

Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde

Attitudes related to interprofessional collaboration between Primary Health Care professionals

Actitudes relacionadas con la colaboración interprofesional entre profesionales de la Salud Primaria

Recebido: 27/02/2021 | Revisado: 06/03/2021 | Aceito: 13/04/2021 | Publicado: 24/04/2021

Keyla Cristina Nogueira Durans

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4963-5448>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: keyla.durans@discente.ufma.br

Mayara Cristina Pinto da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1868-6931>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: mayara.silva@ufma.br

Aline Ferreira Miranda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1838-9360>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: aline.miranda@discente.ufma.br

Heloisa Ferreira de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7076-5314>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: heloisa.fs@discente.ufma.br

Sara Fiterman Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0015-3413>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: sara.fiterman@ufma.br

Amanda Namíbia Pereira Pasklan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7193-4861>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: amanda.namibia@ufma.br

Resumo

O estudo buscou caracterizar as atitudes relacionadas à colaboração interprofissional entre os profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde de um município no Maranhão. Para isso, foi realizado um estudo transversal com 173 profissionais de saúde. Foram aplicados questionários sobre a colaboração interprofissional, com a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional, e sobre aspectos demográficos, de formação e atuação profissional deles. Os dados foram organizados em planilhas no Microsoft Excel, em formato de percentual e analisados por meio do programa Stata versão 14. A maioria pesquisada era do sexo feminino, com média de idade de 36,3 anos, profissão agente comunitário de saúde. Identificou-se que os atributos tempo de exercício da profissão, tempo de Atenção Primária em Saúde e especialização configuraram-se como aspectos ligados a atitudes relacionadas à colaboração interprofissional. Nossos achados demonstram que os profissionais da Atenção Primária em Saúde possuem atitudes relacionadas à colaboração interprofissional sendo que é necessário ferramentas de educação continuada para que as competências colaborativas sejam melhor compreendidas e praticadas por esses profissionais.

Palavras-chave: Práticas interdisciplinares; Educação interprofissional; Atenção primária à saúde.

Abstract

The study intended to characterize the attitudes related to interprofessional collaboration among health professionals in Primary Health Care in a municipality in Maranhão. For this, a cross-sectional study was carried out with 173 health professionals. Questionnaires were applied on interprofessional collaboration, with the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration, and on their demographic, educational and professional performance aspects. The data were organized in spreadsheets in Microsoft Excel, as a percentage and analyzed using the Stata version 14. Most of the respondents were female, with an average age of 36.3 years old, community health agent profession. It was identified that the attributes time to practice the profession, time to primary health care and specialization were configured as aspects related to attitudes related to interprofessional collaboration. Our findings demonstrate that Primary Health Care professionals have attitudes related to interprofessional collaboration, and continuing education tools are needed so that collaborative competences are better understood and practiced by these professionals.

Keywords: Interdisciplinary placement; Interprofessional education; Primary health care.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo caracterizar las actitudes relacionadas con la colaboración interprofesional entre profesionales de la salud en Atención Primaria de Salud en un municipio de Maranhão. Para ello, se realizó un estudio transversal con 173 profesionales de la salud. Se aplicaron cuestionarios sobre la colaboración interprofesional, con la Escala de Actitudes Relacionadas con la Colaboración Interprofesional de Jefferson, y sobre sus aspectos demográficos, educativos y de desempeño profesional. Los datos fueron organizados en hojas de cálculo en Microsoft Excel, como un porcentaje y analizados con el programa Stata versión 14. La mayoría de los encuestados eran mujeres, con una edad promedio de 36,3 años, profesión de agente de salud comunitaria. Se identificó que los atributos: tiempo para el ejercicio de la profesión, tiempo para la atención primaria de salud y especialización, se configuraron como aspectos relacionados con las actitudes relacionadas con la colaboración interprofesional. Nuestros hallazgos demuestran que los profesionales de Atención Primaria tienen actitudes relacionadas con la colaboración interprofesional, y se necesitan herramientas de educación continua para que las competencias colaborativas sean mejor comprendidas y practicadas por estos profesionales.

Palabras clave: Prácticas interdisciplinarias; Educación interprofesional; Atención primaria de salud.

1. Introdução

A educação interprofissional (EIP) em saúde é um processo que necessita de dois ou mais profissionais que se esforçam para aprender juntos de forma interativa a fim de melhorar a colaboração, a qualidade da atenção à saúde, assim como a construção da confiança, respeito mútuo e solidariedade no trabalho em equipe. A proposta de uma prática interprofissional colaborativa em saúde tem se tornado estratégia pontual para a integralidade do cuidado, e a visão mais responsável e empática dos profissionais da equipe para o paciente. (Mattos et al., 2019)

As reformas colocadas em pauta na formação dos profissionais de saúde para um melhor gerenciamento dos sistemas de saúde ocorreram a partir da necessidade de produzir profissionais de saúde mais aptos à colaboração para o trabalho em equipe. A partir de então, a EIP começa a ser prestigiada em todo o mundo, sendo atribuídos os primeiros movimentos a um grupo de experts da Organização Mundial da Saúde (OMS) no início da década de 1980. (Freire Filho et al., 2019)

A partir da década de 90, o Brasil passou a anexar a EIP nas políticas de reorientação das graduações em saúde, com o Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde, em que foi sugerido uma mudança de paradigma na educação desses profissionais, com implementação do cenário interdisciplinar e multidisciplinar, com didáticas que se aproximam dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP. (Silva et al., 2015)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Fórum Nacional da Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), instituídos em 2004, também colocam em suas diretrizes discussões de elementos que centralizam ações e programas para instituir entre profissionais, universidades, gestores e direção social em um processo educativo do trabalho em saúde. (Silva et al., 2015)

No ano de 2008, observa-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação, buscando o desenvolvimento de ações interativas entre cursos de graduação, pela introdução dos estudantes de saúde, fortalecendo, assim, a experiência do trabalho coletivo, ao acentuar na integração ensino-serviço. (Brasil, 2017) O suporte internacional também foi importante a fim de influenciar a incorporação da EIP na política de educação e saúde do Brasil. Isso porque, em 2010, a OMS publicou o Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, com tradução para o português, possibilitando a divulgação dos pressupostos da EIP no País. (Freire Filho et al., 2018)

A ampliação da implementação da Educação Interprofissional no biênio 2017-2018, através do plano brasileiro de ação, fundamentado nas propostas da Organização Pan-Americana da Saúde 2016 e na II Reunião Técnica Regional sobre EIP em 2017, colocou enfoque no campo das políticas de formação em saúde, o que possibilitou o reconhecimento da EIP como fator principal de transformação do modelo de atenção à saúde, da correspondência com os princípios do SUS e do seu potencial para

melhoria da atenção à saúde. (Freire Filho et al., 2018)

Assim, a visão adquirida de trabalho em equipe após o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família no SUS em 1993 e a necessidade de reorganização dos profissionais da saúde na atenção primária com capacidades colaborativas e interprofissionais possibilitou a aplicação destas premissas na realidade brasileira.

A Atenção Primária em Saúde (APS) pode se configurar dessa forma como local propício para o desenvolvimento de competências colaborativas e do trabalho por meio da EIP por reunir características que podem contribuir positivamente para a interprofissionalidade. (Previato & Baldissera, 2017) destacam que, para cuidar de maneira abrangente e integral, uma visão uniprofissional não será suficiente para abarcar todas as necessidades, sendo imprescindível a colaboração interprofissional.

Outro ponto facilitador presente na APS estaria na possibilidade de união, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entre as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Araújo (2017), entretanto, aponta que apesar das grandes possibilidades de avanço da EIP na APS, existe ainda grande escassez de estudos que tratem sobre o tema em literatura brasileira, e pouco aprofundamento na discussão entre a relação usuário-equipe em meio ao processo de trabalho colaborativo, causando dificuldades de validação e generalização de uma avaliação do trabalho interprofissional.

Neste contexto, o seguinte estudo buscou caracterizar as atitudes relacionadas à colaboração interprofissional entre os profissionais de saúde da Atenção Primária de um município no Maranhão.

2. Metodologia

Trata-se de estudo transversal realizado com os profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde. Foram aplicados questionários sobre a colaboração interprofissional e sobre aspectos demográficos, de formação e atuação profissional deles. O estudo foi realizado no município de Pinheiro - Maranhão, localizado na região da baixada maranhense, possuindo população estimada de 83.387 habitantes para o ano de 2019 (IBGE, 2017).

Em Pinheiro encontra-se o principal centro universitário da região, a cidade é ainda referência macrorregional nos serviços de saúde. Atualmente conta com 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) divididas entre a zona urbana e rural. Destas, 3 atuam com a pactuação de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 17 delas somente com a ESF. Conta ainda com dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A população do estudo foi composta pelos profissionais atuantes neste meio, de todas as UBS (20) pertencentes às zonas urbana e rural. As unidades alocadas na zona urbana que participaram do estudo foram: Vila Filuca, Matriz, Campinho, Pacas I e II, João Castelo, Kiola Sarney e unidade Sete. As unidades pertencentes à zona rural foram: Purão Grande, Santa Sofia, Ponta Branca, Bom Viver, Fortaleza, Paraíso, Ave Maria, Santo Antônio dos Carvalhos, Campo Novo, São Caetano, Pirinã e Ponta De Santana.

Ao todo, 355 profissionais que estão vinculados a estas unidades foram informados sobre a pesquisa, entre eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendentes das unidades, agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal, fisioterapeutas, psicólogo, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educador físico e assistente social.

Foram utilizados como critérios de inclusão: atuar nas UBS de Pinheiro, aceitar participar do estudo concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responder integralmente ao formulário fornecido. Os critérios de exclusão delimitados foram: recusa a participar da pesquisa, estar em período de férias, licença ou afastamento de suas funções durante o período da coleta de dados.

Para o cálculo amostral, assumiu-se 95% de confiança e 5% de margem de erro, culminando na amostra final que contou com 173 profissionais, pertencentes às 20 UBS supracitadas. Os dados foram coletados entre 29 de maio e 20 de junho de 2020,

por meio de questionário hospedado na plataforma Google Forms, que indagava objetivamente sobre questões relacionadas ao sexo, idade, perfil profissional e histórico de formação e de trabalho dos participantes (área de formação, especializações, tempo de formação e exercício profissional, tempo de atuação na estratégia de saúde da família e redes de atuação na saúde). Foi aplicada também a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), que é utilizada para verificar o trabalho interprofissional em saúde.

A EJARCI é composta por itens que foram respondidos usando escala de concordância/discordância tipo Likert com sete níveis. Tal escala que altera de forma ordinal de um a sete, sendo o menor nível, discordo completamente (1) e o maior, concordo completamente (7) (Hojat et al., 2015). O questionário é precedido por uma breve introdução em que solicita a identificação do sexo, da idade e da categoria profissional de quem responde ao instrumento.

Além disso, verifica-se instruções para o manuseamento da escala ordinal de sete pontos que deve ser aplicada para os vinte itens da escala. O valor determinado em cada afirmação deve estar relacionado com o grau de concordância/discordância com a afirmação apresentada (Abed, 2015). Totalizam 20 afirmativas julgadas que tratam a interprofissionalidade através das opiniões do entrevistado sobre as formações e relações entre profissionais da saúde no ambiente de trabalho e educacional. Assim como a influência dessas relações na assistência prestada aos usuários dos serviços.

Os dados foram organizados em planilhas no Microsoft Excel, em formato de percentual e analisados por meio do programa Stata versão 14. Foram estimadas frequências absolutas e relativas referentes à caracterização dos entrevistados. As variáveis utilizadas pelo estudo, para comparação à pontuação da EJARCI foram: sexo, idade, profissão, ano de formação, especialização, tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde e instituição em que trabalha.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) sob parecer favorável: 3.938.591 (CAAE - 29652520.0.0000.5087) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta.

3. Resultados

Ao todo, participaram da pesquisa 173 profissionais, satisfazendo a amostra necessária à pesquisa. Na caracterização demográfica e de formação dos participantes, foi usado com frequência relativa e absoluta. A maioria pesquisada era do sexo feminino (n=110), com média de idade de 36,3 anos no total. Dentre as classes de trabalho, a maior parte consistia em agentes comunitários de saúde (n=92), enfermeiros (n=23), e técnicos de enfermagem (n=20). A média de idade dos participantes foi de 31-40 anos (n=98), seguido dos profissionais de 20-30 anos (n=3), como demonstra a Tabela 1.

Quanto a especialização dos profissionais, a maioria relatou não possuir (n=103), no entanto destaca-se que 17 deles possuíam formação *stricto sensu*. Para a pergunta sobre o tempo de exercício da profissão, grande parte dos participantes afirmaram atuar entre 4-7 anos na área (n=56). Concernente a instituição de trabalho, o maior número (n=132) declarou trabalhar apenas em instituições públicas, ou estar trabalhando tanto em instituição pública quanto privada (n=39). O tempo médio de atuação dos mesmos na Atenção Primária, por sua vez, foi de 7,4 anos, com maior notoriedade para o tempo de atuação entre 4-7 anos (n=56), também explicitado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de formação dos profissionais da atenção primária em saúde. Pinheiro, 2020.

Variáveis	Média (DP)	IC 95%
Idade (anos)	36,3 (6,43)	35,4 – 37,30
Tempo na Atenção Primária em Saúde	7,4 (4,63)	6,66 – 8,06
Sexo	n	%
Masculino	63	36,4
Feminino	110	63,6
Faixa Etária (anos)		
20 a 30	37	21,4
31 a 40	98	56,7
41 a 50	35	20,2
51 a 60	3	1,7
Profissão		
Agente comunitário de saúde	92	53,2
Médico	11	6,4
Enfermeiro	23	13,3
Técnico de enfermagem	20	11,6
Dentista	10	5,8
Técnico bucal	3	1,7
Assistente social	2	1,2
Educador físico	2	1,2
Fisioterapeuta	3	1,7
Nutricionista	2	1,2
Psicólogo	1	0,6
Terapeuta ocupacional	1	0,6
Outros	3	1,7
Especialização		
Não possui	103	59,5
Lato sensu	53	30,6
Mestrado	17	9,8
Tempo de exercício da profissão		
1-3 anos	26	15,0
4-7 anos	56	32,4
8-10 anos	44	25,4
Mais de 10 anos	47	27,2
Instituição de trabalho		
Apenas pública	132	76,3
Pública e privada	39	22,5
Apenas privada	2	1,7
Tempo na Atenção Primária em Saúde		
1-3 anos	35	20,2
4-7 anos	59	34,1
8-10 anos	43	24,9
Mais de 10 anos	36	20,8

Fonte: Autores, mediante questionário sociodemográfico.

Para comparação entre as respostas da EJARCI com as características supracitadas, foi utilizado o teste de Kruskal Wallis para relacionar variáveis. De acordo com os valores de *p-valor* obtidos, características como sexo (0,1774), faixa etária (0,1007), profissão (0,0676) e instituição de trabalho (0,9880) não são considerados como diferenciais para atitudes interprofissionais mais ou menos positivas. Por outro lado, os atributos tempo de exercício da profissão (0,0063), tempo na Atenção Primária (0,0212) e especialização (0,0076) configuraram-se como aspectos ligados a atitudes relacionadas à colaboração interprofissional, apresentados por meio da Tabela 2.

Tabela 2 – Análise das respostas da EJARCI segundo as características sociodemográficas e de formação dos profissionais da atenção primária em saúde. Pinheiro, 2020.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio padrão	p-valor
Sexo				
Masculino	132,57	136	8,20	0.1774
Feminino	129,95	132	10,24	
Faixa Etária (anos)				
20 a 30	129,45	131	9,31	0.1007
31 a 40	131,51	136	9,18	
41 a 50	132,11	137	9,24	
51 a 60	115,00	108	19,46	
Profissão				
Agente comunitário de saúde	132,43	137	8,87	0.0676
Médico	132,09	136	8,12	
Enfermeiro	129,47	129	10,17	
Técnico de enfermagem	132,90	134,5	7,42	
Dentista	124,50	124,5	8,50	
Técnico bucal	131,00	138	13,89	
Assistente social	103,5	103,5	12,02	
Educador físico	121,00	121	1,41	
Fisioterapeuta	131,00	136	11,35	
Nutricionista	125,00	125	15,55	
Psicólogo	131,00	131	-	
Terapeuta ocupacional	135,00	135	-	
Outros	126,00	133	14,79	
Especialização				
Não possui	132,74	136	8,28	0.0076
Lato sensu	127,60	129	10,69	
Mestrado	130,05	136	11,20	
Tempo de exercício da profissão				
1-3 anos	127,53	130	9,99	0.0063
4-7 anos	132,46	136	7,92	
8-10 anos	133,63	138	8,08	
Mais de 10 anos	128,36	130	11,48	
Instituição de trabalho				
Apenas pública	130,82	134	9,86	0.9880
Pública e privada	131,10	135	8,95	
Apenas privada	132,50	132,5	9,19	
Tempo na Atenção Primária				
1-3 anos	127,77	130	10,55	0.0212
4-7 anos	131,55	136	8,53	
8-10 anos	133,48	138	8,20	
Mais de 10 anos	129,80	136	11,15	

Fonte: Autores, mediante questionário sociodemográfico e EJARCI.

Para avaliar a consistência interna da escala aplicada, a EJARCI, foi utilizado o teste Alfa de Cronbach; seu cálculo é feito usando-se a variância amostral, os escores totais e o número de itens. O valor total de α para nosso instrumento foi de

0.8740, estando em consonância com valores confiáveis. Para testar o α de maneira mais específica, foram feitas correlações item-teste, item-resto e de covariância para cada pergunta da escala, exposta em nossa Tabela 3.

Na correlação item-teste mensura-se o quanto cada pergunta individualmente é importante ao restante do teste; para que o item seja considerado indispensável, ele deve pontuar acima de 0,3 que significa que o mesmo interfere diretamente no resultado. Para nossas questões, todos os itens pontuaram acima deste valor. Já a correlação item-resto é utilizada para avaliar se a remoção de um item afeta a análise. Valores mais altos e positivos (mais próximos de 1) retratam itens com características semelhantes aos demais, já itens muito baixos ou negativos (mais distantes de 1) demonstram pouca consistência interna, sugerindo-se a retirada do mesmo para aprimoramento. Nenhum elemento da análise pontuou negativamente. Por fim, a covariância interitem atestou pouca variação entre os tópicos da escala, fortalecendo a comprovação de sua credibilidade, evidenciadas também pela Tabela 3.

Tabela 3 - Análise do escore total da EJARCI, pelos profissionais da Atenção Primária. Pinheiro, 2020.

Assertiva da EJARCI	Média	Desvio Padrão	Correlação item-teste	Correlação item-resto	Covariância interitem	Alpha
Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.	6,75	0,61	0,3990	0,3429	0,2127318	0,8721
Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes	6,57	0,79	0,6277	0,5737	0,2000587	0,8652
O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar	6,42	0,88	0,6096	0,5468	0,1986496	0,8656
As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.	6,73	0,60	0,5480	0,5013	0,2077792	0,8684
Os profissionais de saúde não devem questionar as decisões tomadas por colegas, mesmo que eles achem que essas possam ter efeitos prejudiciais ao paciente/clientes.	6,64	0,68	0,5240	0,4691	0,206865	0,8687
Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.	6,75	0,66	0,4510	0,3935	0,2101138	0,8708
A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.	6,73	0,61	0,5797	0,5346	0,2064532	0,8675
O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.	6,50	0,81	0,6014	0,5427	0,2006114	0,8660
A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.	6,47	0,80	0,4368	0,3655	0,2084091	0,8716
A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.	6,78	0,54	0,4634	0,4171	0,2119097	0,8707
Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.	6,72	0,70	0,5661	0,5127	0,2047226	0,8674

A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.	6,38	0,95	0,7064	0,6510	0,1917596	0,8615
Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.	6,71	0,78	0,5013	0,4365	0,2058803	0,8694
Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.	6,25	1,45	0,5513	0,4326	0,1916877	0,8744
Devido à diferença de cada função, não há muitas áreas que permitam a sobreposição de responsabilidades entre os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes/clientes.	6,16	1,03	0,7596	0,7080	0,1864421	0,8587
Para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde.	6,48	0,83	0,5646	0,5006	0,2018436	0,8673
Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde	6,49	1,08	0,6110	0,5329	0,1940553	0,8661
Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.	6,44	1,10	0,5055	0,4122	0,2000811	0,8714
Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.	6,39	0,93	0,5234	0,4476	0,2020319	0,8691
Durante sua formação, todos os estudantes da área da saúde devem ter a experiência de trabalhar em equipes com estudantes de outras áreas da saúde, para que possam compreender melhor sua respectiva função.	6,45	1,19	0,5373	0,4395	0,1965795	0,8709

Fonte: Autores, mediante itens da EJARCI.

4. Discussão

Esta pesquisa foi realizada a partir de um instrumento validado para analisar a prática colaborativa entre profissionais de saúde da APS. Os instrumentos utilizados para contabilizar a prática colaborativa podem ser divididos naqueles que testam conhecimentos e habilidades, comportamentos, satisfação do gestor e do paciente e as atitudes relacionadas à colaboração. Este último serviu de escopo para a criação da Jefferson Scale of attitudes toward interprofessional collaboration (JeffSATIC) por Hojat e colaboradores, em 2015. No Brasil, sua validação e tradução foi feita recentemente por Marcelo Abed, adaptando sua nomenclatura para Escala Jeffersons de Atitudes Relacionadas a Colaboração Interprofissional (EJARCI). Abed utilizou-se da APS para testar a confiabilidade da escala e obteve bons resultados, permitindo sua reprodução. (Hojat et al., 2015; Abed, 2015)

Quanto ao perfil dos entrevistados com a EJARCI, a presente pesquisa se assemelhou com os achados na literatura sobre a predominância feminina na força de trabalho na APS, atrelado ao processo histórico de feminização que as profissões da saúde carregam consigo (W. P. dos Santos, 2016). A exemplo da profissão de Agente Comunitário de Saúde que, por ser uma profissão em que o responsável deve conhecer a comunidade, para que haja o favorecimento do vínculo, as mulheres tornam-se primeiras escolhas (Rodrigues et al., 2019)

Tonelli (2018), apresenta uma análise temporal de 15 anos e 6 meses, na qual cerca de 599 profissionais mulheres estiveram inseridas na APS confirmando a pluralidade do sexo feminino nessa área. Foi possível encontrar ainda pesquisas com percentuais maiores ao da nossa pesquisa, como 86% em estudo feito por Agreli (2019), e 77,5% em consulta sobre a satisfação no trabalho da equipe para profissionais da APS, realizada por Tambasco (2017). (Agreli et al., 2019; Tambasco et al., 2017; Tonelli et al., 2018)

Em nosso estudo, 53% (n=92) da amostra foi composta de ACS, uma vez que os mesmos representam maior número de profissionais da APS. No entanto, na presente análise a participação dos ACS foi menor se comparada a outros estudos, como o de Castro et al. (2017) em que 81,38% (n=118) foi composta por esses profissionais de saúde. Rodrigues et al. (2019), aponta em sua pesquisa, que cerca de 200 ACS participantes mostraram a importância do seu protagonismo na APS e expuseram em suas falas a necessidade de maior preocupação com a formação continuada para a sua área (Rodrigues et al., 2019; Morosini et al., 2018)

A análise acerca da média de idade dos profissionais atuantes no serviço de saúde esteve em concordância com o estudo realizado por Oliveira et al., (2019) em que, na maior parte, os profissionais da APS têm entre 20 a 55 anos de idade, sendo que o quantitativo de jovens é maior (cerca de 56,7%) como caracterizado no presente estudo. A literatura também demonstra que a capacidade para o trabalho (CT) inadequada em profissionais com mais de 35 anos é maior quando comparados aos que tinham menos de 35 anos (Cordeiro; Araújo, 2018). Nesse mesmo estudo, em um comparativo entre sexos, apontou-se que as mulheres apresentam a razão de prevalência (RP) de 3,6 vezes maior de CT inadequada quando comparadas ao sexo masculino, o que pode ser justificado pela sobrecarga de serviço doméstico e presença de mais de um vínculo empregatício. (Oliveira et al., 2019; Cordeiro & Araújo, 2018)

Neste trabalho, o percentual de profissionais que possuem curso de especialização foi mais satisfatório que em estudos realizados em outros estados do Nordeste. A exemplo, da pesquisa realizada em João Pessoa (PB), em que os dados mostraram que 47,4% dos profissionais não possuem especializações (Brito et al, 2016). Porém, quando comparado a estados mais desenvolvidos, percebe-se que o percentual de profissionais qualificados no presente estudo é inferior. Em resultado publicado no estudo realizado em Goiânia (GO), 59,8% dos profissionais de diferentes categorias possuem pós-graduação. (Brito et al., 2016; Oliveira et al., 2016)

Cursar pós-graduação na área da saúde pode contribuir de forma positiva para uma prática profissional colaborativa. Dessa forma, é necessário que a educação permanente em saúde receba a devida importância por parte do poder público e dos profissionais, e que estes reconheçam o seu poder de transformação nas práticas de saúde (Pedraza et al., 2018)

A maior parte da nossa amostra (n=132) apresentava apenas uma ocupação (apenas instituição pública), porém 39 deles possuíam vínculos públicos e privados. O que se observa no panorama atual, é que um percentual considerável de trabalhadores – sendo estes, em grande parte, auxiliares e técnicos de enfermagem - vivem em graves condições de sobrevivência, com precarização nas relações e ambiente de trabalho, vários empregos concomitantes e a insegurança no ramo laboral. Isso porque o mercado de trabalho tem se mostrado assalariado, condicionando o valor do salário a vários critérios: seja o plantão, seja a hora trabalhada, contratos curtos, ou a ausência de vinculação institucional (Machado et al., 2019). Dessa forma, essas situações trazem consigo efeitos negativos, ao desencadear concorrência, disputas jurisdicionais no campo da regulação profissional, e, gradativamente, a perda de espaço no mercado de trabalho. (Machado et al., 2018)

Em pluralidade, os profissionais pertencentes ao nosso estudo permanecem em média 7,4 anos na APS, demonstrando uma média de permanência superior à de outros estudos com a mesma variável (N. A. Santos et al., 2017; Lima et al., 2018). Países que têm sistemas organizados mediante a APS possuem menores taxas de ocorrências de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços. Porém, no Brasil, tem se tornado comum a existência da rotatividade, isto é, a permanente saída e entrada de pessoal na organização, voluntária

ou involuntariamente, o que ocasiona a perda de pessoas estratégicas e prejudica a organização dos sistemas de trabalho (Moreira et al., 2019)

Nesse viés, observa-se que a rotatividade entre os profissionais nas equipes da APS prejudica a efetividade nas ações de saúde, já que estes profissionais ficam pouco tempo atuando na área. É, portanto, interessante ressaltar que indivíduos que permanecem muito tempo trabalhando com sua determinada equipe e estabelecendo laços entre a sua comunidade, trabalham de modo diferencial e superior (Tonelli et al., 2018)

A formação continuada em saúde (por meio de capacitações e pós-graduação), o tempo de serviço, e tempo de exercício na APS, foram tidas nesse estudo como relativamente significativas para a proposta das práticas colaborativas na EIP. Investir em ações de educação continuada para os profissionais pode contribuir para a melhoria da prática de atenção à saúde. Além disso, esta iniciativa contribuirá para que, aqueles que estão inseridos na APS, permaneçam por mais tempo no campo aprendendo sobre as dinâmicas de saúde (Oliveira et al., 2016)

O maior tempo de serviço pode estar relacionado a uma maior preocupação em realizar práticas colaborativas, conforme Baviera (2017) identificou em seu estudo através dos relatos dos profissionais da saúde. No entanto, é válido destacar que se tratam de estudos em ambientes diferentes. Enquanto o estudo citado foi realizado em serviço ambulatorial, no qual há uma característica nos profissionais de uma atuação mais individualizada, nosso estudo foi realizado na APS, em que as atividades são prestadas em sua maioria de forma conjunta. Portanto, é esperado que um tempo maior em um serviço com essas características traga aos profissionais o maior desejo de práticas colaborativas interprofissionais. (Baviera, 2017)

Para Martins (2020) uma relação inversamente proporcional entre a idade dos ingressantes na APS e sua formação complementar em saúde dificultariam uma maior dinamicidade da assistência, pois estes não teriam uma maior disposição a fazer pós-graduação depois de inseridos no mercado de trabalho, além da pouca idade representar pouca experiência prática. Santos (2016), por outro lado, em estudo realizado com profissionais que possuíam pós-graduação, trouxe que a percepção de saúde dada por aqueles que tinham mestrado relacionado às ações de ensino-pesquisa-comunidade apresentou respostas mais positivas para a realização de práticas colaborativas que os demais. (Martins et al., 2020; Santos, 2016)

Portanto, a APS necessita de profissionais com um perfil diferenciado, mais acolhedor e humanizado, pois possui características específicas que exigem a necessidade daqueles que já se encontram no serviço, para que haja a modificação de hábitos e uma melhoria na prestação do serviço. (Raimundi et al., 2016)

A APS apresenta em sua essência atributos que favorecem algumas das competências colaborativas da EIP. A clareza de papéis pode ser vista na delimitação da equipe da ESF e sua atuação dentro do território; a comunicação interprofissional e o trabalho em equipe podem ser observados pelas reuniões da equipe em que se discute sobre a qualidade da saúde do cliente, de maneira interprofissional; a resolução de conflitos perpassa pela capacidade de construir dinâmicas para atender as mais diversas necessidades de cuidado; culminando em uma atenção centrada no paciente, família e comunidade (Matuda et al., 2015)

Talvez uma das maiores dificuldades encontradas para a EIP ainda esteja na completude da competência de liderança colaborativa, uma vez que a liderança é retratada por autores como ainda hegemônica na figura uniprofissional do médico, levando em consideração apenas requisitos relativos à formação e não à experiência profissional dos demais integrantes (Gomes & Fracoli, 2018)

Outros pontos dificultadores levantados por Peduzzi et al. (2016) para um efetivo trabalho interprofissional são: a ausência de foco nas necessidades de saúde do paciente, e a indefinição de metas e de resultados a serem alcançados.

Sobre a análise do escore total da EJARCI, a literatura tem em consenso que valores acima de 0,7 configuram instrumentos com boa consistência entre os itens, enquanto que testes abaixo deste valor, apresentam baixo grau de confiabilidade dos resultados (Klemenc-Ketis et al., 2018; Toassi et al., 2020).

Apesar dos resultados positivos, a EJARCI ainda é pouco explorada nacionalmente, havendo somente 2 publicações nacionais sobre o tema. A primeira pertence a Freire Filho et al. (2018) que utilizam profissionais pertencentes ao programa Mais Médicos como amostra para estabelecer se existe relação entre suas atitudes e práticas interprofissionais. Dentre as variáveis analisadas por eles, o tempo de atuação profissional também pontuou positivamente para a PC, como em nosso estudo. A pesquisa mais recente foi realizada por Lima Neta (2020) também com profissionais da APS. Seus resultados coincidem aos deste trabalho por considerar que a colaboração independe da categoria profissional. (Freire Filho et al., 2018)

Enfatiza-se como ponto forte desta pesquisa a realização de uma amostra representativa, estimada por cálculo estatístico. A pouca disponibilidade de estudos nacionais, ressalta também a relevância desta pesquisa para mensurar as atitudes colaborativas e interprofissionais no âmbito da APS. Porém, devido a restrição de estudos comparativos, isto pode ter se tornado também uma limitação para este estudo.

Outro aspecto relevante para se destacar é que essa coleta de dados foi realizada durante a pandemia e, devido a isso, houve a necessidade de se adaptar a coleta para ser realizada de forma remota, o que pode ter limitado a participação de profissionais da saúde com baixo conhecimento de preenchimento de formulários digitais, como é o caso do Google forms, ferramenta utilizada para coletar as respostas dos participantes.

5. Considerações Finais

Este artigo foi idealizado na perspectiva da importância das práticas colaborativas na efetivação da integração ensino-serviço-comunidade promovendo um impacto relevante na qualidade dos serviços de saúde. Nossos achados demonstram que os profissionais da APS possuem atitudes relacionadas à colaboração interprofissional sendo que é necessário ferramentas de educação continuada para que as competências como comunicação interprofissional, clareza de papéis e principalmente a liderança colaborativa sejam melhor compreendidas e praticadas por esses profissionais. A caracterização da nossa realidade é um ponto de partida para o fortalecimento da intencionalidade para a aprendizagem e prática interprofissional.

Diante do exposto, vale ressaltar a importância de mais estudos que abordem a atuação interprofissional em saúde que permitam a aplicabilidade da EJARCI na perspectiva da APS e dos demais níveis de atenção à saúde. Dessa forma, contribuirá para fomentar estudos sobre a colaboração interprofissional dentro do país.

Referências

- Abed, M. M. (2015). Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: Um estudo em profissionais da atenção básica. <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/5479>.
- Agreli, H. F., Peduzzi, M., Silva, M. C., Mascarelle, R. C. V., Espinoza, P., Agreli, H. F., Peduzzi, M., Silva, M. C., Mascarelle, R. C. V., & Espinoza, P. (2019). Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.
- Araújo, E. M. D. (2017). A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: Estudo comparativo entre Brasil e Portugal [Thesis]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26791>.
- Baviera, B. V. (2017). Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: Percepções dos profissionais envolvidos no atendimento ambulatorial do idoso [Text, Universidade de São Paulo].
- Brasil (2017). Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_relatoria_eip_bra_2017_po.pdf.
- Brito, G. E. G. de., Mendes, A. da C. G., Neto, P. M. dos S., & Farias, D. N. de. (2016). Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil. *Revista de APS*, 19(3), Article 3. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15770>.
- Cordeiro, T. M. S. C. e., & Araújo, T. M. de. (2018). Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. Bahia, Brasil. *Revista de Salud Pública*, 20, 422–429.
- Freire Filho, J. R., Costa, M. V. da., Magnago, C., Forster, A. C., Freire Filho, J. R., Costa, M. V. da., Magnago, C., & Forster, A. C. (2018). Attitudes towards interprofessional collaboration of Primary Care teams participating in the 'More Doctors' (Mais Médicos) program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26.

- Freire Filho, J. R., Silva, C. B. G., Costa, M. V. da., Forster, A. C., Freire Filho, J. R., Silva, C. B. G., Costa, M. V. da., & Forster, A. C. (2019). Interprofessional Education in the policies of reorientation of professional training in health in Brazil. *Saúde em Debate*, 43(SPE1), 86–96.
- Gomes, M. F. P., & Fracolli, L. A. (2018). Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(3), Article 3.
- Hojat, M., Ward, J., Spandorfer, J., Arenson, C., Van Winkle, L. J., & Williams, B. (2015). The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): Development and multi-institution psychometric data. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 238–244.
- Klemenc-Ketis, Z., Makivić, I., & Susic, A. P. (2018). The development and validation of a new interprofessional team approach evaluation scale. *PLOS ONE*, 13(8), e0201385.
- Lima, J. G., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Bousquat, A., Silva, E. V. da., Lima, J. G., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Bousquat, A., & Silva, E. V. da. (2018). Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: Resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 42(SPE1), 52–66.
- Lima Neta, M., (2020). Colaboração interprofissional na promoção de estilos de vida saudáveis à população idosa com diabetes mellitus. Mestrado em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. <https://renasf.fiocruz.br/colabora%C3%A7%C3%A3o-interprofissional-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-estilos-de-vida-saud%C3%A1veis-%C3%A0-popula%C3%A7%C3%A3o-idosa-com>.
- Machado, M. H., Koster, I., Aguiar Filho, W., Wermelinger, M. C. de M. W., Freire, N. P., & Pereira, E. J. (2019). Labor market and regulatory processes – Nursing in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 101–112.
- Machado, M. H., Ximenes Neto, F. R. G., Machado, M. H., & Ximenes Neto, F. R. G. (2018). Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: Trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1971–1979.
- Martins, A. P. L., Negro-Dellacqua, M., Guedes, A. L. de L., Sousa, I. F. de., Biff, D., Elias, E., & Junior, A. R. de S. (2020). Perfil dos profissionais da Atenção Básica no Município de Araranguá/SC. *Research, Society and Development*, 9(8), e261985668–e261985668.
- Mattos, M. P., Gomes, D. R., Silva, M. M., Trindade, S. N. C., Oliveira, E. R. A. de., & Carvalho, R. B. de. (2019). Prática interprofissional colaborativa em saúde coletiva à luz de processos educacionais inovadores. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 43(1), 271–287.
- Matuda, C. G., Pinto, N. R. da S., Martins, C. L., Frazão, P., Matuda, C. G., Pinto, N. R. da S., Martins, C. L., & Frazão, P. (2015). Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: Implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2511–2521.
- Moreira, D. C., Soares, D. A., Castro, C. P. D., Bispo Júnior, J. P., Moreira, D. C., Soares, D. A., Castro, C. P. D., & Bispo Júnior, J. P. (2019). Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: Experiências dos agentes comunitários. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(3).
- Morosini, M. V., Fonseca, A. F., Morosini, M. V., & Fonseca, A. F. (2018). Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, 42(SPE1), 261–274.
- Oliveira, M. M. de., Pedraza, D. F., Oliveira, M. M. de., & Pedraza, D. F. (2019). Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 43(122), 765–779.
- Oliveira, M. P. R. de., Menezes, I. H. C. F., Sousa, L. M. de., Peixoto, M. do R. G., Oliveira, M. P. R. de., Menezes, I. H. C. F., Sousa, L. M. de., & Peixoto, M. do R. G. (2016). Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(4), 547–559.
- Pedraza, D. F., Queiroz, D. de., Sales, M. C., & Menezes, T. N. de. (2018). Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. *ABCS health sci*, 77–83.
- Peduzzi, M., Oliveira, M. A. de C., Silva, J. A. M. da., Agreli, H. L. F., & Miranda Neto, M. V. de. (2016). Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, 1. <https://repositorio.usp.br/item/002742133>.
- Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2017). Domínios e competências da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(5), 1966–1970.
- Raimundi, D., Ferreira, F., Lima, F., & Siqueira, V. (2016). Analysis of Family Clinical, vision of service nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 130–138.
- Rodrigues, I. E., Brasil, C. C. P., Silva, R. M. da., Silva, J. R. da., Castro, F. R. V. F., & Queiroz, F. F. de S. N. (2019). Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre o processo de formação para a atuação profissional. *CIAIQ2019*, 2, 930–939.
- Santos, W. P. dos. (2016). Influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho: Perspectiva dos preceptores. <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6383>.
- Santos, N. A., Lima, D. R., Gontijo, M. K. B., Martins, M. A., Leite, G. R., Silva, L. A., & Maia, L. G. (2017). Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. *Revista de APS*, 20(3), Article 3.
- Silva, J. A. M. da., Peduzzi, M., Orchard, C., Leonello, V. M., Silva, J. A. M. da., Peduzzi, M., Orchard, C., & Leonello, V. M. (2015). Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(SPE2), 16–24.
- Tambasco, L. de P., Silva, H. S. da., Pinheiro, K. M. K., Gutierrez, B. A. O., Tambasco, L. de P., Silva, H. S. da., Pinheiro, K. M. K., & Gutierrez, B. A. O. (2017). A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 41(SPE2), 140–151.
- Toassi, R. F. C., Meireles, E., & Peduzzi, M. (2020). Interprofessional practices and readiness for interprofessional learning among health students and graduates in Rio Grande do Sul, Brazil: A cross-sectional study. *Journal of Interprofessional Care*, 10(3), 1–9.

Tonelli, B. Q., Leal, A. P. dos R., Tonelli, W. F. Q., Veloso, D. C. M. D., Gonçalves, D. P., & Tonelli, S. Q. (2018). Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, 23(2). <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>.