

Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional em ambiente de urgência e emergência hospitalar

Felipe Félix Máximo¹

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Brasília-DF

Pollyana Barbosa de Lima²

Secretaria de Saúde do distrito Federal
Brasília-DF

Resumo: **Introdução:** Trabalho em equipe multiprofissional é baseado em uma relação recíproca da articulação das intervenções técnicas nas mais diversas especialidades. No setor de urgência e emergência, é necessário atendimento efetivo e dinâmico nas condutas específicas e transversais dos profissionais de saúde. **Objetivos:** Avaliar a atitude dos profissionais de saúde quanto às práticas colaborativas no trabalho em equipe de profissionais atuantes no setor de urgência e emergência de um hospital regional do DF. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, observacional e transversal. Utilizou-se a Escala EJARCI para avaliar a colaboração interprofissional. **Resultados:** Foram incluídos 107 participantes, com idade de $35 \pm 7,17$ anos. A média do escore total na escala foi de $124,29 \pm 11,80$ pontos, e o valor do α de Cronbach calculado foi de 0,75. Não foram observadas diferenças relacionadas às atitudes colaborativas entre os profissionais ($p = 0,68$). **Conclusão:** Não houve diferença estatística na comparação entre os grupos profissionais pesquisados, apontando para um nível positivo e semelhante de capacidade colaborativa interprofissional.

Palavras chave: Equipe de Assistência ao Paciente. Emergências. Serviço Hospitalar de Emergência.

Attitudes related to interprofessional collaboration in an emergency and emergency hospital environment

Abstract: **Introduction:** Multiprofessional teamwork is based on a reciprocal relationship between the articulation of techniques from the most diverse specialties. In the urgency and emergency sector, effective and dynamic care is required in the specific and transversal conditions of health professionals. **Objectives:** To assess the attitude of health professionals regarding collaborative practices in teamwork of professionals working in the urgency and emergency sector of a regional hospital in the DF. **Methods:** This is a quantitative, analytical, observational and cross-sectional study. The EJARCI Scale was used to assess interprofessional collaboration. **Results:** 107 participants were included, aged 35 ± 7.17 years. The mean of the total score on the scale was 124.29 ± 11.80 points, and the calculated Cronbach's α value was 0.75. There were no differences related to collaborative attitudes among professionals ($p = 0.68$). **Conclusion:** There was no statistical difference in the comparison between the professional groups surveyed, pointing to a positive and similar level of interprofessional collaborative capacity.

Keywords: Patient Care Team. Emergencies. Hospital Emergency Service.

1 E-mail: felipe.f.maximo@hotmail.com. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - Brasília-DF.

2 E-mail: pollyana.lima13@gmail.com. Secretaria de Saúde do distrito Federal.

1. INTRODUÇÃO

A formação de uma equipe que compõe um setor na saúde é heterogênea. Profissionais de diferentes áreas convivem em um mesmo ambiente, e tem o mesmo objetivo: a assistência ao paciente e resolubilidade das necessidades apresentadas pelo mesmo (PEDUZZI, *et al.*, 2011) realizada em 21 serviços públicos de saúde de uma região de São Paulo, por meio de entrevista semiestruturada com 21 gerentes (diretores).

Portanto, considera-se que o trabalho em equipe multiprofissional está baseado na relação recíproca e articulada das intervenções técnicas, bem como na interação e integração dos promotores de saúde das mais diversas especialidades (WHO, 2010). D'Amour, *et al* (2005), descreve como cooperação interprofissional todas as relações e interações entre os profissionais que compõem um mesmo setor e completa que essa prática é multifatorial, voluntária e dinâmica.

A prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (WHO, 2010).

Evolutivamente, os modelos de assistência em saúde ao paciente têm se transformado e procurado formações que permitam avançar na qualidade do serviço, assim como o bem-estar dos profissionais que fazem parte do setor, para que se sintam importantes e valorizados. As raízes culturais e os modelos tradicionais ainda estão fortemente presentes e causam conflitos e evidenciam dificuldades para a implantação de um modelo cooperativo. A especialização vertical, os interesses próprios, corporativismo de classe profissional – exemplificam tais dificuldades persistentes (REEVES, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta em seus relatórios os benefícios e melhorias após a implantação de modelos colaborativos interprofissionais. Essa evolução se dá tanto na parte de assistência-paciente, quanto na parte interpessoal dos profissionais (WHO, *et al.*, 1978). A comunicação, seja ela de forma direta ou por uso de tecnologias, é considerado o meio que mais estreita as relações e facilitam a imposição voluntária entre os participantes, um canal de comunicação aberto pode ser considerado uma das melhores características em uma equipe com práticas cooperadas (PEDUZZI, 2000).

O setor de urgência e emergência é a porta de entrada dos pacientes mais críticos – a necessidade de um pronto atendimento efetivo e dinâmico exige que os colaboradores deste setor apresentam sintonia, comunicação e entrosamento nas condutas tanto específicas, quanto transversais para que o desfecho do paciente seja satisfatório. A partir das políticas da Rede de Urgências e Emergências (RUE) temos as diretrizes que frisam pela presença de equipe multiprofissional nas emergências, assistência qualificada e integral ao paciente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A *Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration (JeffSATIC)* é uma escala reconhecida em diversos países, como Itália, México, Coreia do Sul e no Brasil, onde foi traduzida e validada em 2015 como Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI). Trata-se de um instrumento multiprofissional que avalia não só a racionalização da assistência à saúde como também as práticas a partir da concepção biopsicossocial do trabalho em saúde (ABED, 2015; HOJAT *et al.*, 2003).

Neste sentido, o objetivo do estudo é avaliar o nível de atitude dos profissionais de saúde atuantes no setor de urgência e emergência de um hospital regional do Distrito Federal (DF) quanto às práticas colaborativas para o trabalho em equipe a partir da aplicação da EJARCI.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, observacional e transversal realizado em unidade de urgência e emergência em um serviço de saúde pública do DF regido pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Hospital Região Leste (Paranoá).

A amostra foi definida conforme recomendação realizada no estudo de validação utilizando Análise Fatorial Exploratória (AFE) que descreve uma população de, no mínimo, cinco indivíduos por variável do instrumento, portanto, o total de 20 variáveis, requer no mínimo 100 participantes (HONGYU, 2018).

Foram incluídos no estudo profissionais da área da saúde lotados em unidade de pronto socorro no hospital público da Região Leste - Paranoá gerido pela SES-DF; aceitar participar de forma voluntária do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos do estudo profissionais que estavam lotados há menos de três meses em uma unidade de pronto socorro.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista e aplicação do questionário EJARCI (Anexo 1). O questionário apresenta uma variação ordinal de concordância/discordância de tipo Likert, com sete níveis – sendo que um (1) representa o menor nível, discordo completamente, e sete (7) o maior nível, concordo completamente (HOJAT *et al.*, 2015). A aplicação do questionário foi realizada pelo pesquisador principal, em um ambiente controlado do hospital regional da região Leste - Paranoá-DF, no período de 01 de maio até dia 30 de junho de 2020.

Este estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (RESOLUÇÃO N° 466, de 12 de DEZEMBRO de 2012 do Conselho Nacional de Saúde), submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP-FEPECS), CAAE 44106221.0.0000.5553, sob o número de aprovação 4.688.968.

As variáveis foram inseridas e tabuladas em um banco de dados específico, no *software* Microsoft Excel® 2019, licenciado para o pesquisador. As variáveis numéricas foram apresentadas em médias, medianas e desvio-padrões e, as variáveis categóricas em frequência absoluta

e porcentagens. Para avaliar as relações das variáveis, foi utilizado o software SPSS® versão 24; além da Análise de Variância (ANOVA), para avaliar afirmações sobre as médias de populações, sendo este dependente de um teste de distribuição de normalidade. Para isso, também foi utilizado o teste de Levene para analisar a homogeneidade dos dados.

Equação para cálculo de Levene:

$$e_{ij} = Y_{ij} - \bar{y}_i$$

Para observar se a escala EJARCI seria adequada para o setor de urgência e emergência, utilizou-se o método de Alfa de Cronbach.

Equação para cálculo de Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_i V_i}{V_t} \right)$$

Onde:

n - número de itens da escala

V_i - variância de cada item

V_t - variância total dos n itens

3. RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 107 participantes, sendo 67,29% do sexo feminino e 32,71% do sexo masculino, com média de idade de $35 \pm 7,17$ anos (Tabela 1).

A média do escore total na escala foi de $124,29 \pm 11,8$ pontos e mediana de 125 pontos, indicando 88% de concordância com atitudes mais positivas. Analisando a pontuação média obtida através da divisão por sexo, observou-se que os resultados médios foram similares (feminino $124,18 \pm 13,34$, masculino $124,54 \pm 7,92$).

Tabela 1 – Características gerais da amostra

Idade	Sexo	Frequência (%)	Pontuação média \pm DP*
$35 \pm (7,17)$	Feminino	72 (67,29)	$124,18 \pm 13,34$ $124,54 \pm 7,92$
	Masculino	35 (32,71)	$124,18 \pm 13,34$ $124,54 \pm 7,92$

Legenda: DP = Desvio Padrão. **Fonte:** Autoria própria, 2021.

Dentre as categorias de profissionais, 46,73% da amostra foi composta por técnicos de enfermagem, 25,23% por enfermeiros, 15,89% por médicos, 7,48% por fisioterapeutas e 4,67% por nutricionistas (Tabela 2). Sendo a soma da pontuação média dos itens por profissão de-

monstrando que os nutricionistas apresentaram menor pontuação para atitudes relacionadas à colaboração interprofissional ($122,66 \pm 10,38$), e os médicos foram os que apresentaram maior pontuação ($127,88 \pm 9,73$), porém, apesar do valor médio apresentar heterogeneidade entre as profissões, não há discrepância significativa ($p > 0,05$).

O resultado de ANOVA apresentou resultado $p = 0,68$, demonstrando que não há diferença significativa relacionado às atitudes colaborativas entre as classes profissionais. Independentemente da profissão, todos possuem níveis semelhantes de interação interprofissional.

Tabela 2 – Resultados obtidos através da escala EJARCI distribuídos em grupos simples.

Profissionais	Frequência (%)	Média \pm DP	Valor de p
Técnico/auxiliar de enfermagem	50 (46,73%)	123 \pm 12,96	0,68
Enfermagem	27 (25,23%)	124,77 \pm 11,84	
Medicina	17 (15,89%)	127,88 \pm 9,73	
Fisioterapia	8 (7,48%)	124,25 \pm 9,46	
Nutrição	5 (4,67%)	122,66 \pm 10,38	

Legenda: % = Porcentagem; DP = Desvio padrão. **Fonte:** Autoria própria, 2021.

Na Tabela 3, são apresentadas as medidas de frequência e dispersão para cada um dos 20 itens da escala.

Após análise das respostas obtidas nas 107 escalas aplicadas, o valor do Alfa de Cronbach calculado foi de 0,75 (75%), demonstrando resultado substancial e, que os itens da pesquisa medem a mesma habilidade/característica.

Os itens 3, 15 e 19 foram os que apresentaram menor média de concordância, sendo esses que apresentaram afirmações negativas, e os itens 1, 7, 10 e 11 foram os que apresentaram maior conformidades entre os indivíduos.

4. DISCUSSÃO

Avaliando a consistência interna da escala aplicada - a EJARCI - foi utilizado o teste Alfa de Cronbach. Freitas e Rodrigues (2005), sugerem a classificação da confiabilidade do coeficiente alfa de Cronbach de acordo com os seguintes limites: $\alpha \leq 0,30$ – Muito baixa; $0,30 < \alpha \leq 0,60$ - Baixa; $0,60 < \alpha \leq 0,75$ - Moderada; $0,75 < \alpha \leq 0,90$ - Alta; $\alpha > 0,90$ – Muito alta. Sendo, o valor mínimo aceitável para o alfa = 0,70.

No presente estudo, o valor total de α para o instrumento foi de 0,75, demonstrando resultado moderado a alto. Este resultado corrobora com os achados de Durans *et al.* (2021), que estudou 173 profissionais de saúde da Atenção Primária, e obteve um valor de $\alpha = 0,87$. Já a amostra de Freire Filho *et al.* (2018), composta por 63 profissionais, e Abed (2015), composta por 128 profissionais, ambos de equipes da saúde da família, apresentaram valor de $\alpha = 0,71$.

Da mesma forma, Suh *et al.* (2012) e Hojat *et al.* (2002), que avaliaram 229 e 704 médicos, obtiveram valor de $\alpha = 0,84$ e $\alpha = 0,81$, respectivamente. Por fim, Di Lillo *et al.* (2009), que também avaliou uma amostra de médicos ($n = 289$), obteve valor de $\alpha = 0,85$.

Ao avaliar os itens baseados na concordância, o presente estudo observou que os itens 1, 7, 10 e 11 foram os que apresentaram maior conformidades entre os indivíduos. Resultado similar foi observado em Durans *et al.* (2021), que demonstrou maior concordância nos itens 1 e 10, e em Abed (2015), com o item 10. Em contrapartida, os itens 3, 15 e 19 foram os que apresentaram menor média de concordância no nosso estudo. O que também está de acordo com os achados de Abed (2015), que também observou piores resultados para os mesmos itens. Enquanto que em Durans *et al.* (2021) o menor resultado foi observado no item 15. Isso pode ser explicado por esses itens apresentarem afirmações negativas, o que pode ter gerado algum equívoco na hora da marcação dos participantes.

Ainda, analisando o perfil da amostra, observou-se resultados similares ao de Freire Filho *et al.* (2018), que avaliou 63 profissionais, dos quais 88,9% eram mulheres, com média de idade de 38,6 anos ($\pm 9,04$) e de Durans *et al.* (2021), realizado com 173 profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde, onde a maioria pesquisada era do sexo feminino ($n=110$), com média de idade de 36,3 anos no total. Da mesma forma, Abed (2015), que também avaliou profissionais atuantes da atenção primária, obteve população amostral mais predominante para o sexo feminino (107 mulheres e 21 homens), com média de idade $41,19 \pm 9,6$ anos,

Em contrapartida, o estudo de Suh *et al.* (2012), que avaliou 229 médicos obteve população amostral mais predominante para o sexo masculino (126 homens, 103 mulheres), com idade média de $28,1 \text{ anos} \pm 3,28$. Resultado este que está em concordância com outro estudo internacional (DI LILLO *et al.*, 2009), que aplicou a escala em 289 médicos, sendo 229 homens e 60 mulheres, com idade média de $48,7 \pm 8,08$ anos.

Comparativamente aos profissionais avaliados em outros estudos nacionais, que contavam com uma variedade maior de profissões dentro da Atenção Básica (ABED, 2015; DURANS *et al.*, 2021; FREIRE FILHO *et al.*, 2018), o presente estudo contou com respostas de técnico/auxiliar de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, que são os profissionais mais presentes dentro do ambiente de Urgência e Emergência.

Apesar de ser composto por importante variabilidade de profissionais e de não haver no hospital em questão ações de educação permanente em saúde com foco na colaboração multiprofissional, os resultados obtidos demonstram que a média dos itens foram satisfatórios (média de 124,29, mediana de 125 e pontuação variando de 56 a 140), com alta taxa de concordância (88%) com as práticas colaborativas interprofissionais.

Corroborando com os achados, o somatório dos itens obtidos no estudo Freire Filho *et al.* (2018) variou de 88 a 139 pontos, com mediana de 121, que também evidenciou comportamento positivo quanto às práticas colaborativas interprofissionais. Em contrapartida, Suh *et al.* (2012), apresentou pontuação avaliada pela EJARCI, variando de 59 a 135 pontos, com

mediana de 99 demonstrando menor concordância entre os profissionais avaliados em relação a tais práticas colaborativas.

Suryanto, Plummer e Copnell (2016), ao investigar a colaboração entre enfermeiros e médicos, em um estudo realizado no departamento de emergência de um hospital da Indonésia, observaram que as atitudes colaborativas em relação às duas profissões devem ser reforçadas. Os autores sugerem, que a promoção do trabalho em equipe e a instituição de ações de educação permanente em saúde com foco na colaboração interprofissional, podem ser soluções para melhorar o relacionamento, não só entre enfermeiros e médicos, mas também com os demais profissionais de saúde.

Supper *et al.* (2014) verificou como principais facilitadores para a colaboração interprofissional, além da promoção do trabalho em equipe e de ações educativas *in loco*, o interesse comum dos diferentes atores na prática, percebendo oportunidades para melhorar a qualidade da atenção e o desenvolvimento de novos campos profissionais. Schot, Tummers e Noordegraaf (2020), por meio de um estudo de revisão, pontuou que as práticas colaborativas podem contribuir para melhor cuidado em saúde sendo a colaboração interprofissional baseada em esforços originados por parte dos profissionais envolvidos nas equipes independente dos subsetores que estejam, tais conceitos puderem ser vistos na unidade pesquisada sendo esses fatores resultados de reuniões científicas multidisciplinares frequentes, presença de programas de residência multiprofissional em urgência e graduandos de diversos cursos.

Estudos que avaliem a prática colaborativa em saúde, incluindo profissionais que atuam em unidades de urgência e emergência, devem ser incentivados. Schot, Tummers e Noordegraaf (2020) enfatizam a importância de estudar as práticas diárias colaborativas dos profissionais e efetuar mudanças por meio do trabalho global e diário. Tais autores sugerem três fatores que podem ser decisivos para otimizar as práticas colaborativas em equipe: o preenchimento de lacunas acerca de perspectivas profissionais, sociais, divisões comunicacionais e divisões de tarefas; a negociação de sobreposições relacionadas às funções de trabalho, responsabilidades em geral mesmo durante os processos de atendimento individual; a criação de espaços organizacionais para colaboração, otimizando arranjos organizacionais existentes.

5. CONCLUSÃO

Tendo em vista que práticas colaborativas são realidade nos ambientes de urgência e emergência, devido a necessidade de divisão de responsabilidades e associação de cuidados, o presente estudo observou que apesar dos profissionais nutricionistas apresentarem média de escore menor e, os profissionais médicos a maior, a análise demonstra que o nível de concordância da amostra foi satisfatório, e que não houveram diferenças estatísticas quanto às classes profissionais, evidenciando nível positivo e semelhante de capacidade colaborativa.

A principal limitação encontrada foi a escassez de estudos voltados à práticas colaborativas interprofissionais que utilizem a escala EJARCI, no âmbito de urgência e emergência, o que dificultou a comparação direta dos resultados obtidos. Sugere-se mais estudos com esse tema que tem sido vastamente difundido mundialmente.

6. REFERÊNCIAS

ABED, M. M. **Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica**, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

D'AMOUR, *et al.* **The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks**, *Journal of interprofessional care*, v. 19, n. sup1, p. 116–131, 2005.

DI LILLO, *et al.* **The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians**, *Academic Medicine*, v. 84, n. 9, p. 1198–1202, 2009.

DURANS, *et al.* **Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde**, *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e57110413392, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.13392.

FREIRE FILHO, *et al.* **Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos**, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, ago. 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2731.3018.

FREITAS, A. L. P., RODRIGUES, S. G. **A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach**, in XII SIMPEP, 2005.

HOJAT, M., *et al.* **Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships**, *International journal of nursing studies*, v. 40, n. 4, p. 427–435, 2003.

HOJAT, *et al.* **Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty**, *The American journal of psychiatry*, v. 159, n. 9, p. 1563–1569, set. 2002. DOI: 10.1176/APPI.AJP.159.9.1563.

HOJAT, *et al.* **The Jefferson scale of attitudes toward interprofessional collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data**, *Journal of Interprofessional Care*, v. 29, n. 3, p. 238–244, 2015.

HONGYU, K. **Análise Fatorial Exploratória: resumo teórico, aplicação e interpretação**, *E&S Engineering and Science*, v. 7, n. 4, p. 88–103, 2018.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 4, n. 6, 2000.

PEDUZZI, M., *et al.* **Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional**, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 629–646, 2011. DOI: 10.1590/S0103-73312011000200015.

REEVES, S. **Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 20, p. 185-197, 2016.

SCHOT, E., TUMMERS, L., NOORDEGRAAF, M. **Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration**, *Journal of Interprofessional Care*, v. 34, n. 3, p. 332–342, 2020.

SUH, D. H., *et al.* **The Jefferson Scale of Physician Empathy: A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians**, *Medical Teacher*, v. 34, n. 6, 2012. DOI: 10.3109/0142159X.2012.668632.

SUPPER, I., *et al.* **Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors**, *Journal of public health (Oxford, England)*, v. 37, n. 4, p. 716–727, 2014. DOI: 10.1093/PUBMED/FDU102.

SURYANTO, PLUMMER, V., COPNELL, B. **Collaboration between nurses and physicians in an Indonesian Emergency Department**, *Australasian Emergency Nursing Journal*, v. 19, n. 2, p. 82–89, maio 2016. DOI: 10.1016/J.AENJ.2016.04.001.

WHO. **A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**, *Journal of Allied Health*, v. 39, n. SUPPL. 1, p. 196–197, 2010.

WHO Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, *International Conference on Primary Health Care (Alma-Ata, USSR)*, 1978.