a fim de diminuir os riscos (NEMBHARD, 2006; GILARDI, 2014).

A CI apresenta elementos que podem influenciar no resultado da prestação de serviços de saúde e conseqüentemente na assistência ao paciente, sendo a comunicação e a interação alguns elementos essenciais nesta abordagem (REEVES et al., 2017).

Contudo, uma revisão sistemática realizada para analisar o efeito das intervenções da CI sobre a prática de saúde aponta seu potencial em melhorar a prática profissional e os resultados da saúde, embora apresente evidências de baixo nível. As evidências relacionam a CI com avanços no cuidado aos pacientes relacionados à sua capacidade funcional e qualidade da atenção à saúde. Também apresentam avanços no processo clínico como a adesão a práticas recomendadas, continuidade do cuidado, uso de recursos disponíveis para o cuidado à saúde e desenvolvimento de comportamentos colaborativos como comunicação e coordenação em equipes. De acordo com a referida revisão são necessários estudos com métodos rigorosos que possam contribuir para a compreensão dos efeitos da CI na prática clínica (REEVES et al., 2017).

A literatura também aponta limitações e dificuldades para avaliar e mensurar a CI (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015), aspecto que justifica a relevância de estudos de investigação que analisem a CI.

A necessidade de avanços relacionados a CI contribuiu para o desenvolvimento de uma escala para mensuração da CI no Canadá por Orchard et al. (2012) e adaptada em 2015 pela mesma, denominada “*Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)*” (ORCHARD et al. 2018). Esta escala foi adaptada e validada no Brasil por Bispo e Rossit

(2018), e renomeada como Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe II (AITCS II-BR) e aplicada no presente estudo no contexto da RUE.

Destaca-se a relevância desta pesquisa por seu ineditismo, afinal não foram encontrados estudos que utilizaram o instrumento AITCS II-BR em unidades de urgência e emergência no Brasil e no mundo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a colaboração interprofissional em equipes da Rede de Urgência e Emergência de um Município do interior de São Paulo.

### **2.2 Objetivo específico**

Analisar as evidências de validade da AITCS II-BR no contexto da Rede de Urgência e Emergência baseadas na relação com a estrutura interna e comparar com as variáveis externas.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Trabalho em equipe, Prática Colaborativa e Colaboração Interprofissional**

O presente estudo tem como foco a CI, que pode ser compreendida como um termo mais amplo que agrega o trabalho em equipe em seu núcleo (REEVES et al., 2018). A seguir serão apresentados os respectivos conceitos e sua relação com o objeto de estudo.

A definição e o conceito de trabalho em equipe vêm sendo estudados e discutidos durante décadas (PEDUZZI, 2009). De acordo com seus elementos-chave, o trabalho em equipe pode ser classificado em: multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, ou multiprofissional e interprofissional (PEDUZZI et al., 2020). Utilizando os prefixos multi, inter e trans respectivamente, podemos (de forma crescente) classificá-los segundo seu grau de interação, integração e coordenação entre as disciplinas ou profissões envolvidas (FURTADO, 2007; PEDUZZI et al., 2013).

O trabalho em equipe interprofissional envolve profissionais de diferentes áreas, que juntos compartilham o sentimento de pertencimento à equipe, e que trabalham reunidos para atender as necessidades de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

O trabalho em equipe, muitas vezes, está associado à prática colaborativa pelo fato das equipes serem efetivas e integradas em um ambiente de trabalho, porém sua definição não se justifica somente com esses elementos. É necessário que além disso, as equipes colaborem entre si, com os profissionais e equipes de outros serviços, e com outros setores na lógica de redes (PEDUZZI e AGRELI 2018).

Algumas características que marcam o trabalho em equipe para assistência efetiva e de qualidade aos pacientes, são mencionadas por West e Lyubonikova (2013), como objetivos em comum da equipe, suporte organizacional que estimule o trabalho colaborativo, e uma liderança que estimule a interação e a reflexão da equipe sobre sua prática, visando o compartilhamento de ações mútuas em prol do mesmo objetivo.

Reeves et al. (2010) menciona que após a análise de 20 descrições sobre o trabalho em equipe, foram extraídos cinco elementos que podem impactar na eficácia de um trabalho em equipe, que são: identidade compartilhada (tarefas ou papéis), objetivos claros, ter interdependência dos membros, integração do trabalho e responsabilidade compartilhada. Entretanto consideram que há um sexto elemento essencial, caracterizado pela

imprevisibilidade, urgência e complexidade das tarefas em equipe, que influenciam na prestação da assistência.

A prática colaborativa interprofissional (PCI) deve complementar o trabalho em equipe, pois o mesmo não abrange a atuação dos profissionais em toda a rede de atenção à saúde. Podemos incluir na definição de prática colaborativa a comunicação efetiva, as articulações das ações, o compartilhamento do conhecimento entre os profissionais de saúde, o respeito mútuo, a colaboração e o reconhecimento dos saberes entre os profissionais de diversas equipes e entre os profissionais de diferentes serviços da rede (PEDUZZI, 2016; RIBEIRO et al., 2017; PEDUZZI e AGRELI, 2018).

A Organização Mundial de Saúde aponta também que a prática colaborativa pode fortalecer os sistemas de saúde fragmentados, pois suas características são: otimizar as habilidades dos profissionais envolvidos na equipe, o compartilhamento de casos e a prestação de serviços de saúde de melhor qualidade a pacientes e à comunidade. Com o sistema de saúde fortalecido, há melhores resultados na qualidade da assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Uma das dificuldades encontradas para o avanço da prática colaborativa é a carência de profissionais de saúde no mundo todo, sendo considerada também barreira crítica para conquistar os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM) relacionados à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, 2008).

Em 2006 com a Resolução WHA59.23, a Assembleia Mundial de Saúde ordenou um aumento na produção da força de trabalho da saúde por meio de abordagens inovadoras de ensino e desenvolvimento, assegurando a disponibilidade, a variedade e a distribuição adequada da força de trabalho. Uma das alternativas dessa estratégia inovadora, consiste na CI (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

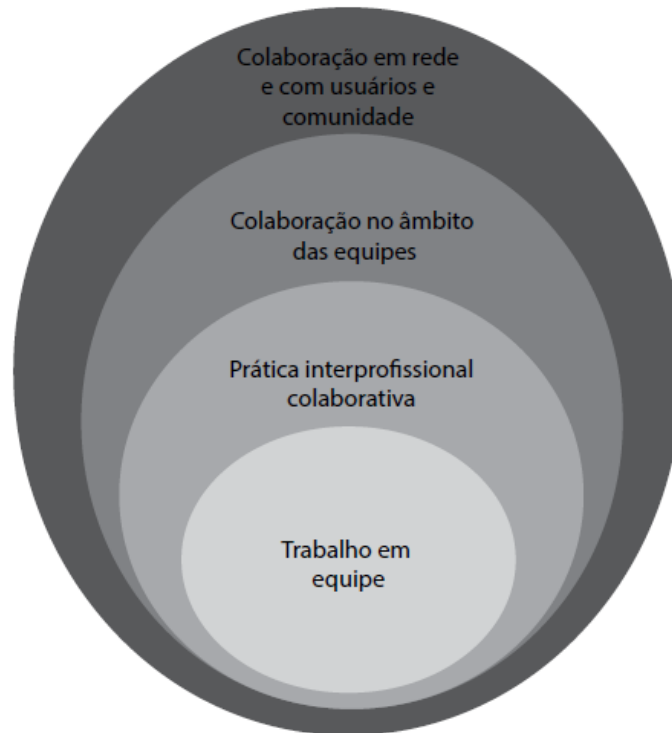


Figura 1 - Relação entre colaboração em rede, colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe (PEDUZZI et al., 2020; AGRELI, 2017; PEDUZZI E AGRELI 2018). Adaptada e traduzida de Morgan, Pullon e McKinlay (2015), Reeves e colaboradores (2010).

### **3.2 Histórico e fundamentos teóricos da Escala de Avaliação da Colaboração interprofissional em equipe II (AITCS II-BR)**

Com a finalidade de contribuir para compreensão e mensuração da análise da CI na RUE, foi utilizada neste estudo a Escala de Avaliação da Colaboração interprofissional em equipe II (AITCS II-BR), traduzida e adaptada no Brasil por Bispo e Rossit (2018), a partir da versão original canadense em inglês do “*Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II)*” (ORCHARD et al., 2015, 2018). A seguir são apresentados os pressupostos e características gerais do instrumento.

Segundo Orchard e colaboradores (2012), mesmo quando a equipe relata ser colaborativa durante a prática da assistência, os instrumentos validados para as organizações avaliarem objetivamente essa colaboração são escassos. Ao desenvolver os estudos, a autora citou três barreiras enfrentadas na prática colaborativa: o estruturalismo organizacional (organização da instituição que interfere na tomada de decisão do profissional, devido a hierarquia), relações de poder (o fato de uma pessoa exercer pressão sobre a outra interferindo



na inclusão e participação de todos os membros da equipe durante as discussões relacionadas ao paciente), e socialização de papéis (comportamentos e ações geradas com a necessidade de se encaixar em um grupo cultural).

A construção da escala foi desenvolvida a partir dos conceitos de cooperação, coordenação, tomada de decisão compartilhada e parceria. A cooperação ocorre quando um grupo de profissionais que trabalham juntos se valorizam mutuamente considerando os conhecimentos, habilidades e experiências de cada um para maximizar o alcance da qualidade dos resultados do cuidado em saúde (ORCHARD et al., 2012). De acordo com Reeves e colaboradores (2018), a coordenação requer a integração entre um grupo de profissionais voltados ao alcance de um objetivo comum.

A tomada de decisão compartilhada é caracterizada quando o paciente e seus familiares são incluídos no processo de planejamento e execução do seu próprio cuidado, juntamente com os profissionais de saúde envolvidos no caso (ORCHARD et al., 2012).

As parcerias ocorrem quando os membros da equipe trabalham juntos no planejamento, implementação e avaliação dos pacientes, incluindo-os nesse cuidado juntamente com seus familiares. Além disso, para que haja uma parceira colaborativa é necessário a compreensão, valorização e o respeito sobre as opiniões e as experiências (profissionais e pessoais) de cada membro da equipe (ORCHARD et al., 2012).

A versão preliminar do instrumento AITCS continha 48 itens descrevendo a prática interprofissional e o trabalho em equipe. Foram utilizados quatro elementos considerados essenciais para a prática colaborativa, que são: parceria (14 itens), tomada de decisão compartilhada (12 itens), cooperação (15 itens) e coordenação (7 itens). Como o foco da PCI é a inclusão do paciente no trabalho em equipe, este foi integrado em cada uma das subescalas. Os itens foram organizados em escala Likert de cinco pontos com a definição: 5 (sempre), 4 (na maioria das vezes), 3 (ocasionalmente), 2 (raramente), e 1 (nunca), na qual os entrevistados classificavam seus sentimentos atuais sobre si (como membro da equipe) e sobre a equipe (ORCHARD et al. 2012).

Após a aplicação e análise fatorial sobre os itens do instrumento, o estudo produziu uma medida psicometricamente sólida chamada AITCS, composta por 37 itens distribuídos em três subescalas, sendo elas: parceria / tomada de decisão compartilhada (19 itens), cooperação (11 itens), e coordenação (7 itens) (ORCHARD et al. 2012).

Em 2018 houve um aprimoramento do instrumento AITCS que teve dois objetivos: comparar se os dados coletados em 2016 possuíam os mesmos fatores da versão criada em 2012 (que possuía 37 itens) distribuídos em três fatores que correspondem às subescalas mencionadas, e se os itens das subescalas poderiam ser reduzidos mantendo as propriedades psicométricas (ORCHARD et al., 2018).

Após uma análise fatorial exploratória (AFE) para determinar se os fatores originais foram encontrados nos dados coletados em 2016, também foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) para determinar as propriedades psicométricas após a eliminação de alguns itens. Foram realizados ajustes na escala com redução dos itens e sua versão final validada no Canadá foi elaborada com 23 itens no total, organizados nas subescalas de parceria (8 itens), cooperação (8 itens) e coordenação (7 itens). Essa nova versão da escala foi renomeada como “*Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II)*” (ORCHARD et al., 2018).

Ainda no mesmo estudo, há referências sobre a utilização do instrumento em diversos países como Coreia, Brasil, Estados Unidos (EUA), Canadá, Alemanha e Iugoslávia e seu potencial foi sinalizado em diversas áreas de interesse, como atenção primária, ambientes hospitalares, casas médicas, conferências, em estudos que utilizam intervenções, estudos de revisões e entre estudantes em contextos comunitários (ORCHARD et al., 2018).

Há publicações sobre a utilização do AITCS em diversos contextos, como em Iiddins et al. (2015), que usaram o instrumento para avaliar um atendimento baseado em equipe dos EUA em uma clínica urbana gratuita. Já Scotten et al. (2015) avaliaram a comunicação interprofissional durante o atendimento hospitalar e na pós-alta em um setor de pediatria. Treadwell et al. (2015) utilizaram o instrumento para medir as mudanças na CI em equipe em casas médicas. Chon (2013) realizou um estudo na Coreia do Sul, no qual aplicou um curso de 15 semanas sobre o aplicativo “*Kakao Talk*”, e ao final deste curso avaliou as habilidades de colaboração entre os grupos experimentais e controle utilizando o AITCS.

O processo de adaptação transcultural do AITCS II-BR foi dividido em 4 etapas: Avaliação de equivalências conceitual e de itens; Avaliação da equivalência semântica (Tradução do questionário original; Retrotraduções, Revisão pelo Comitê de Juízes; Pré-teste); Equivalência Operacional; e Equivalência de Mensuração (BISPO e ROSSIT, 2018).

Na validação, tradução e adaptação transcultural, o instrumento AITCS II-BR preservou a estrutura do instrumento original, sendo adicionado apenas um campo aberto para

contribuições pelos profissionais. Após esse processo, o AITCS II-BR foi aplicado a 245 profissionais da saúde de diversas áreas (enfermagem, serviço social, cirurgião-dentista, farmácia, fonoaudiólogo, medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, agente comunitário de saúde, auxiliar de saúde bucal e técnico de enfermagem) que trabalham em equipes na Atenção Básica, Estratégia da Saúde da Família (EFS), Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Núcleo de apoio à saúde da família e Atenção Básica e em cursos de graduação da área da saúde, em nove estados da região Nordeste (BISPO e ROSSIT, 2018).

A aplicação da versão brasileira do AITCS II-BR teve como finalidade validar a escala, analisando a percepção dos profissionais de saúde do Nordeste com relação a CI entre os membros da equipe. Identificou as competências necessárias (potencialidades e fragilidades da formação e do trabalho interprofissional), e as demandas e os desafios para aprimoramento do processo de formação e trabalho interprofissional em saúde na região Nordeste (BISPO e ROSSIT, 2018).

Conclui-se neste estudo que há consistência dos itens com relação a tradução do instrumento, sendo válida sua utilização como ferramenta para mensuração da CI entre os membros de uma equipe. Com relação a aplicação do AITCS II-BR para a população brasileira, o espaço aberto acrescentado no instrumento original apresentou-se como uma oportunidade positiva, no qual foram apontados pelos profissionais as dificuldades enfrentadas no cuidado integral ao paciente, as barreiras para realizar o diálogo em equipe e a ajuda mútua para a PCI. Além disso também foram apontados os déficits na formação acadêmica e de educação permanente para o fortalecimento da educação interprofissional (EIP) e conseqüentemente para as práticas interprofissionais nos cenários de prática (BISPO e ROSSIT, 2018).

O estudo ressalta a importância e a necessidade da Parceria, Cooperação e Coordenação na EIP, na PCI e no Trabalho em Equipe Interprofissional. Após os relatos da equipe no campo de contribuições, as autoras apontam a necessidade urgente de olhar para a formação na perspectiva da EIP, Prática Colaborativa e Trabalho em Equipe interprofissional, seja na formação de graduação ou na educação permanente (BISPO e ROSSIT, 2018).

### 3.3 Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Para melhor clareza dos termos “urgência e emergência”, foi preconizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) uma definição objetiva através da Resolução nº 1.451, de março de 1995, em seus parágrafos primeiro e segundo do Artigo 1º, que define:

“...URGÊNCIA como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. E EMERGÊNCIA como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi criada em 2003 e publicada na Portaria nº 1.863 que reafirma as atribuições da Atenção Básica, com o objetivo de reduzir os vazios assistenciais servindo de interface entre a atenção básica, média e alta complexidade.

Partindo desse objetivo, são organizadas redes de atenção integral para fornecer suporte de manutenção da vida, sendo constituídas por um componente pré-hospitalar fixo (Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF), ambulatórios especializados, e serviços de diagnóstico de terapias), um componente Pré-Hospitalar Móvel (SAMU), um componente Hospitalar (portas hospitalares de atenção às urgências), e um componente Pós-Hospitalar (Atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação). Além disso, há a implementação de Centrais de Regulação médica das Urgências, que visa garantir o atendimento integral aos pacientes (BRASIL, 2003).

Em 2011 a Portaria nº 1.600, reformulou a PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS, onde o cuidado aos pacientes com quadros agudos devem ser prestados por todas as portas de entrada do SUS, sendo organizado por um sistema regulado e hierarquizado. Segundo o Art. 4º desta Portaria, a RUE é constituída pela: Vigilância em Saúde, Atenção Básica em Saúde, SAMU e Centrais de Regulação, Unidade de saúde com Sala de Estabilização (SE), Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar (Brasil, 2011a) (Figura 2).



Figura 2- Diretrizes da Rede de Urgência e Emergência (PACHECO, 2015).

As ações em saúde baseiam-se na promoção, prevenção e Vigilância em Saúde com a finalidade de estimular e desenvolver intervenções e educação permanente voltadas para a vigilância e a prevenção de agravos a saúde, com a inclusão da sociedade nesses objetivos (BRASIL, 2013).

Um dos grandes desafios ainda enfrentados pelo SUS é a agilidade no atendimento dos usuários do sistema, demonstrando dificuldades devido a sua grande demanda e alta complexidade dos casos. Nesse contexto, o SUS adotou estratégias para a racionalização do atendimento na RUE, com a utilização da Política Nacional de Humanização (PNH-HumanizaSUS) implementando o sistema de “acolhimento com classificação de risco”, com a finalidade de articular e integrar os equipamentos em saúde, qualificando o acesso humanizado planejando agilidade no atendimento (PACHECO, 2015).

A classificação de risco é baseada no agravamento do risco de vida do usuário considerando sua condição clínica, sendo priorizada a emergência, seguida das condições de urgência, que serão seguidas pelas demais condições que não apresentem risco imediato. O acolhimento ideal seria realizado no momento da chegada do usuário a unidade de atendimento, com o propósito de acolher e integrar o paciente ao ambiente de forma inclusiva (PACHECO, 2015).

Na perspectiva de agilizar o processo de atendimento com humanização para aliviar o sofrimento do usuário já nos primeiros atendimentos (nível primário de assistência), foi criada por Eugênio Vilaça Mendes a proposta de uma Rede Poliárquica (Figura 3). Nela, observa-se que a realização do acolhimento e a classificação de risco na “porta de entrada”, inserindo o

usuário em um fluxo rápido e efetivo, gerando um atendimento mais resolutivo e humanizado (MENDES, 2009).

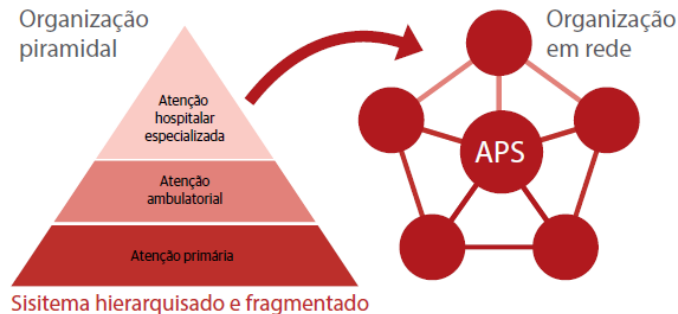


Figura 3- Redes Poliárquicas, como pensada por Eugênio Vilaça Mendes (MENDES, 2009).

Com o intuito de organizar o fluxo assistencial com agilidade no atendimento e fornecendo um transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde, destaca-se o SAMU, onde há uma equipe capacitada, sendo acionada pela Central de Regulação das Urgências e que atua com a finalidade de reduzir a morbimortalidade (BRASIL, 2013).

Na Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 foram definidos os deveres do SAMU 192 como:

“Art. 7º - O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.”

A Central de Regulação médica é uma estrutura física, sendo parte integrante do SAMU, composta por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação técnica (TARM) e Rádio Operadores (RO) capacitados em regulação) que tem por objetivo a orientação e/ou atendimento de urgência por meio da classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, coordenando o fluxo efetivo dentro da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

O usuário socorrido pelo SAMU é alocado em Salas de Estabilização (SE) que são organizadas de forma articulada, regionalizada e em rede para atender as necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico. Podem estar alocadas em serviços de saúde desde que garantam seu funcionamento integral por 24 horas todos os dias da semana, com equipe multiprofissional compatível com as atividades e seguindo seus protocolos clínicos (com acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos) estabelecidos pelo gestor responsável (BRASIL, 2013).

Em 2011 foi criada a Portaria nº 1.601, que estabeleceu diretrizes para implementação dos Serviços de Urgência de 24 horas e UPA 24h da Rede de Atenção às Urgências. Conforme esta Portaria, a UPA é definida como um estabelecimento de complexidade intermediária, que articula as Unidades Básicas de saúde/Saúde da Família com a Rede Hospitalar (BRASIL, 2011b).

De acordo com o Art. 2º da Portaria nº 1.601, compete a UPA 24h o seu funcionamento ininterrupto nas 24 horas em todos os dias da semana, implementando o serviço de Acolhimento com Classificação de Risco de vida com o intuito de agilizar o atendimento em conformidade com o grau de gravidade do caso. Além disso, deve articular-se com as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, SAMU, Unidades hospitalares, Unidades de apoio e com outros serviços de atenção à saúde, com a finalidade de prestar assistência do cuidado ao paciente no suporte às urgências, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência, por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências, devendo ser composta por uma equipe multiprofissional interdisciplinar (BRASIL, 2011b).

A UPA deverá prestar o primeiro atendimento estabilizando os pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, a fim de fornecer um atendimento de qualidade e com resolutividade, definindo a necessidade ou não de um encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade. Também tem o intuito de fornecer uma retaguarda às urgências atendidas da Rede de Atenção Básica e funciona como suporte para a estabilização dos pacientes atendidos pelo SAMU. Nos casos de menor complexidade, fornecem suporte de consultas médicas e procedimentos de enfermagem, podendo manter o paciente na instituição por um período de até 24 horas. Após esse prazo, caso os pacientes não tenham suas queixas resolvidas, será necessário o encaminhamento para internação em serviços hospitalares (BRASIL, 2011b).

A Atenção Hospitalar na RUE é composta por portas hospitalares de urgência e emergência, apresentando enfermaria de retaguarda clínica, unidades de cuidados prolongados, leitos de terapia intensiva que podem ser organizados em linhas de cuidados prioritários (infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e traumatologia). Além disso, tem o objetivo organizar a atenção com o intuito de atender a demanda espontânea e/ou referenciada, sendo também usada como retaguarda para os outros pontos de menor, média e alta complexidade da atenção às urgências (BRASIL, 2013).

Com o objetivo de garantir uma continuidade no cuidado à saúde do usuário, reduzindo a demanda de atendimento hospitalar, diminuindo o período de permanência de pacientes internados (disponibilizando leitos hospitalares), gerando a integração dos pacientes e familiares no cuidado em saúde com humanização na assistência, a Atenção Domiciliar foi redefinida pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, como um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação em domicílio (BRASIL, 2016a).

A integração entre todos os pontos da RUE mencionados anteriormente é viabilizada por meio de um sistema de regulação do acesso aos serviços de saúde. A Política Nacional de Regulação (PNR), de acordo com a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, está organizada em três dimensões: Regulação de Sistema de Saúde (tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde), Regulação de Atenção à Saúde (exercidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) e Regulação do Acesso à Assistência (tem como sujeito seus respectivos gestores públicos, com o objetivo de organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e fluxos assistenciais). Todas as dimensões possuem o objetivo de apoiar a organização, os recursos, qualificar a atenção e o acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2008). A seguir (Figura 4) podemos visualizar como funciona o fluxo no atendimento entre as UBSs, as UPAs e Hospitais, gerenciados por uma central de regulação, como pode ocorrer no contexto da RUE.



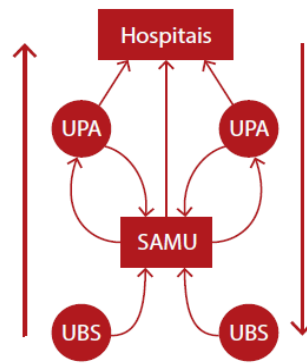


Figura 4- Fluxograma de referenciamento dos fluxos assistenciais nas condições de urgências e emergências (PACHECO, 2015).

## 4. MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório observacional transversal.

De acordo com Fontelles et al. (2009), a abordagem quantitativa é definida como:

“...aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões, entre outros.”

Já a abordagem exploratória tem o objetivo de trazer informações sobre o objeto estudado, delimitando assim um campo de trabalho (SEVERINO, 2017). O mesmo autor relata que a observação de um estudo ocorre quando há uma aproximação do acesso aos fenômenos estudados.

O estudo transversal é caracterizado pelo tempo que o pesquisador utiliza na condução da pesquisa, ou seja, neste caso a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento como por exemplo hoje ou agora (FONTELLES et al., 2009).

### 4.1 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida seguindo os preceitos éticos e diretrizes das Resoluções 466/12, de 12 de dezembro de 2012 e 510/2016 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, e mediante a autorização dos responsáveis pelas instituições. Foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos com dois pareceres devido a atualização do objetivo específico (CAEE 09271419.3.0000.5504, parecer nº 3.213.199 e parecer de emenda nº 4.009.498) (ANEXO I e II). Um dos hospitais foi incluído como instituição coparticipante (CAEE 09271419.3.3001.8148, parecer nº 3.318.831). Os participantes do estudo foram incluídos somente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE A).

Também foi obtida a autorização formal para sua utilização da AITCS II-BR neste estudo pelas autoras brasileiras que realizaram sua adaptação transcultural e validação (APÊNDICE B) e pela autora canadense do respectivo instrumento (APÊNDICE C).

## 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas unidades de saúde da RUE de um Município localizado no centro geográfico do interior do Estado de São Paulo que possui o número total de 251.983 habitantes (população estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (IBGE, 2019). A cidade em questão é considerada capital da tecnologia, possuindo destaque acadêmico, tecnológico e industrial. Sua área total é de aproximadamente 1.136,907 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2019).

O Município possui três UPAs que fornecem um atendimento de urgência e emergência no período de 24 horas, 12 UBSs, 21 USFs, e tem o apoio do SAMU (Prefeitura Municipal, 2018).

Também possui dois hospitais com porta de entrada para urgência e emergência. O primeiro possui uma estrutura de aproximadamente 8 mil m<sup>2</sup> contendo 54 leitos, abrangendo Pronto Atendimento, Unidades de internação adulto e pediátrico, Atenção psicossocial e Serviço de apoio, e Diagnóstico de terapia (Hospital A, 2019). Já o segundo dispõe de 322 leitos, dez leitos na Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), dez leitos na Unidade de Tratamento Coronário (UCO). As Unidades de Tratamento Intensivo Infantil e Neonatal são compostas por 13 leitos, sendo seis da neonatal e sete da infantil. Esses hospitais são referência para os tratamentos de Alta Complexidade, como gestação de alto risco, neurocirurgias, nefrologia, cardiologia, radioterapia, ortopedia, cirurgias ambulatoriais, Serviços Médico de Urgência (SMU), entre outros (Hospital B, 2019).

Os dados foram coletados nos dois hospitais referidos, com serviços médicos de urgência e emergência, nas unidades do SAMU e nas três UPAs do município que estão vinculados ao SUS. Apesar das UBSs estarem inseridas no contexto da RUE, não foi realizada a coleta nas mesmas devido ao prazo para finalização do mestrado.

Parte da coleta ocorreu durante a pandemia do Coronavírus (COVID-19) no Brasil, portanto é importante considerar as influências desse cenário nos locais de estudo. De acordo com informações do Ministério da Saúde, o COVID-19 é uma família de vírus que causam infecções respiratórias, sendo descoberto em 31 de dezembro de 2019 após casos registrados na China. Cerca de 80% dos pacientes apresentam a doença de forma assintomática, e 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, podendo necessitar de suporte ventilatório para o tratamento de insuficiência respiratória (BRASIL, 2020a).

O primeiro caso confirmado no Brasil ocorreu dia 26 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020b) e a primeira morte pela doença no país foi em 17 de Março de 2020 (BRASIL, 2020c) período no qual a coleta encontrava-se em andamento.

### **4.3 Participantes do estudo**

A população do estudo é de aproximadamente 507 trabalhadores da RUE no município cenário desta investigação. Entretanto, a amostra do estudo foi composta por 154 profissionais que atuavam na RUE nas seguintes profissões: Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Condutores e Socorristas, Telefonistas Auxiliares de Regulação (TARM), Técnicos de Ortopedia e Técnicos de Radiologia, gestores e supervisores das unidades da RUE que integram o SUS em um município do interior paulista. Foram incluídos no estudo todos os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa com atuação em cenários de prática previstos para coleta de dados, durante o tempo mínimo de três meses de experiência na instituição e na equipe da qual faziam parte.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais da instituição que não faziam parte diretamente da assistência no serviço de urgência e emergência, os que não atenderam aos critérios de inclusão mencionados, os que estavam afastados e os que não concordaram com os termos da pesquisa.

### **4.4 Instrumento**

Juntamente com o instrumento AITCS II-BR (ANEXO III) traduzido e adaptado no Brasil (BISPO e ROSSIT, 2018), foi aplicado um questionário de caracterização dos participantes (APÊNDICE D) elaborado pela pesquisadora que continha as seguintes variáveis: nome do participante (sendo informado ao participante que sua identidade ficaria no anonimato conforme explicado no TCLE); data e horário de início da coleta; pesquisador de campo; nome do serviço; setor do serviço; equipe a qual faz parte; tempo inserido na equipe (anos ou meses); tempo de prática da profissão; idade; sexo; atuação profissional na Unidade; escolaridade/formação, se concluído ou em andamento, e em qual área; modalidade de contratação; turno de trabalho; jornada de trabalho semanal; se divide carga horária em outro setor da mesma instituição; se possui outro vínculo de trabalho fora da instituição.

Os itens da AITCS II-BR estão organizados em uma escala de Likert de cinco pontos com a definição: 5 (sempre), 4 (na maioria das vezes), 3 (ocasionalmente), 2 (raramente), e 1 (nunca). As pontuações variam entre 23 a 115 pontos (BISPO e ROSSIT, 2018). O tempo médio para o preenchimento do instrumento foi de 15 minutos.

#### **4.5 Procedimentos da coleta de dados**

A coleta dos dados foi iniciada em junho de 2019 e estendeu-se a abril de 2020, com o preenchimento do TCLE (APÊNDICE A) e da ficha de caracterização dos participantes (APÊNDICE D), juntamente com a aplicação do instrumento AITCS II-BR (ANEXO III). Os coordenadores das instituições do estudo assinaram a carta modelo de autorização proposta pela pesquisadora ou a redigiram conforme regimento interno departamental, para aprovação da realização da pesquisa. Também foi solicitado a autorização de acesso aos serviços de saúde em todos os turnos de funcionamento para a realização da pesquisa, sendo a mesma concedida pela diretoria.

Todos os documentos foram levados ao campo de forma impressa pela pesquisadora, sendo preenchidos pela equipe de profissionais de saúde de forma presencial nos plantões (diurnos e noturnos). Devido à demanda noturna e o fato do instrumento ser autoaplicável, alguns instrumentos foram deixados no setor para o preenchimento, sendo recolhidos posteriormente conforme combinado com a chefia do setor (no prazo máximo de sete dias).

Cada instrumento aplicado no estudo foi numerado pela pesquisadora para facilitar sua identificação no banco de dados. Observou-se no hospital A que os profissionais de saúde que trabalhavam no setor de Pronto Atendimento Infantil se revezavam, trabalhando também no setor de internação pediátrica, seguindo orientações de escala realizada pela enfermeira responsável. Os turnos em todas as instituições ocorriam das 07:00 às 19:00 e das 19:00 às 07:00, com exceção de algumas profissões que exercem carga horária menor que 12 horas por dia.

A coleta foi realizada de forma presencial, pela própria pesquisadora e não houve um local específico para sua realização, sendo realizado pelos participantes entre os procedimentos do serviço.

O instrumento AITCS II-BR (BISPO e ROSSIT, 2018) foi aplicado em uma amostra intencional de 156 participantes, porém apenas 154 instrumentos foram considerados válidos devido ao excesso de respostas em branco.

Com a disseminação da doença COVID-19 na cidade do estudo, houve a impossibilidade de dar continuidade à coleta de dados em determinados locais, como por exemplo o (SAMU e hospital B), devido ao risco de contaminação da doença, e o fato dos profissionais estarem voltados para o enfrentamento da pandemia. Sendo assim, a coleta foi encerrada precocemente.

#### 4.6 Análise dos dados

Os dados coletados com o instrumento AITCS II-BR foram organizados em Excel e transferidos para o software *Mplus7* por um profissional especializado em psicometria para tratamento dos dados.

Na análise dos dados foram aplicados os princípios da estatística descritiva e da psicometria por meio da condução de AFCs a partir do software *Mplus 7* (MUTHÉN e MUTHÉN, 2012), tendo sido utilizadas matrizes de correlação policórica como fonte de informação, método dos mínimos quadrados ponderados robustos (WLSMV)\* e rotação do tipo oblíqua GEOMIN†\*\*.

Segundo Pasquali (2009), a psicometria tem a finalidade de explicar o sentido das respostas fornecidas pelos participantes da pesquisa, de acordo com suas tarefas, denominadas de itens. São características do instrumento de medida os parâmetros de validade e precisão, ou seja, podemos afirmar que um instrumento é válido e preciso se ele apresentar uma medida confiável e legítima. De acordo com Beaton et al., (2017) a qualidade da medida depende da qualidade do instrumento. A avaliação psicométrica é essencial para avaliar a qualidade, a validade e a confiabilidade de instrumentos que envolvem mensurações

---

\* [WLSMV consiste em tratamento estatístico que foi realizado tendo em vista a compreensão de que escalas do tipo Likert, conforme utilizada no instrumento, não conseguem reproduzir as propriedades métricas/intervalares, mas sim representam nível categórico e/ou ordinal, bem como a indicação deste método para tratamento de dados que se relacionam ao pressuposto da normalidade multivariada (Aparuhov e Muthén, 2009)].

\*\* [A rotação GEOMIN permite que sejam estimadas as correlações entre os fatores, aspecto não permitido em rotações ortogonais do tipo Varimax utilizadas nos estudos estrangeiros com a escala AITCS II].

Os resultados das AFCs foram avaliados em termos de índices de ajuste das soluções fatoriais modeladas, da razoabilidade teórica destas soluções, bem como dos índices de confiabilidade dos fatores latentes. Os critérios definidos a priori foram os seguintes: índices de ajuste - *Índice de Tucker-Lewis* – *TLI* e *Índice de Ajuste Comparativo* - *CFI* (valores  $\geq 0,90$  indicam ajuste aceitável); *Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado* – *RMSEA* (valores  $\leq 0,06$  indicam ajuste, com limite máximo aceitável de 0,08). A confiabilidade da escala foi avaliada por meio dos coeficientes alfa de Cronbach e confiabilidade composta - valores  $\geq 0,70$  indicam consistência aceitável (HAIR et al., 2010; KLINE, 2011; MUTHÉN e MUTHÉN, 2012).

## 5. RESULTADOS

A amostra teve a participação de 154 profissionais de diversas áreas de saúde de seis serviços que constituem a RUE (três UPAs, dois Hospitais e um SAMU). Considerando os objetivos propostos neste estudo, podemos descrever as variáveis de interesse baseando-se na análise estatística. Observa-se que a variável “sexo” demonstra que 70,1% (108) profissionais são do sexo feminino e 29,9% (46) são do sexo masculino. Também é possível analisar que a idade dos participantes variou de 20 a 67 anos (M= 38,8; DP = 8,9).

Na variável “atuação profissional”, as categorias citadas pelos profissionais foram: Medicina, Enfermagem, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Fisioterapia, Fonoaudiólogo, Condutor ou Socorrista, Telefonista Auxiliar de Regulação, Técnico de Ortopedia e Técnico de Radiologia. Essas categorias são mencionadas na Tabela 1.

TABELA 1- Distribuição da amostra conforme a variável “atuação profissional”. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Profissão dos participantes</b>	<b>Profissionais de saúde 154 (N)</b>	<b>Porcentagem</b>
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	69	44,8%
Enfermeiros	39	25,3%
Médicos	17	11%
Condutores e Socorristas	9	5,8%
Fisioterapeutas	8	5,2%
Telefonista Auxiliar de Regulação (TARM)	6	3,9%
Fonoaudiólogos	3	1,9%
Assistente Social	1	0,6%
Técnico de Ortopedia	1	0,6%
Técnico de Radiologia	1	0,6%

**Fonte:** Banco de Dados da Pesquisa

A variável “nome do serviço” menciona o local de trabalho dos participantes de forma agrupada, ou seja, não apresenta-se de forma individual com os respectivos nomes da



instituição, e sim por categorias (Atenção Secundária e Terciária). Na variável “setor do serviço” foi indicado o departamento no qual o participante está inserido atualmente.

TABELA 2 - Distribuição da amostra conforme as variáveis “nome do serviço” e “setor do serviço”. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Categoria</b>	<b>Profissionais de Saúde</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Nome do serviço</b>	<b>154 (N)</b>	
Atenção Secundária (UPAs e SAMU)	84	54,5%
Atenção Terciária (Hospitais)	70	45,5%
<b>Setor do serviço</b>	<b>154 (N)</b>	
Pronto Atendimento	48	31,2%
Serviço Médico de Urgência (SMU)	28	18,2%
Pronto Atendimento Adulto	14	9,1%
Urgência e Emergência	12	7,8%
SAMU	9	5,8%
Pediatria	8	5,2%
Centro de Controle Operacional	8	5,2%
Pronto Atendimento da Pediatria	7	4,5%
Fisioterapia	5	3,2%
Sala de Medicação	4	2,6%
Reabilitação	3	1,9%
Emergência	2	1,3%
Saúde Mental	1	0,6%
Serviço Social	1	0,6%
Enfermagem	1	0,6%
Fonoaudiologia	1	0,6%
Acolhimento	1	0,6%
Ambulância	1	0,6%

**Fonte:** Banco de Dados da Pesquisa.

A variável “tempo inserido na equipe” foi considerada o tempo de permanência do participante na equipe atual no momento da coleta de dados, como vemos a seguir na Tabela 3.

TABELA 3- Distribuição da amostra conforme a variável “tempo inserido na equipe”. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Tempo</b>	<b>Profissionais de Saúde 154 (N)</b>	<b>Porcentagem</b>
1 a 5 anos	87	56,5%
6 a 10 anos	24	15,6%
Menos de 1 ano	21	13,6%
11 a 15 anos	13	8,4%
16 anos ou mais	9	5,8%

**Fonte:** Banco de Dados da Pesquisa

Na Tabela 4 observam-se as variáveis “jornada de trabalho semanal”, “turno de trabalho”, “divisão de carga horária em outro setor da mesma instituição” e “outro vínculo de trabalho fora da instituição”.

TABELA 4- Distribuição da amostra conforme as variáveis “jornada de trabalho semanal”, “turno de trabalho”, “divisão de carga horária em outro setor da mesma instituição” e “outro vínculo de trabalho fora da instituição”. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Categorias</b>	<b>Profissionais de Saúde 154 (N)</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Jornada de trabalho semanal</b>		
40 horas ou mais	93	60,4%
31 a 40 horas	39	25,3%
21 a 30 horas	18	11,7%
12 horas	3	1,9%
13 a 20 horas	1	0,6%
<b>Turno de trabalho</b>		
<b>154 (N)</b>		

Noturno	53	34,4%
Matutino e Vespertino	42	27,3%
Escala 12x36	39	25,3%
Matutino	10	6,5%
Vespertino	5	3,2%
Todos	4	2,6%
Matutino e Noturno	1	0,6%

**Divisão de carga horária com outro  
setor da mesma instituição**

**154 (N)**

Não	143	92,9%
Sim	10	6,5%
Omisso	1	0,6%

**Outro vínculo de trabalho fora da  
instituição**

**154 (N)**

Não	115	74,4%
Sim	39	25,3%

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Quanto à escolaridade e formação dos profissionais foram coletadas informações relacionadas aos seus níveis e respectivas áreas, conforme a Tabela 5.

TABELA 5- Distribuição da amostra conforme sua titulação e área de formação. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Categorias</b>	<b>Profissionais de saúde</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Titulação</b>	<b>154 (N)</b>	
Especialização	57	37%
Técnico Profissionalizante	44	28,6%
Ensino Superior	32	20,8%
Mestrado	8	5,2%
Ensino Médio	7	4,5%
Doutorado	5	3,2%

Pós-Doutorado	1	0,6%
---------------	---	------

<b>Área de formação</b>	<b>154 (N)</b>	
Enfermagem	109	70,8%
Medicina	26	16,9%
Fisioterapia	8	5,2%
Outras áreas (Administração e gestão da clínica, Engenharia, técnico de enfermagem, Segurança do trabalho)	7	4,5%
Fonoaudiologia	3	1,9%
Medicina Veterinária	1	0,6%

**Fonte:** Banco de Dados da Pesquisa

Para a variável “equipe da qual faz parte” houve um espaço em branco para a escrita do participante, com o intuito do mesmo indicar com suas palavras o nome da equipe à qual estava vinculado, considerando seu senso de pertencimento (Tabela 6).

TABELA 6- Distribuição da amostra conforme a variável “equipe da qual faz parte”. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Equipe da qual faz parte</b>	<b>Profissionais de saúde</b>	<b>Porcentagem</b>
	<b>154 (N)</b>	
Enfermagem	67	43,5
Pediatria	10	6,5%
Médica	10	6,5%
SMU	10	6,5%
Urgência e Emergência	10	6,5%
Reabilitação	6	3,9%
Fisioterapia	6	3,9%
SAMU	5	3,2%
Noturno	5	3,2%
Unidade de Suporte Básico e Avançado	3	1,9%
Equipe Multiprofissional	3	1,9%

Unidade de Suporte Básico	3	1,9%
Diurno	3	1,9%
Saúde Mental	2	1,3%
Acolhimento	2	1,3%
Cirurgia Geral	2	1,3%
Telefonista	2	1,3%
Condutor	2	1,3%
Outros: todas e radiologia	2	1,3%
Unidade de Suporte Avançado	1	0,6%
Residente de Medicina	1	0,6%

**Fonte:** Banco de Dados da Pesquisa

Na Tabela 7, a variável “tempo de prática da profissão” foi citada a partir da obtenção do registro profissional dos participantes.

TABELA 7- Distribuição da amostra conforme a variável “tempo de prática da profissão”. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Tempo de prática na profissão</b>	<b>Profissionais de saúde 154 (N)</b>	<b>Porcentagem</b>
11 a 15 anos	38	24,7%
Até 5 anos	34	22,1%
6 a 10 anos	34	22,1%
21 anos ou mais	23	14,9%
16 a 20 anos	20	13,0%
Omissos	5	3,2%

**Fonte:** Banco de Dados da Pesquisa

A variável “modalidade de contratação” indica o período de trabalho do profissional, ou seja, se possuía contrato com tempo determinado ou indeterminado, conforme indica a Tabela 8.

TABELA 8- Distribuição da amostra conforme a variável “modalidade de contratação”. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Modalidade de contratação</b>	<b>Profissionais de saúde</b>	<b>Porcentagem</b>
	<b>154 (N)</b>	
Indeterminado	151	98,1%
Determinado	3	1,9%

**Fonte:** Banco de Dados da Pesquisa

Conforme citado anteriormente, houve uma interferência no andamento da coleta de dados devido a pandemia atual. Sendo assim, foi realizada a análise da variável “Participação na coleta” comparando a amostra antes da primeira morte por COVID-19 no Brasil ocorrida dia 17 de março de 2020, e depois.

TABELA 9- Distribuição da amostra conforme a variável “Participação na coleta”. UFSCar, Brasil, 2020.

<b>Participação na coleta</b>	<b>Profissionais da saúde</b>	<b>Porcentagem</b>
	<b>154 (N)</b>	
Antes do dia 17 de março	94	61%
Depois do dia 17 de março	60	39%

**Fonte:** Banco de Dados da Pesquisa

A análise da amostra considerando a participação na coleta antes e após o primeiro óbito por COVID-19 no Brasil possibilitou a elaboração de um artigo científico submetido à publicação, como produto desta dissertação de mestrado.

### **5.1 Análises Fatoriais Confirmatórias (método de estimação WLSMV)**

A partir da condução das AFCs foram testados quatro modelos fatoriais: (A) modelo unidimensional; (B) modelo bidimensional oblíquo (F1 itens 01 a 12; F2 itens 13 a 23); (C) modelo tridimensional oblíquo, tal qual validado por Orchard e colaboradores (2018) (F1 itens 01 a 08; F2 itens 09 a 16; F3 itens 17 a 23) e (D) modelo hierárquico, no qual os três fatores

validados são explicados por um fator hierarquicamente superior (Fator Geral de Colaboração)\*, conforme apresentados na Tabela 10.

TABELA 10- Índices de ajuste das soluções fatoriais modeladas (N = 154). UFSCar, Brasil, 2020.

Modelos testados	Índices de ajuste dos modelos testados		
	CFI	TLI	RMSEA (IC90%)
	Critério $\geq 0,90$	Critério $\geq 0,90$	Critério $\leq 0,08$
(A) Unidimensional	0,83	0,82	0,161 (0,152 a 0,170)
(B) Bidimensional oblíquo	0,85	0,83	0,153 (0,144 a 1,163)
(C) Tridimensional oblíquo	<b>0,95</b>	0,94	0,089 (0,08 a 0,10)
(D) Hierárquico	<b>0,95</b>	0,94	0,089 (0,08 a 0,10)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Do ponto de vista dos índices de ajuste dos modelos testados, apenas as soluções C e D retornaram com índices aceitáveis (CFI = 0,95; TLI = 0,94), embora com ajuste marginal do ponto de vista dos resíduos (RMSEA = 0,09).

TABELA 11- Resultados da Análise Fatorial Confirmatória\* e análises de confiabilidade da AITCS II-BR (N = 154). UFSCar, Brasil, 2020.

Itens	MODELOS FATORIAIS TESTADOS										$r^{it**}$
	Unidimensional	Bidimensional		Tridimensional			Hierárquico				
	F1	F1	F2	F1	F2	F3	FG	F1	F2	F3	
I01	0,70	0,71		0,78				0,78			0,64
I02	0,71	0,73		0,79				0,79			0,65
I03	0,73	0,75		0,80				0,80			0,73
I04	0,68	0,70		0,76				0,76			0,66
I05	0,74	0,75		0,82			0,80	0,82			0,68
I06	0,82	0,83		0,89				0,89			0,78
I07	0,78	0,79		0,86				0,86			0,75
I08	0,73	0,75		0,80				0,80			0,74
I09	0,58	0,60			0,65				0,65		0,49
I10	0,82	0,83			0,86		0,72		0,86		0,74

I11	0,90	0,94		0,93			0,93		0,84	
I12	0,75	0,77		0,82			0,82		0,74	
I13	0,77		0,81	0,83			0,83		0,76	
I14	0,72		0,75	0,77			0,77		0,66	
I15	0,82		0,85	0,86			0,86		0,76	
I16	0,85		0,89	0,88			0,88		0,79	
I17	0,55		0,59		0,69			0,69	0,54	
I18	0,54		0,57		0,69			0,69	0,50	
I19	0,51		0,55		0,66			0,66	0,57	
I20	0,64		0,68		0,81	0,81		0,81	0,56	
I21	0,56		0,60		0,71			0,71	0,64	
I22	0,60		0,64		0,75			0,75	0,63	
I23	0,50		0,53		0,64			0,64	0,56	
N. Itens	23	12	11	08	08	07	23	08	08	07
$\alpha$	-	-	-	0,91	0,91	0,83	0,93	0,91	0,91	0,83
CC	-	-	-	0,94	0,95	0,88	0,82	0,94	0,95	0,88
VME	-	-	-	0,66	0,69	0,50	0,60	0,66	0,69	0,50

\*Todas as cargas fatoriais foram estimadas ao nível de  $p < 0,05$ ; \*\* Coeficiente de correlação item-total (rit); Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

A confiabilidade foi avaliada por meio dos índices Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), Confiabilidade Composta (CC) e Variância média extraída (VME) com resultados aceitáveis, considerando que Cronbach e confiabilidade composta com valores  $\geq 0,70$  indicam consistência aceitável (HAIR et al., 2010; KLINE, 2011; MUTHÉN e MUTHÉN, 2012).

- a) Conforme os dados da tabela 11 há duas possibilidades dimensionais do modelo da escala AITCS II-BR: Tridimensional oblíquo: Fator 1. Parceria ( $\alpha = 0,91$ ; CC = 0,94; VME = 0,66); Fator 2. Cooperação ( $\alpha = 0,91$ ; CC = 0,95; VME = 0,69) e Fator 3. Coordenação ( $\alpha = 0,83$ ; CC = 0,88; VME = 0,50).
- b) Hierárquico: Fator Geral de Colaboração ( $\alpha = 0,93$ ; CC = 0,82; VME = 0,60); Fator 1. Parceria ( $\alpha = 0,91$ ; CC = 0,94; VME = 0,66); Fator 2. Cooperação ( $\alpha = 0,91$ ; CC = 0,95; VME = 0,69) e Fator 3. Coordenação ( $\alpha = 0,83$ ; CC = 0,88; VME = 0,50).



A seguir a tabela 12 mostra os resultados das cargas fatoriais de cada item da AITCS II-BR, cujas fragilidades podem ser identificadas quando as cargas são -  $P < 0,5$ . Nesse sentido as cargas fatoriais de todos os itens da escala nos dois modelos tridimensional e oblíquo são consideradas aceitáveis.

TABELA 12 - Resultados da Análise Fatorial Confirmatória e análises de confiabilidade da AITCS II-BR (N = 154). UFSCar, Brasil, 2020.

	Unidimensional	Bidimensional		Tridimensional			Hierárquico	Rit			
	F1	F1	F2	F1	F2	F3	FG	F1	F2	F3	
I01	0,70	0,71		0,78			0,80	0,78			0,64
I02	0,71	0,73		0,79				0,79			0,65
I03	0,73	0,75		0,80				0,80			0,73
I04	0,68	0,70		0,76				0,76			0,66
I05	0,74	0,75		0,82				0,82			0,68
I06	0,82	0,83		0,89				0,89			0,78
I07	0,78	0,79		0,86				0,86			0,75
I08	0,73	0,75		0,80				0,80			0,74
I09	0,58	0,60			0,65			0,65		0,49	
I10	0,82	0,83			0,86			0,86		0,74	
I11	0,90	0,94			0,93			0,93		0,84	
I12	0,75	0,77			0,82		0,72	0,82		0,74	
I13	0,77		0,81		0,83			0,83		0,76	
I14	0,72		0,75		0,77			0,77		0,66	
I15	0,82		0,85		0,86			0,86		0,76	
I16	0,85		0,89		0,88			0,88		0,79	
I17	0,55		0,59			0,69			0,69	0,54	
I18	0,54		0,57			0,69			0,69	0,50	
I19	0,51		0,55			0,66			0,66	0,57	
I20	0,64		0,68			0,81	0,81		0,81	0,56	
I21	0,56		0,60			0,71			0,71	0,64	
I22	0,60		0,64			0,75			0,75	0,63	
I23	0,50		0,53			0,64			0,64	0,56	
N. Itens	23	12	11	08	08	07	23	08	08	07	-

Legenda: I= Item, FG = Fator Geral, F1= Fator (Parceria) 1, F2= Fator 2 (Cooperação), F3 = Fator 3 (Coordenação). Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

Contudo, a partir de consulta à autora original do instrumento para discussão do construto e da sua modelagem na análise fatorial foi decidido pela apresentação e reafirmação do modelo tridimensional oblíquo, como consta na última validação do AITCS II publicada em Orchard et al. (2018).

A tabela 13 mostra que as médias identificadas na amostra foram elevadas, sendo que a média do escore total foi de 3,47. As médias nos três fatores da escala podem ser consideradas elevadas por todas estarem acima de 3, sinalizando a disponibilidade dos trabalhadores da RUE para a CI nas equipes, com médias mais elevadas no fator cooperação.

TABELA 13- Medidas de tendência central e dispersão para as dimensões avaliadas pela AITCS II-BR (N = 154). UFSCar, Brasil, 2020.

Dimensões da AITCS II-BR	Medidas de tendência central e dispersão			Amplitude	
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
F1. Parceria	3,32	1,03	3,38	1,00	5,00
F2. Cooperação	<b>4,00</b>	0,77	4,00	1,88	5,00
F3. Coordenação	3,05	0,90	3,00	1,00	5,00
Escore Total. Colaboração	<b>3,47</b>	0,73	3,48	1,65	5,00

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

A figura 5 mostra o destaque ao fator cooperação na amostra estudada e evidencia que esta dimensão da escala possui mais influência sob a CI na amostra do estudo quando comparada com as médias dos demais fatores parceria e coordenação.

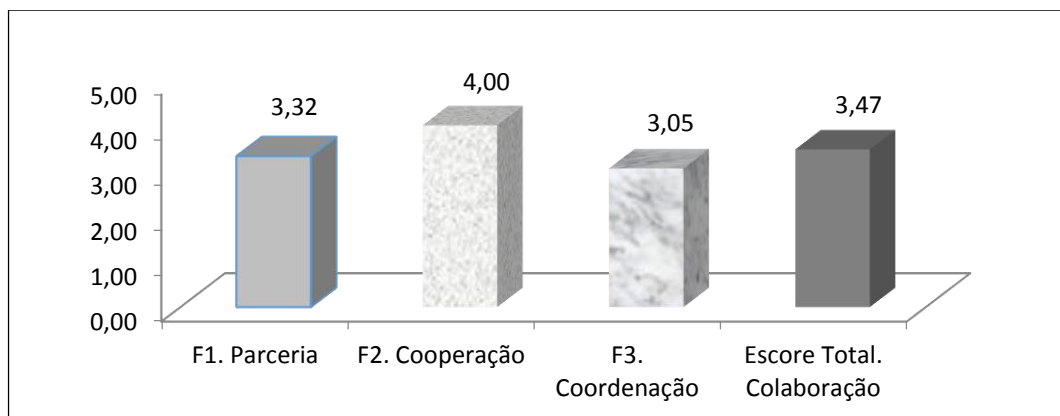


Figura 5. Média da amostra nas dimensões avaliadas pela AITCS II-BR (N = 154)

TABELA 14- Comparação entre a variável “tempo inserido na equipe” e as dimensões avaliadas pela AITCS II-BR (N = 154). UFSCar, Brasil, 2020.

Dimensões da AITCS II-BR	Tempo na equipe (anos)	154 (N)	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Comparações	
					Limite inferior	Limite superior	F	p
<b>EF1. Parceria</b>	Menos de 1a	21	3,85	0,74	3,51	4,18	3,004	0,02
	1 a 5a	87	3,28	0,98	3,07	3,49		
	6 a 10a	24	2,86	1,19	2,36	3,36		
	11 a 15a	13	3,60	1,14	2,91	4,28		
	16a ou mais	9	3,28	1,00	2,51	4,04		
	Total	154	3,32	1,03	3,16	3,48		
<b>EF2. Cooperação</b>	Menos de 1a	21	4,07	0,77	3,72	4,42	0,385	0,819
	1 a 5a	87	3,97	0,77	3,80	4,13		
	6 a 10a	24	3,98	0,67	3,70	4,27		
	11 a 15a	13	3,96	1,09	3,30	4,62		
	16a ou mais	9	4,28	0,47	3,92	4,64		
	Total	154	4,00	0,77	3,88	4,12		
<b>EF3. Coordenação</b>	Menos de 1a	21	3,18	0,91	2,76	3,59	2,295	0,062
	1 a 5a	87	3,02	0,83	2,85	3,20		
	6 a 10a	24	2,68	0,99	2,26	3,10		
	11 a 15a	13	3,53	0,85	3,01	4,04		
	16a ou mais	9	3,27	0,99	2,51	4,03		
	Total	154	3,05	0,89	2,90	3,19		
<b>ET. Colaboração</b>	Menos de 1a	21	3,72	0,70	3,40	4,04	1,966	0,103
	1 a 5a	87	3,44	0,68	3,30	3,59		
	6 a 10a	24	3,20	0,83	2,85	3,55		
	11 a 15a	13	3,70	0,88	3,17	4,24		
	16a ou mais	9	3,62	0,69	3,09	4,16		
	Total	154	3,47	0,73	3,36	3,59		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

A tabela 14 compara o tempo de trabalho na equipe com as dimensões da AITCS II-BR. As equipes com “Menos de 1 ano” apresentaram maior parceria comparada aos demais (M=3,85) com diferença significativa (p=0,02). O fator cooperação apresentou uma média maior nos profissionais classificados com “Menos de 1 ano” (M= 4,07) e “16 anos ou mais” (M=4,28). O fator coordenação apresentou maior média nos grupos “11 a 15 anos” (M=3,53) e “16 anos ou mais” (M=3,27). No Escore Total de colaboração, houve um destaque com média significativa nas equipes com “menos de 1 ano” (M=3,72).

No geral, a tabela demonstra que o escore total da cooperação apresenta-se com pontuação de média superior ( $M= 4,0$ ) quando comparada aos demais escores totais dos fatores das dimensões da AITCS II-BR.

## 6. DISCUSSÃO

Os resultados das AFCs confirmaram as evidências de validade estatística da AITCS II-BR e manutenção dos itens da escala no contexto da RUE, baseadas na relação com a estrutura interna da escala e variáveis externas que caracterizam a amostra do estudo, apresentando valores  $\geq 0,70$ , que são considerados satisfatórios (HAIR et al., 2010; KLINE, 2011; MUTHÉN e MUTHÉN, 2012).

A consistência interna é medida por meio do indicador Alfa de Cronbach com a função de correlacionar as questões de um instrumento aplicado a um determinado grupo. Quanto mais próximo do número 1, maior a correlação entre as questões da escala. Para que sejam satisfatórios a confiabilidade do estudo, os valores variam de 0,7 a 0,9. Entretanto, quando esses valores ultrapassam 0,9 podem indicar redundância entre as questões da escala (STREINER e NORMAN, 2006).

Foi reafirmado o modelo tridimensional oblíquo, como consta na última validação do AITCS II publicada em Orchard et al. (2018). Podemos analisá-lo neste estudo segundo seus valores na tabela 11, sendo o Fator 1. Parceria ( $\alpha = 0,91$ ; CC = 0,94; VME = 0,66); Fator 2. Cooperação ( $\alpha = 0,91$ ; CC = 0,95; VME = 0,69) e Fator 3. Coordenação ( $\alpha = 0,83$ ; CC = 0,88; VME = 0,50).

Conforme estudos prévios de Orchard et al. (2012, 2018) a aplicação do instrumento AITCS II é relevante, pois não havia instrumento disponível com confiabilidade e validade dos constructos para mensurar a CI nas equipes, independente do contexto em saúde.

Demonstrando a necessidade da mensuração da colaboração, Bispo e Rossit (2018) desenvolveram estudo para a adaptação transcultural e validação estatística da AITCS II para o contexto brasileiro. Essa validação se fez por meio de aplicação do instrumento em profissionais da saúde que realizam serviços de Atenção Básica, incluindo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); Equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e equipes de Saúde do Trabalhador.

Os setores de urgência e emergência enfrentam diversos problemas internos e externos, como grande demanda de pacientes, limitações de recursos humanos, estruturais e materiais, problemas organizacionais ou inter-relações em equipes, influenciando na qualidade da

assistência prestada ao paciente ou no trabalho em equipe (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ et al., 2005; SILVA et. al., 2012).

Um estudo de revisão integrativa pontuou os facilitadores para que ocorra a implementação da prática colaborativa num ambiente de urgência, destacando-se o comportamento (relacionado com apoio e liderança, propiciando um bom clima de trabalho em equipe, agilidade no serviço e cuidados mais eficientes), boa estrutura física (ambientes físicos para discussão interprofissional. Estes aspectos resultaram em melhor compreensão entre desempenho e resultado para a equipe considerando os recursos humanos e materiais disponíveis (trabalhar com um número reduzido de pacientes possibilitou menos estresse na equipe e melhor visualização dos resultados do próprio trabalho), com destaque para um bom relacionamento interprofissional (com apoio da chefia e dos diretores) e realização de treinamentos para a prática colaborativa (que contribuíram para motivação no trabalho em equipe) (MIORIN et al., 2019).

Além disso, Miorin et al. (2019) relatam que após avaliação entre grupos com equipes interprofissionais e não interprofissionais, no primeiro a taxa de internações hospitalares foi menor comparada ao outro grupo. Conseqüentemente, isso refletiu no departamento de emergência com a redução da superlotação e diminuição do estresse no ambiente de trabalho.

Há estudos que enfatizam a importância da CI, sendo sua ausência um agravante para erros e omissões dos cuidados ao paciente, sendo os elementos comunicação e trabalho compartilhado essenciais para que isso não ocorra (FAQUIM e FRAZÃO, 2016).

A CI e o trabalho em equipe são considerados essenciais para a prestação do cuidado, sendo reforçados durante a pandemia da COVID-19, na qual as equipes interprofissionais precisam se articular e colaborar entre si a fim de alcançar o mesmo objetivo, gerando qualidade na assistência ao paciente que necessita de um atendimento humanizado, ágil e eficaz.

Segundo um estudo no qual foi realizada uma revisão da literatura, foi reforçado que a CI melhora a condição de saúde dos pacientes que apresentam quadro de saúde mais complexos e crônicos, porém destacam a lacuna que ainda existe em incluir essa prática nas rotinas de trabalho (MORGAN, PULLON e MCKINLAY, 2015).

É importante para o trabalho em equipe interprofissional que o profissional de saúde de diferentes áreas, ao trabalhar junto com os outros compartilhe o sentimento de pertencimento a equipe na qual estão inseridos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Conforme analisado o questionário de caracterização do participante, na variável “equipe da qual faz parte” possibilitou a sinalização livre pelo trabalhador para se posicionar, considerando seu senso de pertencimento na equipe. Constatou-se que, embora alguns trabalhadores façam parte de equipes multiprofissionais, ao se inserirem em uma equipe sentem-se vinculados à equipes uniprofissionais, como relatado nesse estudo, por exemplo pelas áreas de enfermagem, fisioterapia e medicina.

A formação uniprofissional pode ser uma consequência do processo educacional voltado apenas para os estudantes de uma mesma área, ou seja, há limitação e isolamento dos demais estudantes de outras profissões, conseqüentemente ocorre um desconhecimento dos papéis e responsabilidades dos profissionais de outras áreas (PEDUZZI et al., 2013), desse modo é necessário fortalecer as possibilidades de avanço da educação interprofissional em saúde em prol do estímulo à colaboração.

A tabela 14 compara o “tempo inserido na equipe” e as dimensões da AITCS II-BR. Podemos analisar que obteve uma média maior o profissional que trabalha há menos de um ano na equipe e o profissional que trabalha há mais de 16 anos na mesma equipe. No quesito cooperação, destaca-se as médias dos profissionais com menos de um ano e os que possuem 16 anos ou mais na equipe. Com relação a coordenação, apresenta-se destaque o profissional inserido de 11 a 15 anos e os que possuem 16 anos ou mais na equipe. Conseqüentemente, a colaboração é destacada com média mais alta nos profissionais com menos de 1 ano e 16 anos ou mais.

Esses dados condizem com estudos que avaliaram a CI na equipe obtendo um resultado satisfatório com relação ao tempo de prática, sendo considerada uma relação positiva (FREIRE et al., 2018; QUINLAN, 2014). Na mesma direção Badlwin (2012) aponta que o tempo de trabalho na mesma equipe interfere nas relações interprofissionais devido a construção de confiança entre os membros, o respeito e a comunicação uns com os outros, gerando vínculos que podem estar relacionados com a qualidade da colaboração.

Já em outros estudos, ao analisar o tempo de experiência na equipe, pontuou-se que profissionais com menos experiências exigiam mais atenção do líder na equipe, contribuindo com menos intensidade quando comparados com profissionais mais experientes, sendo um obstáculo ao trabalho em equipe (GROVER et al., 2017).

No tocante à CI, este estudo mostrou que os profissionais da RUE do cenário do estudo apresentam atitudes positivas aos construtos da cooperação, coordenação e parceria que são

elementos importantes para uma CI efetiva e de qualidade. A cooperação apresentou maior média quando comparada aos demais construtos da AITCS II-BR, havendo assim uma contribuição de destaque desse fator para a CI nas equipes.

No estudo de Orchard et al. (2018) foi calculada a média das sub-escalas parceria (média 71,46 / DP = 11,39), cooperação (média de 41,54 / DP = 6,88) e coordenação (média de 24,89 / DP = 5,12). Isso resultou em uma média geral de colaboração, na qual apresentava um DP=18,12. De forma geral, a colaboração teve uma pontuação média inferior a 4,00. Diferentemente na tabela 13 deste estudo, a média de cooperação se mostrou mais alta quando comparada às demais, com valor 4,00.

Segundo Orchard et al. (2012), a cooperação ocorre quando há uma valorização entre os profissionais que trabalham juntos, compartilhando conhecimentos, habilidades e experiências, visando um melhor resultado do cuidado em saúde.

A cooperação está inclusa no trabalho em equipe, e ocorre quando há articulações das ações, interações e intervenções entre os profissionais, sempre em prol de um objetivo em comum que é o cuidado integral e de qualidade dos pacientes (CAMELO, 2011).

O processo de trabalho necessita da cooperação de vários profissionais envolvidos, para a realização de um trabalho em equipe. No estudo de Rothebarth e colaboradores (2016), a cooperação está presente nos ambientes de trabalho, e é descrita como fundamental nas articulações das ações e nas interações dos agentes. Os profissionais deste estudo relatam que a cooperação é construída coletivamente e consolidada no jeito de agir de cada membro da equipe.

A articulação entre as ações interprofissionais ocorre quando os profissionais evidenciam as intervenções executadas e os conhecimentos técnicos na execução do trabalho em saúde, sendo a articulação e a cooperação estabelecidas através da comunicação (PEDUZZI et al., 2020).

Ainda no estudo de Rothebarth et al. (2016) os membros da equipe de enfermagem assumem o cuidado de um determinado número de pacientes. Entretanto, quando um membro da equipe finaliza suas tarefas e percebe que o outro profissional necessita de ajuda, o mesmo prontifica-se para colaborar, resultando na agilidade e qualidade do cuidado.

A colaboração inclui o cuidado centrado no paciente, ou seja, espera-se que ocorra a inclusão do paciente, da comunidade e de suas famílias no seu próprio cuidado em saúde



(PEDUZZI et al., 2020). Quando o paciente e seus familiares possuem informações com relação a sua saúde, conseguem contribuir de forma positiva para seu próprio tratamento ou até mesmo na redução de falhas no processo de cuidado, sendo considerados parceiros e colaboradores dos profissionais de saúde (CRUZ e PEDREIRA, 2020).

Estudos que mostram que reuniões de planejamento, protocolos de cuidado compartilhado, discussão de casos e atividades gerenciais como educação permanente são essenciais para elevar o grau de CI nos serviços em saúde. Contudo, reforçam que os gerentes devem apoiar o trabalho interdisciplinar, gerando habilidades de liderança para que ocorra uma prática interprofissional colaborativa (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ et al., 2005; PROCTER et al., 2015).

Segundo Garlet et al. (2009), as unidades de urgência e emergência são divididas em três momentos, sendo o atendimento no qual há risco de vida iminente, assistência aos pacientes na sala de observação e atenção com demandas não urgentes. Salienta que para o restabelecimento da vida do paciente, os profissionais convergem suas ações para o usuário.

Sendo assim, nas unidades de emergências hospitalares são essenciais à interação e articulação de equipes em prol de uma assistência de qualidade, livre de possíveis erros, baseadas na relação de troca e cooperação em respostas imediatas ao usuário (ALVES et al., 2005).

São muitos os desafios enfrentados na RUE devido a sua complexidade e sua dinâmica, aspectos que são agravados com a pandemia do COVID-19 que repercute no aumento da procura dos serviços, sendo esses os setores que recebem mais pacientes com quadros de instabilidade da doença (GONZÁLEZ ARMENGOL e VÁZQUEZ LIMA, 2020).

Segundo Branco et al. (2020), os setores de urgência precisaram se reestruturar de forma imediata devido a pandemia do COVID-19, gerando novas necessidades de planos de contingência e remodelagem da assistência prestada neste ambiente. Em alguns hospitais, os pacientes que apresentavam quadros graves não relacionados ao COVID-19, antes eram acomodados nas salas vermelhas, porém no momento atual precisavam ser redirecionados a outras salas para estabilização, havendo uma mudança na logística de recursos humanos, materiais e de equipamentos necessários para o atendimento.

Após novas informações diárias sobre a pandemia, os hospitais começaram a se adaptar à nova realidade, sendo necessário adaptações de fluxos assistenciais, uma atenção maior com

relação a proteção individual com uso de EPI, e novas capacitações com os profissionais para aprimorar suas habilidades nesses setores. Com isso, gerou-se um sentimento de angústia e estresse nas equipes dos atendimentos de urgência, sendo reforçado o engajamento de profissionais de diferentes áreas para troca de conhecimentos e experiências (BRANCO et al., 2020).

Juntamente com a crescente demanda nos setores de urgência e emergência devido a pandemia, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades geradas com o imprevisto de abertura de locais para atender essa demanda, podendo haver uma escassez de recursos, e consequentemente interferindo no relacionamento entre os profissionais de saúde. Afinal, alguns profissionais são realocados para trabalhar com equipes nas quais nunca trabalharam juntos antes, gerando fatores que possam interferir na comunicação e na coordenação consideradas fundamentais num momento de pandemia (MAYO, 2020).

Os setores de urgência e emergência estão diretamente inseridos nessa situação do COVID-19, contudo há poucos estudos relacionados com o tema e com esses setores de alta complexidade, sendo necessária investigações futuras sobre a temática.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao analisar a colaboração nas equipes da RUE na região estudada, os dados mostraram atitudes positivas à CI nas equipes, com destaque à dimensão da cooperação.

As evidências de validade do instrumento AITCS II-BR foram confirmadas na amostra do estudo com índices aceitáveis, mediante a análise de suas propriedades psicométricas. Sendo assim, o presente estudo teve como potencialidade a validade do instrumento ao ser aplicado no contexto inédito das urgências e emergências, contribuindo para estudos futuros com esta temática.

O estudo apresenta relevância científica e social, pois poderá auxiliar na reflexão dos profissionais e gestores da área da saúde sobre o trabalho em equipe e a CI no contexto de urgência e emergência, com possibilidades de reorganização das referidas práticas.

Os resultados sinalizam lacunas do conhecimento relacionadas à cooperação no contexto do trabalho em equipes. Também são necessários investimentos relacionados ao aprofundamento da compreensão acerca da CI em serviços de urgência e emergência por meio de desenhos de pesquisa qualitativos, assim como em outros pontos das RAS, como por exemplo no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; DE MATTOS PENNA, C. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 323-331, 2005.
- AGRELI, H. L. F. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na APS. 262 fl. Tese. (Doutorado em Fundamentos e Práticas em Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- APARUHOV, T.; MUTHEN, L. K.; & MUTHEN, B. O. Exploratory Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, v. 16, n. 3, p. 397-438, 2009.
- BALDWIN, A. Exploring the interacional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care [tese]. Winnipeg: Faculty of Education, University of Manitoba: 2012.
- BEATON, D. et al. Recommendations for the Cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures [online]. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health; 2007.
- BISPO, E. P. F.; ROSSIT, R. A. S. Tradução, adaptação transcultural e validação do *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS II* para o contexto brasileiro. UNIFESP, 2018. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, UNIFESP, 2018.
- BRANCO, A. et al. Serviço de emergência hospitalar: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011b.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466/2012 – Dispõe sobre a pesquisa em Seres Humanos. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016a.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em: 13 de jun. de 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>>. Acesso em: 14 de jun. de 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus: 1 morte e 291 casos confirmados. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46552-coronavirus-1-morte-e-291-casos-confirmados>>. Acesso em: 14 de jun. de 2020c.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* v. 16, n. 4, p. 734-40, 2011.

CHON, E. Effects of utilization of social network service on collaborative skills, collaborative satisfaction and interaction in the collaborative learning. *J Digital Policy Manag.* p. 693-704, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1,451, de 10 de março de 1995. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 17 de março de 1995. Disponível em: < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>> Acesso em: 01 de set. de 2019.

COURTENAY, M.; NANCARROW, S.; DAWSON, D. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. v. 11, n. 1, p. 57, 2013. DOI: 10.1186/1478-4491-11-57.

CRUZ, A. C.; PEDREIRA, M. L. G. Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 6, 2020.

DOW, A.; ZHU, X.; SEWELL, D.; BANAS, C.; MISHRA, V.; & TU, S. P. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care*, 2017. DOI: 10.1080/13561820.2017.1344048.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH – Hospital A. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/>> Acesso em 06 de setembro de 2019.

FAQUIM, J. P. S; FRAZÃO, P. Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care during prenatal care. *Saúde Debate.* v. 40, n.109, p. 59-69, 2016.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista paraense de medicina*, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FREIRE F. J. R.; COSTA M. V. M. C.; FORSTER A. C. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018.

FURTADO, J. P. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & contexto enfermagem*. Florianópolis, SC. Vol. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GILARDI, S.; GUGLIEMETTI, C.; PRAVETTONI, G. Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency department. *J Adv Nurs*. v. 70, n. 6, p. 1299-1309, 2014.

GONZÁLEZ ARMENGOL, J.; VÁZQUEZ LIMA, T. Los Servicios de Urgencias y Emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2. *Emergencias*, v. 32, n. 3, p. 155-156, 2020.

GRACIOLLI, J. C., et al. Estratégias utilizadas por enfermeiros na readaptação funcional de trabalhadores de enfermagem. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 21, 2017.

GROVER, E.; PORTER, J. E.; MORPHET, J. An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. v. 20, n. 2, p.92–97, 2017.

GUIRARDELLO, E. B. Impact critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, 2017.

HAIR, J. F. JR.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition. New Jersey: Pearson Education International, 2010.

IDDINS, B. W.; FRANK, J. S.; CURRY, W. A.; et al. Evaluation of team-based care in an urban free clinic setting. *Nurs Adm Q*. v. 39, p. 254–262, 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington, DC: National Academy Press. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>>. Acesso em: 01 de set. de 2019.

JONES, K. M.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. *Sistema de Manchester de Classificação de Risco*. Versão brasileira por Welfane Cordeiro Júnior; Maria do Carmo Paixão Rausch. Colaboração de Cintia Alcantara de Carvalho; Gabriela Fontoura Lana Nascimento; Paula Tássia Barbosa Rocha. 2ª. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018.

- KLIN, R. B. Principles and practice of Structural Equation Modeling. 3th. The Guilford Press: New York, London. 2011.
- LAMB, F. A. et al. Defensive strategies of nursing workers in the pediatric emergency room. REME: Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 453-460, 2017.
- MAGLIOZZI, P. Humanizar o estresse e humanizar-se no estresse. Revista Bioethikos, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 161-170, 2012.
- MARTIN, R. L. S.; BEAULIEI, M. D.; D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA, M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care, p.132-147, 2005.
- MAYO, A. T. Teamwork in a pandemic: insights from management research. BMJ Leader, p. leader-2020-000246, 2020.
- MENDES, E. V. As Redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
- MIORIN, J. D. et al. Colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 9, n. 2, 2020.
- MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. International Journal of Nursing Studies, 2015.
- MUTHÉN, L. K.; MUTHÉN, B.O. Mplus User's Guide. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén 2012.
- NEMBHARD, I. M.; EDMONDSON, A. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. J Organ Behav. v. 27, n. 7, p. 941-966, 2006.
- ORCHARD, C. A.; KING, G. A.; KHALILI, H.; BEZZINA, M. B. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument. Journal of continuing education in the health professions, p. 58–67, 2012.
- ORCHARD, C. A.; KING, G. A.; KHALILI, H.; BEZZINA, M. B. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II). Revised version November, 2015.
- ORCHARD, C. et al. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): Further testing and instrument revision. Journal of Continuing Education in the Health Professions, v. 38, n. 1, p. 11-18, 2018.
- PACHECO, M. A. B. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência–RUE. Universidade Federal do Maranhão/Universidade Aberta do SUS: São Luís, 2015.
- PASQUALI, L. Psicometria. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 43, p. 992-999, 2009.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). Dicionário de educação profissional em saúde. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 419-426, 2009.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. v.1, 2016.

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

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab. educ. saúde. Rio de Janeiro, v.18, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.

PEREIRA, F. J. R. et al. Multiprofissionalidade em saúde cardiovascular: atuação integrada em clínica cirúrgica. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 209-216, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br>>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

PROCTER, S. et al. A case study of asthma care in school age children using nurse-coordinated multidisciplinary collaborative practices. Journal of Multidisciplinary Healthcare, Auckland, v. 8, p. 181-188, 2015.

QUINLAN, A. Attitudes of nurse practitioners toward interprofessional collaboration [dissertation]. New Jersey: William Paterson University, 2014

REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2010.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017. DOI:10.1002/14651858

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

RIBEIRO, F. G., MORAES, M. A., PEDUZZI, M. 1º seminário: a prática colaborativa interprofissional. São Paulo, 2017.

ROTHERBARTH, A. de P. et al. O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. Revista Eletrônica Gestão e Saúde, n. 2, p. 521-534, 2016.



SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L.; BEAULIEU, M. D.; D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA, M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, v. 1, p. 132-147, 2005.

SANTA CASA DE SÃO CARLOS – Hospital B. Disponível em: <<https://www.santacasasaocarlos.com.br>>. Acesso em: 28 de abril de 2019.

SCOTTEN, M.; MANOS, E. L.; MALICOAT, A. et al. Minding the gap: interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Educ Couns*, v. 98, p. 895-900, 2015.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. Cortez editora, 2017.

SILVA, A. P. et. al., Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. *Cienc Cuid Saúde*, p. 549-556, 2012.

STREINER, G. R; NORMAN, D. L. Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. 3rd ed. Oxford University Press: 2006.

SUGUYAMA, P.; BUZZO, L. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Desvelando a vivência da equipe multiprofissional no cuidar do paciente esquizofrênico. *Saúde e Pesquisa, Maringá*, v. 9, n. 1, p. 65-71, 2016.

TREADWELL, J.; BINDER, B.; SYMES, L. et al. Delivering team training to medical home staff to impact perceptions of collaboration. *Prof Case Manag*. v. 20, p. 81-88, 2015.

WEST, M.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of Team Working in Health Care. *Journal of Health Organization and Management*, v. 27, n. 1, p. 134-142, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health report 2006 - working together for health. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Health Workforce Alliance. GHWA welcomes G8 commitment for action on chronic health worker shortages. Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva, 2010.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### (Resolução 466/2012 do CNS)

#### **A colaboração interprofissional na Rede de Urgência e Emergência em uma cidade do interior de São Paulo**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “A colaboração interprofissional na Rede de Urgência e Emergência em uma cidade no interior de São Paulo”.

O objetivo deste estudo é analisar a ocorrência da colaboração interprofissional no processo de trabalho na Rede de Urgência e Emergência (RUE) de um Município do interior de São Paulo, através de um questionário e observação local. Você foi selecionado(a) por ser um profissional de saúde que exerce a profissão em uma das unidades da RUE. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta pela aplicação do instrumento “Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe II (AITCS-II)” adaptada para o contexto brasileiro, no qual temos autorização. A pesquisa será realizada durante dias típicos de trabalho em unidades de saúde da RUE indicadas por gestores do Município, em diferentes pontos da rede na atenção secundária (UPA), no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e atenção terciária (hospitais). O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente 15 minutos para o preenchimento do AITCS.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Os benefícios para os integrantes desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em saúde e Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato a você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata do questionário.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Aline H. Caneppele

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 – São Carlos, SP. Departamento de Enfermagem – Denf.

Contato: e-mail: aline.caneppele@hotmail.com

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## APÊNDICE B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DAS AUTORAS RESPONSÁVEIS PELA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO AITCS II-BR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
campus Baixada Santista



Instituto Saúde e Sociedade  
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em  
Ciências da Saúde

Santos, 19 de Novembro de 2018.

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA VERSÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA EQUIPE II (E BISPO E R ROSSIT, 2018)

As pesquisadoras, Emanuella Pinheiro de Farias Bispo e Prof.ª Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit, responsáveis pela tradução para o português brasileiro, validação estatística e adaptação transcultural do instrumento diagnóstico "Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS II (C Orchard, 2015) para Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (E Bispo e R Rossit, 2018), temos ciência e autorizamos a utilização da versão atualizada para o desenvolvimento da pesquisa intitulada A colaboração interprofissional na Rede de Urgência e Emergência em uma cidade do interior de São Paulo, sob a responsabilidade das pesquisadoras Aline Heleni Caneppele e Prof.ª Dra. Jaqueline Alcântara da Silva que será realizada na Universidade Federal de São Carlos, na cidade de São Carlos – SP.

Dessa forma, disponibilizamos a versão atualizada da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (E Bispo e R Rossit, 2018) às pesquisadoras Aline Heleni Caneppele e Prof.ª Dra. Jaqueline Alcântara da Silva com a finalidade de ser utilizada na referida pesquisa.

*Emanuella Pinheiro de Farias Bispo*

---

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo

*Rosana Ap. S. Rossit*

---

Rosana Aparecida Salvador Rossit

**APÊNDICE C- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA AUTORA CANADENSE PARA  
UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO AITCS II**

April 30<sup>th</sup>, 2020

TO WHOM IT MAY CONCERN

Re: Authorization of use dataset from the AITCS-II

I, Carole Orchard, author of the study "Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument", I am aware and authorize the researchers Dr Jaqueline Alcantara Marcelino da Silva and Ms Aline Heleni Caneppele in conduct the analysis of the evidence of the validity of Instrument AITCS II-BR into the master research "Interprofessional Collaboration in the Urgency and Emergency network in a city of the countryside of São Paulo" in the Nursing Postgraduate Program, campus São Carlos, University of São Carlos – Brazil.

Sincerely



Dr. Carole Orchard

## APÊNDICE D- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

### CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE Nº \_\_\_\_\_

#### Pesquisa: A colaboração interprofissional na Rede de Urgência e Emergência em uma cidade do interior de São Paulo

Prezado participante, você recebeu um instrumento com duas partes: a primeira com questões sobre a caracterização do participante e a segunda com a “Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS-II)”. Contamos com sua colaboração e reforçamos o compromisso com a garantia do seu anonimato e sigilo na divulgação dos dados da pesquisa. Cordialmente, a equipe de pesquisa agradece.

1. Nome do participante: \_\_\_\_\_

2. Data e hora de início do preenchimento do instrumento: \_\_\_\_\_

3. Pesquisador: \_\_\_\_\_

4. Nome do Serviço: \_\_\_\_\_

4.1 Setor do Serviço: \_\_\_\_\_

5. Indique de qual equipe você faz parte: \_\_\_\_\_

6. Há quanto tempo está inserido nessa equipe de trabalho?

( ) Menos de um ano. Especifique \_\_\_\_\_ meses

( ) De 1 a 5 anos      ( ) De 6 a 10 anos

( ) De 11 a 15 anos      ( ) De 16 a 20 anos

( ) De 21 a 25 anos      ( ) De 26 a 30 anos

( ) Mais de 30 anos

7. Tempo de prática na profissão (desde a obtenção do registro profissional): \_\_\_\_\_ anos

8. Idade \_\_\_\_\_ anos

9. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Outro \_\_\_\_\_

10. Atuação Profissional na unidade: ( ) Auxiliar ou técnico de Enfermagem

( ) Enfermeiro

( ) Fisioterapeuta

- Fonoaudiólogo
- Médico
- Nutricionista
- Terapeuta Ocupacional
- Outro. Especifique:\_\_\_\_\_

**11. Escolaridade/Formação**

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio/Técnico profissionalizante ( )Em qual área?\_\_\_\_\_
- Concluído ( ) Andamento
- Ensino Superior ( )Em qual área? \_\_\_\_\_( ) Concluído ( ) Andamento
- Especialização ( )Em qual área? \_\_\_\_\_( ) Concluído ( ) Andamento
- Mestrado ( )Em qual área? \_\_\_\_\_( ) Concluído ( ) Andamento
- Doutorado ( )Em qual área? \_\_\_\_\_( ) Concluído ( ) Andamento
- Outros. Especifique:\_\_\_\_\_ ( ) Concluído ( ) Andamento

**12. Modalidade de contratação no Serviço (tipo de contrato):**

- Por tempo determinado ( ) Por tempo indeterminado

**13. Período em que trabalha:**

- Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno ( ) Escala Rotativa ( ) Outro  
Especifique:\_\_\_\_\_

**14. Jornada de trabalho (semanal)**

- até 12 horas ( ) 13 a 20 horas ( ) 21 a 30 horas ( ) 31 a 40 horas ( ) 40 horas ou mais

**15. Divide carga horária em outro setor? ( )Sim ( )Não**

Qual unidade? \_\_\_\_\_

- 16. Possui outro vínculo de trabalho fora deste serviço? ( )Sim. Especifique:\_\_\_\_\_**  
( )Não

## ANEXO

## ANEXO I- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISAS COM SERES HUMANOS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A colaboração interprofissional na Rede de Urgência e Emergência em uma cidade do interior de São Paulo

Pesquisador:

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09271419.3.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.213.199

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1295261.pdf	16/02/2019 20:35:00		Aceito
Outros	Parecer_Final_Hospital_Universitario_AHC.pdf	16/02/2019 20:13:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AHC.pdf	16/02/2019 20:12:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado	16/02/2019 20:11:22		Aceito
Outros	Carta_autorizacao_AITCS.pdf	16/02/2019 20:10:29		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Autorizacao_CEP_HU.pdf	16/02/2019 20:08:46		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_autorizacao_SMS.pdf	16/02/2019 20:08:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Santa_Casa.pdf	16/02/2019 20:04:57		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_AHC.pdf	16/02/2019 19:06:05		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



## ANEXO II- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISAS COM SERES HUMANOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** A colaboração interprofissional na Rede de Urgência e Emergência em uma cidade do interior de São Paulo

**Pesquisador:**

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09271419.3.0000.5504

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.009.498

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1548201_E1.pdf	04/05/2020 11:57:02		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3213199.pdf	04/05/2020 11:41:48		Aceito
Outros	Carta_de_autorizacao_autora_canadense.pdf	04/05/2020 10:54:39		Aceito
Outros	Parecer_Final_Hospital_Universitario_AHC.pdf	16/02/2019 20:13:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AHC.pdf	16/02/2019 20:12:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado	16/02/2019 20:11:22		Aceito
Outros	Carta_autorizacao_AITCS.pdf	16/02/2019 20:10:29		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Autorizacao_CEP_HU.pdf	16/02/2019 20:08:46		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_autorizacao_SMS.pdf	16/02/2019 20:08:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Santa_Casa.pdf	16/02/2019 20:04:57		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_AHC.pdf	16/02/2019 19:06:05		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

## ANEXO III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA EQUIPE II - BR

**Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II - BR**  
E Bispo e R Rossit (2018), UNIFESP, 2018  
*Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-*  
**II)**© C Orchard, 2015

O AITCS é um instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe. Consiste de 23 assertivas consideradas características da colaboração interprofissional (a maneira como uma equipe trabalha e atua). Os itens da Escala representam três elementos que são considerados fundamentais para a prática colaborativa. Estas subescalas são: (1) Parceria – 8 itens, (2) Cooperação – 8 itens e (3) Coordenação – 7 itens.

### **Pontuação da AITCS**

Os respondentes indicam seu nível geral de concordância com os itens em uma escala de classificação de cinco pontos que varia de 1= “Nunca”; 2= “Raramente”; 3= “Às vezes”; 4= “Na maioria das vezes”; e, 5= “Sempre”.

Essas classificações produzem pontuações de 23 a 115. O tempo previsto para completar o instrumento é de aproximadamente 10 minutos.

### **Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II**

#### **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 (*neste momento*) como sua equipe e você, como membro desta equipe, trabalham ou atuam em equipe.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre

#### **Seção 1: PARCERIA**

Quando estamos trabalhando em equipe\*, os profissionais da minha equipe...

(\* Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente).

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
1	incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão.					
2	ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe.					
3.	encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente.					
4.	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.					
5.	utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente.					
6.	estão envolvidos na definição de metas para cada paciente.					
7.	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.					
8.	trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado.					

## Seção 2: COOPERAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe\*, os profissionais da minha equipe...

(\* Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente).

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
9.	compartilham poder uns com os outros.					
10.	respeitam-se e confiam uns nos outros.					
11.	são abertos e honestos uns com os outros.					
12.	refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções.					
13.	esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.					

14.	entendem os limites do que cada um pode fazer.					
15.	entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.					
16.	estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe.					

### Seção 3: COORDENAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe\*, os profissionais da minha equipe...

(\* Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente).

Itens	Assertivas					
		Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
17.	aplicam uma definição única de <b>Prática colaborativa interprofissional</b> no cenário da prática.					
18.	distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.					
19.	incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.					
20.	utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.					
21.	defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.					
22.	escolhem juntos o líder para a equipe.					
23.	apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.					

© C Orchard (2015), Validado por E Bispo e R Rossit (2018), UNIFESP, 2018.

Agradecemos a sua colaboração em responder este instrumento!