

Colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa

Interprofessional collaboration between health teams of emergency services: integrative review

Colaboración interprofesional entre equipos de atención de emergencia: revisión integradora

Recebido: 14/11/2019 | Revisado: 16/11/2019 | Aceito: 18/11/2019 | Publicado: 21/11/2019

Jeanini Dalcol Miorin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7672-7191>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: jeaninidmiorin@hotmail.com

Silviamar Camponogara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9342-3683>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br

Thais Brasil Brutti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6182-9029>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: thaisbrasilbrutti@hotmail.com

Andressa Gabrielle Ilha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5822-665X>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: Andressa.ilha@gmail.com

Resumo

Objetivo: identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência.

Metodologia: revisão integrativa. A busca dos estudos primários foi executada em quatro bases de dados relevantes na área da saúde, sendo a amostra composta por 22 pesquisas.

Resultados: A síntese dos artigos primários, originou duas categorias: a) Colaboração interprofissional: atribuições específicas e compartilhadas dos profissionais que atuam em equipes de serviços de emergência b) Facilitadores e barreiras para a implementação prática

colaborativa nos serviços de emergência. Evidenciaram-se atribuições privativas e compartilhadas dos profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência, bem como fatores intervenientes na colaboração interprofissional, como: a comunicação, a estrutura física, os recursos humanos e matérias e experiência profissional. Conclusão: a articulação interprofissional não é de fácil alcance, pois as profissões ainda estão muito arraigadas aos conhecimentos de seu campo e com dificuldades em promover uma articulação.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência; Equipe de assistência ao paciente; Comportamento cooperativo; Relações interprofissionais; Colaboração intersetorial.

Abstract

Objective: To identify the evidence available in the literature on the process of interprofessional collaboration between health teams of emergency services. Methodology: integrative review. The search for primary studies was performed in four relevant health databases, with a sample of 22 studies. Results: The synthesis of the primary articles originated two categories: a) Interprofessional collaboration: specific and shared attributions of professionals working in emergency services teams b) Facilitators and barriers to collaborative practical implementation in emergency services. Private and shared attributions of professionals working in emergency and emergency services, as well as intervening factors in interprofessional collaboration, such as: communication, physical structure, human resources and materials and professional experience were evidenced. Conclusion: interprofessional articulation is not easy to reach, because the professions are still very rooted in the knowledge of their field and with difficulties in promoting articulation.

Keywords: Emergency Medical Services; Patient care team; Cooperative behavior; Interprofessional relations; Intersectoral collaboration.

Resumen

Objetivo: identificar la evidencia disponible en la literatura sobre el proceso de colaboración interprofesional entre los equipos de salud de los servicios de emergencia. Metodología: revisión integradora. La búsqueda de estudios primarios se realizó en cuatro bases de datos de salud relevantes, con una muestra de 22 estudios. Resultados: La síntesis de los artículos primarios originó dos categorías: a) Colaboración interprofesional: atribuciones específicas y compartidas de profesionales que trabajan en equipos de servicios de emergencia b) Facilitadores y barreras para la implementación práctica colaborativa en servicios de emergencia. Se evidenciaron atribuciones privadas y compartidas de profesionales que

trabajan en emergencias y servicios de emergencia, así como factores intervinientes en la colaboración interprofesional, tales como: comunicación, estructura física, recursos humanos y materiales y experiencia profesional. Conclusión: la articulación interprofesional no es fácil de alcanzar, porque las profesiones todavía están muy arraigadas en el conocimiento de su campo y con dificultades para promover la articulación.

Palabras clave: Servicios médicos de emergencia; Equipo de atención al paciente; Comportamiento cooperativo; Relaciones interprofesionales; Colaboración intersectorial.

1. Introdução

A proposta de trabalho em equipe de saúde ganha destaque a partir dos anos 1990, no contexto de debates sobre os modelos de atenção à saúde e de organização dos sistemas de saúde, bem como da necessidade de mudança da formação dos profissionais para a educação interprofissional. A partir do ano 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa (Peduzzi & Agreli, 2018). Entretanto, trabalhar em equipe se constitui como um desafio atual, pois, no cotidiano do trabalho, ainda são percebidos entraves à prática colaborativa, entre eles a postura individualista dos profissionais em face do processo de trabalho em equipe, que decorre de um processo de formação acadêmico uniprofissional (Freire et al., 2018). Acrescenta-se a esse desafio a imprecisão conceitual no estudo da temática, em que termos como colaboração interprofissional e trabalho em equipe são, frequentemente, utilizados como sinônimos (Peduzzi & Agreli, 2018).

O grupo norte-americano Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC), definiu como colaboração interprofissional o processo de desenvolvimento e manutenção de relações de trabalho interprofissionais, que tem como objetivo a tomada de decisão compartilhada em torno de questões sociais e de saúde (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). A Colaboração interprofissional é um termo guarda-chuva que abriga outros dois termos: “Prática colaborativa interprofissional” – utilizado para descrever elementos da colaboração implementados na prática dos serviços de saúde – e “Trabalho em equipe interprofissional” (Morgan et al., 2015).

O trabalho em equipe interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde⁵. Os diferentes termos apresentados se relacionam, mas não

são sinônimos e intercambiáveis, visto que se referem a diferentes modalidades de trabalho interprofissional. Com essa abordagem, o trabalho interprofissional se apresenta como: trabalho em equipe, colaboração interprofissional, prática colaborativa interprofissional e trabalho em rede (Peduzzi & Agreli, 2018).

Portanto, a colaboração interprofissional se apresenta como uma estratégia do trabalho em equipe interprofissional e está relacionada a uma ética do cuidado, aproximando-se de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os profissionais de saúde. Trata-se de um passo fundamental na transição de sistemas de saúde fragmentados para uma posição mais fortalecida (World Health Organization, 2010). Uma Scoping review destacou a enfermagem como a profissão mais citada nos estudos sobre prática interprofissional colaborativa e educação interprofissional, o que reforça a compreensão de seu papel nuclear de mediação em relação às demais profissões da saúde (Brandt et al., 2014).

A colaboração interprofissional é essencial, dada a complexidade das necessidades de saúde dos pacientes e da gama de profissionais de diferentes áreas dentro e entre organizações, principalmente, nos serviços de urgência e emergência, que, por sua natureza, exigem rápida resolutividade (Cassera et al., 2009). Estes serviços configuram-se como a principal porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro, o que tem acarretado superlotação relacionada à busca de usuários por cuidados de baixa complexidade, à deficiente resolutividade no âmbito da atenção primária, à falta de organização na referência e contrarreferência e ao próprio funcionamento deficitário e burocrático de alguns serviços (Albuquerque., 2019).

A colaboração interprofissional têm recebido maior atenção em áreas como atenção primária, reabilitação e geriatria, e menos atenção se concentrou em ambientes altamente dinâmicos, intensos e incertos, como o cenário da emergência (Molly et al., 2013). Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência intra-hospitalar.

2. Metodologia

A estratégia metodológica elegida para responder ao objetivo proposto foi a revisão integrativa da literatura. Consiste em uma metodologia ampla de análise de pesquisas para sintetizar conhecimento sobre determinado tema. A elaboração de um estudo dessa natureza

perpassa por cinco etapas, quais sejam: identificação do problema e elaboração da questão norteadora; busca dos estudos na literatura; avaliação de dados encontrados nos estudos; análise de dados com síntese e conclusões destes; e apresentação da revisão integrativa (Hopia, 2016).

A questão norteadora foi elaborada com auxílio da estratégia PCC (P: equipes de saúde; C: colaboração interprofissional; C: serviços de urgência e emergência). Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência?"

A busca dos estudos foi realizada no mês de junho de 2019 e não foi instituído recorte temporal. Os estudos foram selecionados nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *National Library of Medicine (PubMed)* e *SciVerse Scopus (SCOPUS)*. Para proceder com a busca, utilizaram-se Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para as bases de dados em língua portuguesa e espanhola e os *Medical Subject Headings (MeSH)* correspondentes para a busca nas bases eletrônicas em língua inglesa. Foram definidas ainda às palavras-chave. Para cada base de dados, foi elaborada uma estratégia de busca com os descritores controlados e palavras-chave. A estratégia de busca empregada em cada base está apresentada no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Estratégia de busca nas bases de dados. Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Base de Dados	Estratégia de busca
LILACS	<i>Relações interprofissionais [Descriptor de assunto] or comportamento cooperativo [Descriptor de assunto] and serviços médicos de emergência [Descriptor de assunto].</i>
CINAHL	<i>(MH "COOPERATIVE BEHAVIOR") OR (MH "INTERPROFESSIONAL RELATIONS+") OR (MH "COLLABORATION") AND (MH "MULTIDISCIPLINARY CARE TEAM") AND (MM "PREHOSPITAL CARE") OR (MH "EMERGENCY MEDICAL SERVICES")</i>
PubMed	<i>((("patient care team"[MeSH Terms] OR "interdisciplinary health team"[Title/Abstract]) OR "health care team"[Title/Abstract]) OR "physician assistants"[MeSH Terms]) OR "nurses"[MeSH Terms] OR "allied health personnel"[MeSH Terms] OR "em Continua.... technicians"[MeSH Terms] AND ("cooperative behavior"[MeSH Terms] OR "Collaboration"[MeSH Terms]) AND "emergency medical services"[MeSH Terms] OR "prehospital emergency care"[Title/Abstract] OR "emergency health services"[Title/Abstract]</i>
SCOPUS	<i>(TITLE-ABS KEY ("interprofessional relations" OR "behavior cooperative" OR "Intersectoral Collaboration") AND TITLE-ABS-KEY ("Patient Care Team" OR "health care team" OR "interdisciplinary health team")) AND TITLE-ABS-KEY ("emergency medical service" OR "Prehospital Emergency Care" OR "emergency health services")</i>

Fonte: Base de dados, 2019.

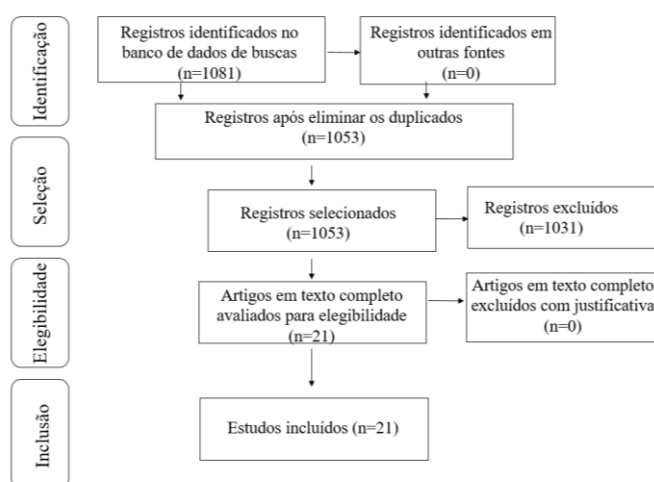
No Quadro 01 é possível observar que foram utilizadas estratégias de busca diferentes, de acordo com as especificidades de cada base dados. Porém todos descritores, MeSH e

palavras-chave, se relacionaram com a colaboração interprofissional, as equipes de saúde e os serviços de urgência e emergência.

Os critérios de inclusão consistiram em artigos nos idiomas inglês, espanhol e português, que abordassem a temática proposta. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor, estudos de revisão, teses, dissertações, artigos repetidos e estudos que não correspondessem à temática relevante ao alcance do objetivo da revisão.

A busca e a seleção dos estudos foram realizadas por dois pesquisadores, simultaneamente. Quando em situação de divergência, buscou-se um consenso com a participação de um pesquisador auxiliar. O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações PRISMA e está representado na Figura 1 (Moher et al., 2009).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos primários



Fonte: adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analyses (PRISMA).

De acordo com a Figura 1, foram identificados 1081 estudos primários, porém após a aplicação dos critérios de seleção foram incluídos apenas 21 estudos. Isso ratifica que a temática da colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência, ainda é pouco explorada, tanto pela literatura nacional quanto internacional.

Na busca nas bases de dados, identificaram-se 1.081 publicações potencialmente elegíveis (PubMed=907, CINAHL=51, Scopus=115, LILACS=8). Após a leitura do título e resumo de cada publicação, 28 eram duplicadas e foram excluídas. Do total restante (n=1.053), após aplicação dos critérios de seleção, foram excluídas 1.032 publicações. Assim, a amostra da revisão integrativa foi composta de 21 estudos primários. Ressalta-se que não foram utilizadas outras fontes de publicações, tais como busca manual das referências dos estudos primários incluídos na revisão e literatura cinza.

Na avaliação do rigor metodológico das publicações, utilizou-se um instrumento adaptado do CASP composto por dez itens, a partir dos quais os estudos são classificados em duas categorias – A e B – de acordo com a pontuação obtida. Aqueles que conseguiram entre 10 e seis pontos pertencem à categoria A – estudos de boa qualidade metodológica e viés reduzido; os da categoria B – estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado – alcançaram o mínimo de cinco pontos (Critical Appraisal Skills Programme, 2014).

Quanto ao nível de evidência, estudiosos propuseram hierarquias de evidências, que foram adotadas na presente revisão para classificar a força da evidência. Assim, a questão clínica do estudo primário pode ser de Intervenção/Tratamento. A força da evidência pode ser classificada em sete níveis, sendo o mais forte (nível I) as evidências de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes. Quando a questão clínica é de Prognóstico ou Etiologia, a força da evidência pode ser classificada em cinco níveis, nos quais o mais forte (nível I) consiste nas evidências de síntese de estudos de coorte ou de caso-controle. Com relação à questão clínica sobre Significado, a força da evidência pode ser classificada em cinco níveis, sendo o mais forte (nível I) as evidências de metassíntese de estudos qualitativos (Fineout-Overholt et al., 2011).

A extração dos dados foi executada com o auxílio de instrumento validado no Brasil com os seguintes itens: autores, ano, bases de dados, periódico, país, características metodológicas dos artigos e resultados alcançados (Ursi & Galvão., 2006). A análise e síntese dos dados da revisão integrativa foi elaborada na forma descritiva. Para cada estudo primário incluído, foi elaborado um quadro-síntese contendo as seguintes informações: título do artigo, autor(es), periódico, ano de publicação, objetivo(s), detalhamento amostral, tipo de estudo, principais resultados e conclusões. Isso permitiu a comparação das diferenças e similaridades entre as pesquisas.

3. Resultados

Em relação ao ano de publicação, dos 21 artigos incluídos na revisão integrativa, 28,58% foram produzidos no ano de 2016. Contudo, cabe destacar que o artigo mais antigo foi do ano de 1994, e que após essa data, somente em 2006 foi publicado novamente um artigo, e após em 2011, sobre esta temática, o que demonstra que as publicações são recentes, pois a colaboração interprofissional nos serviços de urgência e emergência é uma temática relativamente nova.

Com base na análise dos artigos que compõem o *corpus* do estudo, constatou-se que 20 deles (95,24%) foram publicados em periódicos internacionais. Os estudos foram desenvolvidos em vários países sendo, no total, nove estudos (42,86%) dos Estados Unidos, três (14,29%) da Austrália, dois (9,52%) da Inglaterra, dois da Suécia (9,52%) um (4,76%) da Finlândia, um (4,76%) da Alemanha, um (4,76%) da Espanha, um (4,76%) do Irã e um (4,76%) do Brasil. Em relação ao delineamento metodológico, onze (52,4%) foram estudos quantitativos, nove (42,9%) foram estudos qualitativos e um (4,7%) foi estudo qualitativo-quantitativo.

A análise e síntese dos dados da revisão integrativa possibilitou o agrupamento dos estudos primários em duas categorias: “Colaboração interprofissional: atribuições específicas e compartilhadas dos profissionais que atuam em serviços de emergência” (n=4); e “facilitadores e barreiras para a implementação prática colaborativa nos serviços de emergência” (n=17).

A caracterização dos estudos selecionados na categoria colaboração interprofissional: atribuições específicas e compartilhadas dos profissionais que atuam em serviços de emergência, está apresentada no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Caracterização dos estudos primários segundo autor(es), ano de publicação, título, periódico, tipo de estudo e nível de evidência, na categoria colaboração interprofissional: atribuições específicas e compartilhadas dos profissionais que atuam em serviços de emergência (n=4). Santa Maria, RS, Brasil, 2019

Autor	Ano	Título	Periódico	Tipo de estudo e nível de evidência
Steinemann et al. ⁽¹⁶⁾	2016	<i>Role confusion and self-assessment in interprofessional trauma teams</i>	<i>The American Journal of Surgery</i>	Estudo quase experimental; intervenção/tratamento. Nível: 3
Morphet et al. ⁽¹⁷⁾	2016	<i>Using transprofessional care in the emergency department to reduce patient admissions: A retrospective audit of medical histories</i>	<i>Journal of Interprofessional Care</i>	Estudo de coorte retrospectivo; intervenção/tratamento- Nível: 4
Castren et al. ⁽¹⁸⁾	2017	<i>The effects of interprofessional education – Self-reported professional competence among prehospital emergency care nursing students on the point of graduation – A cross-sectional study</i>	<i>International Emergency Nursing</i>	Estudo transversal; prognóstico/etiologia- Nível: 4
Batista; Peduzzi ⁽¹⁹⁾	2018	Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Estudo exploratório-prognóstico/etiologia-

		privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas		Nível: 4
--	--	---	--	----------

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Segundo o Quadro 2, os estudos selecionados para a categoria atribuições específicas e compartilhadas dos profissionais que atuam em serviços de emergência, foram do ano de 2016 à 2018, o que demonstra que a temática é atual. Nesta categoria os autores das pesquisas investigaram como foco principal as atribuições específicas e compartilhadas dos profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência para a prática colaborativa (n=4). A seguir, apresentam-se estas atribuições.

Foram identificadas 26 atribuições, sendo cinco privativas do fisioterapeuta, 12 compartilhadas com médicos e enfermeiros e nove sem consenso. Dentre as atribuições específicas dos fisioterapeutas¹ estavam a prescrição e execução de intervenção fisioterapêutica cardiovascular e o diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico (Batista & Peduzzi, 2018).

Em três estudos foram identificadas as atribuições compartilhadas (Steinemann et al., 2016; Morphet et al., 2016; Ibidem., 2018). O resultado de um deles, identificou que a equipe interprofissional, formada por enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, presta serviços amplos, incluindo avaliações físicas, cognitivas e sociais, ajustando talas em pacientes com traumas, desenvolvendo plano de cuidados, encaminhando pacientes para outros serviços e prestando cuidados após a alta (Ibidem., 2016).

A taxa de internações hospitalares foi significativamente menor no grupo interprofissional, do que no grupo que não trabalhava com interprofissionalidade. Somando-se a isso, as atribuições compartilhadas reduziram a superlotação do departamento de emergência e o estresse no trabalho (Ibidem., 2016).

As atribuições dos fisioterapeutas compartilhadas com enfermeiros e médicos no serviço de emergência, foram, na maioria, relacionadas à monitorização da via aérea natural ou artificial e a cuidados de ventilação mecânica. Estas atribuições compartilhadas foram fundamentais no desmame do paciente do respirador (Batista & Peduzzi, 2018). Já as atribuições dos enfermeiros compartilhadas com médicos foram descritas em um estudo primário: Sondagem Vesical; Controle da Dor; Inserção e Estabilização de vias aéreas artificiais; Triagem; Cuidados de emergência; Contenção física e química; Monitorização de

¹ No artigo cita que historicamente, a equipe de trabalho dos serviços de emergência era constituída por médicos e enfermeiros, porém nas últimas décadas, ela passou a incluir também o fisioterapeuta, o que desencadeou intenso debate sobre os benefícios da inclusão desse profissional nestas equipes.

Sinais Vitais; Plano de alta; Controle da hiperglicemia e hipoglicemia; Realização de avaliação neurológica (Steinemann et al, 2016).

No entanto, em dois estudos, houve divergências em relação as atribuições específicas e compartilhadas. Cirurgiões e enfermeiros achavam que era atribuição específica da sua profissão, a responsabilidade de administrar medicamentos profiláticos, garantindo a colocação da sonda gástrica, testes de gravidez e comunicação com a unidade de terapia intensiva. Especificamente, várias tarefas tradicionalmente sob a alçada do médico (por exemplo, revisar resultados laboratoriais e administrar medicamentos profiláticos) foram consideradas pelos enfermeiros como responsabilidades de enfermagem (Steinemann et al, 2016).

Como resultado de um estudo primário, especialistas não obtiveram consenso entre quais atribuições são específicas ou compartilhadas pelos fisioterapeutas no serviço de emergência. Dentre elas estavam o estabelecimento da capacidade funcional cardiorrespiratória e estratificação do risco cardiovascular do indivíduo, a realização de avaliação físico-funcional e monitorização de indivíduos com disfunção cardiovascular, metabólica e/ou musculoesquelética e a correção da assincronia entre o paciente e ventilador (Batista & Peduzzi, 2018).

A caracterização dos estudos selecionados na categoria facilitadores e barreiras para a implementação prática colaborativa nos serviços de emergência, está apresentada no quadro 03, a seguir:

Quadro 3 - Caracterização dos estudos primários segundo autor(es), ano de publicação, título, periódico, tipo de estudo e nível de evidência, na categoria facilitadores e barreiras para a implementação prática colaborativa nos serviços de emergência (n=17). Santa Maria, RS, Brasil, 2019.

Autor	Ano	Título	Periódico	Tipo de estudo e nível de evidência
Jones ⁽²⁰⁾	1994	<i>Developing a collaborative professional role for the staff nurse in a shared governance model</i>	<i>Holistic nursing practice</i>	Estudo qualitativo; Significado-Nível 2
Salamonson et al. ⁽²¹⁾	2006	<i>Voices from the floor: Nurses' perceptions of the medical emergency team</i>	<i>Intensive and critical care nursing</i>	Estudo quantitativo descritivo; Significado-Nível 4
Mazzocato et al. ⁽²²⁾	2011	<i>Team behaviors in emergency care: a qualitative study using behavior analysis of what makes team work</i>	<i>Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency</i>	Estudo Significado-] (Continua)

			<i>medicine</i>	
Landman et al. ⁽²³⁾	2012	<i>Hospital Collaboration With Emergency Medical Services in the Care of Patients With Acute Myocardial Infarction: Perspectives From Key Hospital Staff</i>	<i>Ann emerg med.</i>	Estudo qualitativo- Significado-Nível:2
Beebe et al. ⁽²⁴⁾	2012	<i>Observed and Self-Perceived Teamwork in a Rapid Response Team</i>	<i>Journal for nurses in staff development</i>	Estudo quantitativo- Significado-Nível:4
Frykman et al. ⁽²⁵⁾	2014	<i>Functions of behavior change interventions when implementing multi-professional teamwork at na emergency department: a comparative case study</i>	<i>BMC health services research</i>	Estudo qualitativo- Significado: Nível:2
Meier ⁽²⁶⁾	2014	<i>Importance of good teamwork in urgent care services</i>	<i>Emergency nurse</i>	Estudo qualitativo- Significado-Nível:2
Carson et al. ⁽²⁷⁾	2016	<i>An Outcome-Weighted Network Model for Characterizing Collaboration</i>	<i>Plos one</i>	Estudo quase experimental (antes e depois) Intervenção/tratamento- Nível:2
Morton et al. ⁽²⁸⁾	2016	<i>Describing team development within a novel GP-led urgent care centre model: a qualitative study</i>	<i>BMJ open</i>	Estudo qualitativo- Significado-Nível: 2
Wong et al. ⁽²⁹⁾	2016	<i>Making an ‘attitude adjustment’’: using a simulation-enhanced interprofessional education strategy to improve attitudes toward teamwork and communication</i>	<i>Simulation in healthcare</i>	Estudo observacional do tipo antes e depois – interveção/tratamento. Nível :4
Henry et al. ⁽³⁰⁾	2016	<i>Patients’ views of teamwork in the emergency department offer insights about team performance</i>	<i>Health expectations</i>	Estudo qualitativo- Significado.Nível:2
Eisenmann et al. ⁽³¹⁾	2017	<i>Interprofessional emergency training leads to changes in the workplace</i>	<i>Educational advances</i>	Estudo longitudinal quali- quanti; Interveção/tratamento- Nível:3
Tedesco et al. ⁽³²⁾	2017	<i>Interprofessional collaboration to improve sepsis care and survival within a tertiary care emergency department</i>	<i>Journal of emergency nursing</i>	Estudo quase experimental (antes e depois) Intervenção/tratamento- Nível: 3
Keshmiri et al. ⁽³³⁾	2017	<i>Effectiveness of na interprofessional education model based on the transtheoretical model of behaviour change to improve interprofessional collaboration</i>	<i>Journal of interprofessional care</i>	Estudo quase- experimental (antes e depois) - Nível:2

(Continua)

Grover et al. ⁽³⁴⁾	2017	<i>An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department</i>	<i>Australasian emergency nursing journal</i>	Estudo qualitativo fenomenológico – Significado- Nível :2
Chaves et al. ⁽³⁵⁾	2018	<i>Development of a Work Climate Scale in Emergency Health Services</i>	<i>Frontiers in psychology</i>	Estudo quantitativo-metodológico ²
Whalen et al. ⁽³⁶⁾	2018	<i>The novel role of paramedics in collaborative emergency centres aligns with their professional identity: A qualitative analysis.</i>	<i>CJEM</i>	Estudo qualitativo teoria fundamentada nos dados - Significado: nível 2

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

De acordo com o Quadro 3, verifica-se que a maioria dos estudos foram publicados no ano de 2016 e 2017 e que todos estudos são internacionais.

Na segunda categoria, os pesquisadores dos estudos investigaram como foco principal os facilitadores e as barreiras para a implementação da prática colaborativa nos serviços de emergência. Dentre os facilitadores, estavam o comportamento, boa estrutura física, recursos humanos e materiais, bom relacionamento interprofissional e treinamento para a prática colaborativa. Estes facilitadores estavam diretamente relacionados a tópicos interprofissionais, como por exemplo, reconhecer o trabalho das outras profissões (Mazzocato et al., 2011; Frykman et al., 2014; Morton et al., 2016; Henry et al., 2013; Eisenmann et al., 2018).

O comportamento estava principalmente relacionado ao apoio e a liderança (Morton et al., 2016; Henry et al., 2013; Grover et al., 2017; Whalen et al., 2018). O apoio da equipe revelou a ajuda mútua entre os profissionais, que propiciou um bom clima de trabalho em equipe e cuidados mais eficientes. O apoio entre os membros da equipe resultou, ainda, em agilidade do serviço, proporcionando um atendimento mais rápido às necessidades dos pacientes. O líder foi considerado aquela capaz de delegar tarefas e apoiar os membros da equipe a desempenhar habilidades (Grover et al., 2017).

Possuir uma estrutura física adequada, que contenha uma sala para discussão interprofissional, possibilitou que as equipes, no final de cada turno, se reunissem para discutir o seu desempenho durante o turno de trabalho, o que ajudou a esclarecer a conexão entre desempenho e resultado (Frykman et al., 2014). Em dois estudos, um quantitativo ideal de recursos humanos e materiais foram essenciais para uma prática colaborativa (Frykman et

² Estudos metodológicos não se aplicam nas hierarquias de evidências propostas por Fineout-Overholt et al., 2011

al., 2014; Grover et al., 2017). Trabalhar com um número menor de pacientes por profissional permitiu uma melhor visão do todo, possibilitou a visualização dos resultados do próprio trabalho e um diálogo com os pacientes para aliviar sua ansiedade, além disso, foi considerado menos estressante pelos profissionais (Frykman et al., 2014). Um quantitativo de profissionais com qualificação de pós-graduação, que tinham papéis bem definidos e que fossem alocados na função de líder da equipe propiciou o trabalho colaborativo (Grover et al., 2017).

O bom relacionamento interprofissional foi identificado em quatro estudos (Landman et al., 2013; Grover et al., 2017; Chaves et al., 2018; Whalen et al., 2018). Manter boas relações de trabalho entre as equipes de emergência exigiu um compromisso persistente e investimento de tempo e recursos. O apoio da chefia e dos diretores, para um bom relacionamento interprofissional, contribuiu para o aprimoramento destas relações nos serviços de emergência.

Cinco artigos citam a realização de treinamentos para colaboração interprofissional. Os treinamentos envolviam ações para compartilhar os papéis entre os membros da equipe, os autoconceitos profissionais, equívocos comuns e barreiras de comunicação. Após os treinamentos, eram avaliados o compromisso com a mudança de comportamento dos participantes. À medida que as equipes começaram a experimentar resultados positivos conquistados através dos treinamentos, a motivação para o trabalho em equipe ficou maior (Mazzocato et al., 2011; Frykman et al., 2014; Eisenmann et al., 2017). Como resultado, os estudos primários identificaram melhorias significativas nas atitudes dos funcionários em relação ao trabalho em equipe, comunicação eficaz e aumento na confiança entre os profissionais (Wong et al., 2016; Grover et al., 2017).

Dentre as barreiras para a implementação da prática colaborativa nos serviços de emergência, estavam presentes falhas na comunicação interprofissional, conflitos entre as equipes, hierarquia profissional e profissionais com pouca experiência laboral. Em três estudos primários, a falta de comunicação entre os profissionais prejudicou a continuidade dos cuidados prestados, como exemplo, médicos realizavam o plano de alta do paciente e não comunicavam aos outros membros da equipe (Mazzocato et al., 2011; Henry et al., 2016; Eisenmann et al., 2017).

Os conflitos entre as equipes estavam relacionados a interações negativas entre os membros da equipe, que se davam através de discussões, isolamento e conflitos. Os resultados de um dos estudos primários identificou que os pacientes que observaram gentileza entre os profissionais, sentiram-se mais confiantes em relação aos seus cuidados, no entanto, os

pacientes que testemunharam comportamentos negativos de interação profissional, expressaram falta de confiança no seu plano de tratamento. A hierarquia profissional estava presente nos serviços de emergência, sendo considerada um fator que dificultou as relações interprofissionais, especialmente entre médico e enfermeiros (Morton et al., 2016).

O número insuficiente de profissionais com experiência em serviços de urgência foi identificado como um obstáculo ao trabalho em equipe. Percebeu-se que profissionais menos experientes precisavam de mais tempo e atenção do líder da equipe e não conseguiam contribuir da mesma forma que os mais experientes, ou aqueles que receberam treinamento ou que tinham pós graduação (Grover et al., 2017).

Tendo em vista o contexto organizacional no qual se insere o cotidiano dos serviços de urgência e emergência, as circunstâncias que dificultam a colaboração interprofissional são muitas. Foi detectado a necessidade de melhorar a comunicação de informações entre as equipes de saúde, parecendo está ser um obstáculo a ser vencido pelos profissionais tanto do atendimento pré-hospitalar quanto do intra-hospitalar.

4. Discussão

A articulação de ações e saberes com profissionais de outras áreas, para resolver problemas de saúde dos pacientes, propiciam a prática colaborativa. Na prática interprofissional colaborativa, há necessidade de negociações regulares entre os indivíduos, pois é frequente os profissionais terem conhecimento limitado da atuação, das competências e das responsabilidades das demais áreas (Baptista & Peduzzi., 2018).

As Competências interprofissionais, referem-se à uma complexa integração de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e julgamentos que permitem que um profissional de saúde aplique esses componentes em todas as situações colaborativas (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). Um estudo realizado com egressos de um curso de enfermagem, identificou que os participantes fizeram uma associação entre os conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo do tempo, com as competências desenvolvidas. O desenvolvimento de competências é um processo contínuo, cuja vivência inicia-se na graduação, com a inserção precoce no campo da prática profissional. Os achados apresentados remetem o processo de substituição gradual do modelo biologicista, médico centrado, focado na doença e na atenção individual, para uma modelo interprofissional. Há evidências que sinalizam esse movimento de ruptura, representado pela consciência da falência das práticas em vigor, que desconsideram o contexto e os sujeitos (Netto et al, 2016).

A educação interprofissional na graduação ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde. Portanto, a educação interprofissional é um passo importante para a prática colaborativa interprofissional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus parceiros consideram a colaboração interprofissional como uma estratégia inovadora, que desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde (World Health Organization, 2010).

A articulação no cuidado possibilita que um profissional conheça a ação do outro e agregue novos saberes à sua prática (Silva et al., 2015). Em dois estudos primários houveram divergências em relação as atribuições específicas e compartilhadas, o que demonstra que para avançar na prática compartilhada, é fundamental aprender a trabalhar junto, desde o processo de formação profissional em nível de graduação (Steinemann et al, 2016; Baptista & Peduzzi, 2018).

No contexto do atendimento às urgências/emergências, os profissionais de saúde e, principalmente, os enfermeiros, vivem muitos dilemas éticos e legais em relação à responsabilidade profissional, autonomia em relação às demais categorias profissionais, além da competência legal para realizar procedimentos. O momento no qual se dá o atendimento de emergência exige rapidez, e o enfermeiro precisa estar amparado legalmente para a sua realização. Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é proibido prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência; portanto, apenas quando há o risco iminente de morte. Assim, existem alguns procedimentos que embora não sejam de competência legal do enfermeiro, são justificados em situação de emergência, quando a realização destes poderá salvar o paciente ou evitar complicações mais graves que levem à morte (Filho et al, 2016).

A realização destes procedimentos foi citada em quatro estudos primários (Steinemann et al, 2016; Morphet et al, 2016; Baptista & Peduzzi, 2018; Jones, 1994). É permitido, por exemplo, em situações de emergência, a passagem de sonda nasogástrica e administração de oxigênio medicinal pelo enfermeiro sem prescrição médica, bem como Intubação traqueal e alteração e programação de parâmetros de ventilação mecânica (Coren, 2002a; Coren 2002b; Coren, 2011). Porém, foi identificado em um estudo primário que enfermeiros e cirurgiões têm diferentes percepções sobre os seus papéis durante a ressuscitação cardiopulmonar. Tarefas tradicionalmente médicas como: revisar resultados laboratoriais e administrar medicamentos profiláticos, foram consideradas pelos enfermeiros como responsabilidades de enfermagem. Percepções sobrepostas de tarefas podem resultar em efeitos deletérios, como

mau gerenciamento do tempo durante a ressuscitação, conflitos entre as equipes e danos ao paciente devido à duplicação de testes ou medicamentos, distanciando-se, assim, de práticas colaborativas (Steinemann et al, 2016).

Competências compartilhadas ocorrem para além de médicos e enfermeiros, abrangendo outros profissionais, como os de atendimento pré-hospitalar. A visão tradicional da prática dos paramédicos é a prestação de cuidados de emergência e transporte de pacientes. Devido à escassez de mão-de-obra, os cortes no orçamento dos serviços de saúde, o tamanho da população e o perfil demográfico variável de muitas comunidades, destaca-se a necessidade de interação efetiva entre paramédicos e outros profissionais para responder às necessidades de saúde das comunidades. Áreas rurais são um cenário oportuno para explorar o papel em evolução dos paramédicos e sua interação com outros profissionais, de maneira que possam melhorar os resultados de saúde para os pacientes e a comunidade (Mulholland et al, 2014).

Os estudos primários apontaram que fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais estão ampliando o escopo de suas funções. Revisão de literatura vem ao encontro destes resultados, pois identificou que paramédicos rurais, policiais e bombeiros estão cada vez mais envolvidos em uma prática interprofissional, portanto requerem uma aprendizagem interprofissional, que reúne a educação e a prática em um processo pelo qual as profissões individuais interagem em conjunto com um objetivo comum de melhorar o atendimento ao paciente. O aprendizado interprofissional leva a uma postura colaborativa no cenário da saúde (Mulholland et al, 2014).

Estudo realizado em unidade de terapia intensiva, veio ao encontro dos resultados dos estudos primários, pois identificou que toda categoria profissional realiza movimentos de afirmação da identidade, sendo reconhecida e legitimada pelos grupos sociais como uma profissão. Os resultados obtidos indicaram que há um aprisionamento na identidade de formação e um desconhecimento da identidade de grupo. Percebe-se a necessidade para uma aprendizagem crítica e reflexiva na construção de perspectivas ampliadas sobre a complexidade do campo da saúde mais centrado no usuário e não somente na técnica e no procedimento de cada área, mas contemplando os aspectos biopsicossociais.

Na segunda categoria, o comportamento solidário e a ajuda mútua entre os profissionais e um bom relacionamento interprofissional mostrou-se fundamental para a construção de práticas colaborativas. Isso reflete na confiança existente entre os profissionais. A colaboração só é possível quando os profissionais confiam nas competências e na capacidade de assumir responsabilidades uns dos outros, ou seja, quando se flexibilizam. Quando há incertezas no

trabalho do outros, os dados mostram que os profissionais de saúde mantêm a responsabilidade pelo paciente o maior tempo possível, para evitar a colaboração (D'Amour, 2008).

Estudo realizado com equipe de enfermagem identificou que as técnicas de enfermagem enfatizaram a necessidade de confiança da enfermeira em relação ao trabalho delas. Confiança e vínculo na equipe relacionam-se também ao tempo de trabalho conjunto. Outro elemento constitutivo do trabalho em equipe foi respeito mútuo e reconhecimento do trabalho do outro, que pode ser construído por meio da participação do trabalhador ao expressar sua opinião e sugerir alternativas. Para pôr em prática a complementaridade do saber no cuidado do paciente é preciso conhecer e reconhecer o trabalho do outro profissional (Souza et al, 2016).

Em dois estudos primários o espaço físico e os recursos materiais e humanos proporcionaram a prática colaborativa (Souza et al., 2014; Grover et al, 2017). Estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Trauma identificou que, a maioria dos profissionais apresentaram percepções insatisfatórias do ambiente de trabalho. Na percepção da equipe, o ambiente de trabalho não favorecia a autonomia, nem o bom relacionamento entre equipe de enfermagem e equipe médica, assim como não oferecia suporte organizacional aos profissionais. Este quadro piorou quando foi constatado que, para a maioria dos profissionais, os recursos humanos eram insuficientes e os recursos materiais inadequados na UTI de Trauma (Padilha et al, 2017).

O treinamento das equipes para a prática colaborativa foi discutido em cinco artigos primários. A formalização é um meio importante de esclarecer as responsabilidades dos vários parceiros e negociar como as responsabilidades são compartilhadas. Existem muitos tipos de ferramentas formalizadas: acordos interorganizacionais, protocolos, sistemas de informação e o treinamento das equipes. Para os profissionais, é importante saber o que se espera deles e o que eles podem esperar dos outros (Reuter et al, 2018).

Diante dos resultados apresentados nos estudos primários, pode-se inferir que as equipes interprofissionais devem possuir algumas características que as possibilitem realizar um trabalho efetivo, que atuem de maneira integrada, possibilitando sua eficácia. Essas características são: respeito, confiança, reconhecimento dos diferentes profissionais e interdependência para a realização de diversas ações. A realização do trabalho interprofissional proporciona a integração e a organização de ações em saúde, e favorece o estabelecimento de uma rede de cuidados entre os diferentes níveis de atenção à saúde (Peduzzi et al, 2016).

Porém, existem barreiras para a implementação da prática colaborativa nos serviços de emergência. Três estudos primários trouxeram como barreira principal, as falhas na comunicação interprofissional, que está relacionada com a dificuldade de compartilhar informações e de interação entre os profissionais. A comunicação depende da reciprocidade entre os profissionais, em um processo de interlocução, com a participação ativa dos envolvidos (Mazzocato et al, 2011; Henry et al, 2013; Eisenmann, 2018).

Entretanto, a comunicação que articula as ações realizadas pelos diversos profissionais pode ser uma comunicação de mão única, que visa apenas a passagem de informações para otimizar a realização da técnica e para a obtenção do resultado. Isso não representa nenhum problema ou obstáculo para a integração da equipe, desde que esta saiba reconhecer os momentos em que é necessário, não apenas reiterar a técnica, mas refletir e negociar para esclarecer a melhor interpretação da situação encontrada e a melhor conduta frente a ela (Treviso et al, 2017).

Foi identificado nos estudos primários que profissionais com pouca experiência profissional dificultam a prática colaborativa, pois a experiência e a habilidade técnica contribuem para construção do conhecimento coletivo, influenciando na segurança que o profissional transmite aos colegas. Contudo, a experiência na área de formação não é o suficiente para atuar em equipe de forma colaborativa (Zheng et al, 2012). Um estudo aponta que, além da pouca experiência profissional, a alta rotatividade dos profissionais dificulta o desempenho da equipe e leva à distrações e perda de foco (Arruda et al, 2018).

A formação de hierarquias está relacionada com as distintas posições ocupadas, pelos profissionais, no espaço social. A disposição dos profissionais não médicos em transferir a responsabilidade para equipe médica pode estar relacionada com a preservação de práticas no modelo biomédico, ainda hegemônicas no campo da saúde e com as predisposições internalizadas nos processos de formação ou em experiências profissionais anteriores. Mesmo profissionais de saúde não médicos tendem a atuar de acordo com o modelo dominante. Neste aspecto, suas ações não se relacionam diretamente com sua expertise, nem são, necessariamente, objetos de reflexão, o que fortalece uma prática uniprofissional (Bispo et al, 2018).

O cuidado colaborativo visa superar as tradicionais formas hierarquizadas de trabalho em equipe, procedimento centrado e pautado na mera aglutinação de práticas desarticuladas de diferentes especialidades. Tem como pressuposto o comprometimento da equipe com a resolutividade da atenção, a partir de constantes mecanismos de comunicação, integração e

tomada de decisão em conjunto, com definições de responsabilidades entre os membros da equipe (Ibidem, 2018).

O conflito foi relatado nos estudos primários como barreira para a efetivação do trabalho colaborativo. Ele ocorre de duas formas: interequipes (entre duas equipes diferentes) e intraequipes (na equipe). O segundo subdividido em dois: entre pares (mesma categoria profissional) ou entre categorias. Os conflitos intraequipes, de uma mesma categoria profissional podem estar relacionados à chegada de um profissional à equipe, pouco tempo de trabalho conjunto e a falta de confiança e reconhecimento. Os conflitos intraequipes, entre categorias diferentes, refletem a inserção desigual dos trabalhadores no processo de trabalho, a partir da formação técnica e a rígida divisão do trabalho (Souza et al., 2016).

Tendo em vista as questões mencionadas, compreende-se que ao desenvolver a colaboração interprofissional, o progresso dos serviços de urgência e emergência está claramente sendo feito, no sentido de melhorar as relações entre os membros das equipes a continuidade dos cuidados assistenciais. O bom relacionamento influencia positivamente no processo de comunicação, qualificando a assistência oferecida e contribui para o desenvolvimento da colaboração interprofissional.

5. Considerações finais

Constatou-se, através dos estudos, que o trabalho desenvolvido nos serviços precisa ser realizado de forma coletiva, reforçando a importância de cada vez mais se fortalecer o trabalho interprofissional. Evidenciou-se ainda, atribuições privativas e compartilhadas dos profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência. Isso mostra, de um lado, a ampliação do escopo de prática das profissões, mas de outro lado mostra a existência de potenciais conflitos pela indefinição de atribuições. Se os indivíduos conseguem compreender o papel e contribuição de cada um ao grupo, a identidade de formação é valorizada e contribui para o trabalho em conjunto.

Ainda observou-se circunstâncias intervenientes na colaboração interprofissional, como: a comunicação, a estrutura física, os recursos humanos e materiais e experiência profissional. Para o desenvolvimento da colaboração, todos os membros da equipe devem estar envolvidos no planejamento e na tomada de decisões, todos devem empenhar-se para manter relações de cooperação, por meio do estabelecimento de objetivos mútuos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíproco. A articulação

interprofissional não é de fácil alcance, pois as profissões ainda estão muito arraigadas aos conhecimentos de seu campo e com dificuldades em promover uma verdadeira integração.

Em síntese, os resultados dessa revisão integrativa revelaram a necessidade de desenvolvimento de outros estudos, com diferentes métodos de pesquisa, relacionados a colaboração interprofissional, podendo contribuir dessa maneira, na melhoria da qualidade da assistência prestada e nas relações interprofissionais. Os profissionais da saúde e, principalmente, os enfermeiros podem utilizar os resultados desta revisão para implementar estratégias para a colaboração interprofissional nos serviços onde atuam, uma vez que a enfermagem tem potencial para ser protagonista na prática colaborativa.

Referências

Albuquerque, M.C.S., Souza, D.F.S., Maynard, W.H.C., Bezerra, L.F.D., Cassimiro, A.R.T.S, Cavalcante, J.C. (2019). Empatia dos profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência. *Texto contexto - enferm.* [Internet]; 28, e 20170406. Recuperado em 23 de maio de 2019 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100327.

Arruda, L. S., Moreira, C. O. F.(2018). Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ). *Interface (Botucatu)* [Internet], 22(64): 199-210. Recuperado em 5 de setembro de 2019.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000100199&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>.

Batista, R. E. A., & Peduzzi, M. (2018). Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(suppl 2): 1685–1695. Recuperado em 10.1590/1807-57622017.0755.

Beebe, P., Bawel, B. K., O’Leary, K. C. (2012). Observed and Self-Perceived Teamwork in a Rapid Response Team. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(4): 191–197. Recuperado em 10.1097/nnd.0b013e31825e63d7.

Bispo, J. J. P., Moreira, D. C. (2018). Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis* [Internet], 28(3): e280310. Recuperado em 5 de setembro de 2019. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300605&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280310>.

Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. & Chioreso, C. (2014). A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. *J Interprof Care*, 28(5):393-9.

Canadian Interprofessional Health Collaborative(CIHC) (2010). *A National Interprofessional Competence Framework* [Internet]. Vancouver: CIHC. Recuperado em 9 de setembro de 2014 http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf.

Carson, M. B., Scholtens, D. M., Frailey, C. N., Gravenor, S. J., Kricke, G. E., & Soulakis, N. D. (2016). An Outcome-Weighted Network Model for Characterizing Collaboration. *PLOS ONE*, 11(10): e0163861. Recuperado em 10.1371/journal.pone.0163861.

Cassera, M.A., Zheng, B., Martinec ,D.V. & Dunst, C. M, Swanström LL (2009). Surgical time independently affected by surgical team size. *Am J Surg*, 198 (2): 216–222.

Castrèn, M., Mäkinen, M., Nilsson, J., & Lindström, V. (2017). The effects of interprofessional education – Self-reported professional competence among prehospital emergency care nursing students on the point of graduation – A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 32(1): 50–55. Recuperado em 10.1016/j.ienj.2017.02.004.

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2014). Oxford. CASP [inter-net]. Recuperado em <http://www.casp-uk.net/checklists>

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. (2002). Resolução nº 10, de 27 de dezembro de 2002. Realização de sondagem pelo enfermeiro, sem prescrição médica. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN). Recuperado em <https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-no-0102002/>.

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. (2011). Resolução nº 22, de 28 de novembro de 2011. Atuação do enfermeiro quanto à utilização dos dispositivos de vias aéreas avançadas: combitubo esofagotraqueal (CET), máscara laríngea (ML) e tubo endotraqueal (ET). Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN-DF). Recuperado em <https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-222011/>.

Conselho Regional de Enfermagem. (2012). Resolução nº 14, de 10 de agosto de 2012. Resolução nº 10, de 27 de dezembro de 2002. Administração de oxigênio medicinal, sem prescrição médica, por meio de cateter nasal em situação de emergência. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Recuperado em https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_14.pdf.

D'Amour D, Goulet L., Labadie, J. F., Rodriguez, L.S.M & Pineault R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *Health Services Research* [internet], 8(188): 01-14. Recuperado em https://www.researchgate.net/publication/23268995_A_model_and_typology_of_collaboration_among_professionals_in_healthcare_organizations/download.

Eisenmann, D., Stroben, F., Gerken, J., Exadaktylos, A., Machner, M., & Hautz, W. (2018). Interprofessional Emergency Training Leads to Changes in the Workplace. *Western Journal of Emergency Medicine*, 185–192. Recuperado em [10.5811/westjem.2017.11.35275](https://doi.org/10.5811/westjem.2017.11.35275)

Filho, L. A. M. (2016). Competência legal do enfermeiro na urgência/ emergência. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 18-23, ISSN 2357-707X. Recuperado em setembro de 2019 <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/659/278>>.

Fineout-Overholt E. & Stillwell S. B. (2011). Asking compelling, clinical questions. Melnyk BM, Fineout-Overholt, E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. 2nd. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39

Framework for action on interprofessional education & collaborative practice (2010). *World Health Organization*. Geneva: WHO.

Freire F. J. R., Costa M. V. M. C. & Forster A. C. (2018). Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet], 26 e3018. Recuperado em 29 de agosto de 2019. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692018000100334&lng=en

Frykman, M., Hasson, H., Muntlin A. A. & Von T. S. U. (2014). Functions of behavior change interventions when implementing multi-professional teamwork at an emergency department: a comparative case study. *BMC Health Services Research*, 14(1). Recuperado em 10.1186/1472-6963-14-218

Grover, E., Porter, J. E. & Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2): 92–97. Recuperado em 10.1016/j.aenj.2017.01.003

Henry, B. W., McCarthy, D. M., Nannicelli, A. P., Seivert, N. P., Vozenilek, J. A. (2013). Patients' views of teamwork in the emergency department offer insights about team performance. *Health Expectations*, 19(3): 702–715. Recuperado em 10.1111/hex.12148

Hopia, H., Latvala E. & Liimatainen L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci* [Internet], 30(4): 662-9. Recuperado em 14 de julho de 2019 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12327/epdf>.

Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes (2015). *Institute of Medicine*, Washington, DC: National Academy Press.

Jones, P. K. (1994). Developing a collaborative professional role for the staff nurse in a shared governance model. *Holistic Nursing Practice*, 8(3): 32–37. Recuperado em 10.1097/00004650-199404000-00006

Keshmiri, F., Rezai, M., Mosaddegh, R., Moradi, K., Hafezimoghadam, P., Zare, M. A., Shirazi, M. (2017). Effectiveness of an interprofessional education model based on the transtheoretical model of behaviour change to improve interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3): 307–316. Recuperado em 10.1080/13561820.2016.1276051

Landman, A. B., Spatz, E. S., Cherlin, E. J., Krumholz, H. M., Bradley, E. H., & Curry, L. A. (2013). Hospital Collaboration With Emergency Medical Services in the Care of Patients With Acute Myocardial Infarction: Perspectives From Key Hospital Staff. *Annals of Emergency Medicine*, 61(2): 185–195. Recuperado em 10.1016/j.annemergmed.2012.10.009

Mazzocato, P., Hvitfeldt, F. H., Von T. S. U. (2011). Team behaviors in emergency care: a qualitative study using behavior analysis of what makes team work. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1), 70. Recuperado em 10.1186/1757-7241-19-70

Meier, C. (2014). Importance of good teamwork in urgent care services. *Emergency Nurse*, 22(7): 32–36. Recuperado em 10.7748/en.22.7.32.e1312

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G.(2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7), e1000097. Recuperado em <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Molly, C., Susan, N. & David, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health*, 11-57.

Morgan, S., Pullon, S. & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*, 52(7):1217-30.

Morphet, J., Griffiths, D. L., Crawford, K., Williams, A., Jones, T., Berry, B., Innes, K. (2016). Using transprofessional care in the emergency department to reduce patient admissions: A retrospective audit of medical histories. *Journal of Interprofessional Care*, 30(2):226–231. Recuperado em 10.3109/13561820.2015.1115394

Morton, S., Igantowicz, A., Gnani, S., Majeed, A., Greenfield, G. (2016). Describing team development within a novel GP-led urgent care centre model: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(6): 117-25. Recuperado em 10.1136/bmjopen-2015-010224, 10.1097/SIH.0000000000000133.

Mulholland, P., Barnett, T. & Spencer J.(2014). Interprofessional learning and rural paramedic care. *Rural and Remote Health(Online)*, 14, 2821.

Netto, L., Kênia, L. S. & Rua, M. S. (2016). Desenvolvimento de competências para promoção da saúde e mudança no modelo assistencial. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2):1-7.

Ramos, A. R. & Santos, V. C. F. (2018). O exercício da interprofissionalidade e intersetorialidade Reuter CLO. *Escola Anna Nery*, 22(4).

Padilha, K. G., Barbosa, R. L., Andolhe, R. Oliveira, E. M., Ducci, A. J., Bregalda, R. S. (2017). Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em unidade de terapia intensiva de trauma. *Texto contexto - enferm.* [Internet], 26(3), e1720016. Recuperado em 9 de setembro de 2019 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300322&lng=en.

Peduzzi, M. & Agreli, H. F. (2008). Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*, 22 (2):1525-34.

Peduzzi, M., Leonello, V.M. & Ciampone, M. H. T. (2016). Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. *Paulina Kurcgant. (Org.), Gerenciamento em Enfermagem*, 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 103-114.

Salamonson, Y., Heere, B.V., Everett, B., Davidson, P. (2006). Voices from the floor: Nurses' perceptions of the medical emergency team. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(3):138–143. doi:10.1016/j.iccn.2005.10.002

Sanduvete, C.S., Lozano, J. A., Chacón, M. S., Holgado, T. F. P. (2018). Development of a Work Climate Scale in Emergency Health Services. *Frontiers in Psychology*, 9. Recuperado em 10.3389/fpsyg.2018.00010.

Silva, J. A. M., Peduzzi, M., Orchard, C., Leonello, V. M. (2015). Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet], 16-24. Recuperado em setembro de 2019 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000800016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>.

Souza, G. C., Peduzzi, M., Silva, J. A. M., Carvalho, B. G. (2016). Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional?. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet], 50(4):642-649. Recuperado em 19 de setembro de 2019 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400642&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>

Steinemann, S., Kurosawa, G., Wei, A., Ho, N. L. E, Soares, G., Bhatt, A., Berg, B. (2016). Role confusion and self-assessment in interprofessional trauma teams. *Am J Surg*, 211(2):482-8. Recuperado em 10.1016/j.amjsurg.2015.11.001

Tedesco, E. R., Whiteman, K., Heuston, M., Swanson, B. B., Stephens, K. (2017). Interprofessional Collaboration to Improve Sepsis Care and Survival Within a Tertiary Care Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 43(6): 532–538. Recuperado em 10.1016/j.jen.2017.04.014

Treviso, P. & Pinheiro, B. E. C. (2017). Percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação em sua atividade docente. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(1): 1-9.

Ursi, E. S. & Galvão, C.M. (2006). Prevenção de lesões de pele no período perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino Am Enferm*, 14(1):124-131.

Whalen, S., Goldstein, J., Urquhart, R. & Carter, A. J. E. (2018). The novel role of paramedics in collaborative emergency centres aligns with their professional identity: A qualitative analysis. *CJEM*, 20(4): 518–522. Recuperado em 10.1017/cem.2018.401

Wong, A. H., Gang, M., Szyld, D. & Mahoney, H. (2016). Making an "Attitude Adjustment": Using a Simulation-Enhanced Interprofessional Education Strategy to Improve Attitudes Toward Teamwork and Communication. *Simul Healthc*, 11(2):117-25.

Zheng, B., Panton, O.N. & Al-Tayeb, T.A. (2012). Operative length independently affected by surgical team size: data from 2 Canadian hospitals. *Can J Surg*, 55(6):371–376.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Jeanini Dalcol Miorin – 40%

Silviamar Camponogara – 30%

Thais Brasil Brutii – 15%

Andressa Gabrielle Ilha – 15%