

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO E A EDUCAÇÃO
INTERPROFISSIONAL NA SALA DE EMERGÊNCIA**

ALFENAS/MG

2024

JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO

**PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO E A EDUCAÇÃO
INTERPROFISSIONAL NA SALA DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas - Minas Gerais. Linha de pesquisa: Gestão em serviços em saúde e educação.
Orientador: Prof. Dr. Rogério Silva Lima

ALFENA/MG

2024

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Araújo, José César de.

Percepções da equipe de saúde sobre o trabalho e a educação interprofissional na sala de emergência / José César de Araújo. - Alfenas, MG, 2024.

102 f. : il. -

Orientador(a): Rogério Silva Lima.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2024.

Bibliografia.

1. Educação Interprofissional. 2. Equipe de Enfermagem. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Serviços Médicos de Emergência. I. Lima, Rogério Silva, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO

PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO E A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SALA DE EMERGÊNCIA

O Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 28 de fevereiro de 2024.

Prof. Dr. Rogério Silva Lima
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Geisa Colebrusco de Souza
Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Silva Lima, Presidente**, em 28/02/2024, às 10:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1185509** e o código CRC **9F430DE4**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força interior que ele me concedeu, capacitando-me a superar desafios e perseverar na busca do conhecimento, cuja presença constante foi a luz que iluminou meu caminho durante este processo.

A minha esposa, Joana, por sua paciência infinita durante todas as etapas desta pesquisa.

Aos meus filhos, Kaio e Júlia, por sua incrível compreensão e paciência durante os momentos em que minhas atenções estavam voltadas para os estudos e por serem uma fonte constante de inspiração.

Ao meu orientador Prof.^o Dr. Rogério Silva Lima, pelo apoio, compreensão, disponibilidade constante respondendo às minhas dúvidas e por sua influência positiva em minha trajetória acadêmica, moldando meu pensamento e desenvolvimento como pesquisador.

Aos membros da Banca Examinadora Prof.^a Dr.^a. Silvana Maria Coelho Leite Fava e Dr.^a. Geisa Colebrusco de Souza Gonçalves, pela sua notável expertise e experiência, refletidas nas observações perspicazes que enriqueceram aos resultados desta dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, cujas influências se entrelaçaram para formar uma compreensão mais abrangente e integrada no conhecimento e na pesquisa.

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

RESUMO

A sociedade atual enfrenta desafios de saúde complexos, como doenças crônicas, envelhecimento da população e serviços de emergência sobrecarregados, o que dificulta a implementação de modelos de produção de serviços de saúde mais efetivos. A Educação e o trabalho Interprofissional são essenciais para melhorar a qualidade do atendimento e pode contribuir para avanços nos sistemas, mas sua implementação se defronta com obstáculos. Este estudo tem por objetivo compreender as percepções dos profissionais da equipe de saúde atuantes no pronto-socorro sobre o trabalho e a educação interprofissional. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, analítica, pautado no referencial teórico da abordagem histórico-cultural, proposta por Vigotski. A pesquisa foi realizada no pronto socorro, em uma sala vermelha de um hospital de grande porte, de natureza pública. Integraram o estudo 28 participantes, entrevistados por meio de um roteiro-semiestruturado, entre os meses de dezembro de 2022 a março de 2023. A entrevista foi gravada em áudio, transcrita na íntegra. Os dados foram analisados por meio da Análise Temática Reflexiva. A pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, sob parecer nº 5.759.746, (CAAE:63121722.4.0000.5142). Construiu-se dois temas: “Ninguém trabalha sozinho na emergência: uma interação obrigatória pela natureza do trabalho”, com dois subtemas, “O (des)conhecimento do papel do outro em um espaço de hierarquias” e “A comunicação: ferramenta indispensável para o trabalho interprofissional no Pronto-socorro”; “Aprendendo a trabalhar em equipe no dia a dia e superando as falhas na formação uniprofissional”, com os subtemas: “Trabalho interprofissional: processo de troca de conhecimento e aprendizado contínuo com o outro”, “Estratégias possíveis mas nem sempre realizadas na formação continuada”. As percepções dos participantes acerca do trabalho e da educação interprofissional são fortemente moldadas pelas condições materiais que possibilitam o próprio exercício laboral e matizam as possibilidades de interação na sala vermelha, cenário este em que ocorre a colaboração interprofissional, influenciando substancialmente a eficácia e a dinâmica desse espaço. Os profissionais reconhecem que o trabalho interprofissional é uma realidade necessária para atender às demandas do processo laboral na emergência. Atestam que as condições laborais, particularmente a sobrecarga e a hierarquia, influenciam as possibilidades de colaboração entre os profissionais. Ressalta-se a necessidade de reformular modelos educacionais para melhor preparar os profissionais para a atuação interprofissional, haja vista que, no cenário da formação inicial e continuada para o trabalho na emergência, a educação interprofissional nem sempre é objeto de destaque.

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Equipe de Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Contemporary society faces complex health challenges such as chronic diseases, an aging population, and overloaded emergency services, hindering the implementation of more effective health service production models. Interprofessional education and work are essential for improving the quality of care and can contribute to advancements in systems, but their implementation encounters obstacles. This study aims to understand the perceptions of healthcare professionals working in the emergency department regarding interprofessional work and education. It is a qualitative, analytical study based on the theoretical framework of the historical-cultural approach proposed by Vygotsky. The research was conducted in the emergency department, specifically in a critical care area of a large public hospital. The study included 28 participants interviewed using a semi-structured script from December 2022 to March 2023. The interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. Data were analyzed through Reflective Thematic Analysis. The research received approval from the Ethics and Research Committee, opinion number 5.759.746, (CAAE: 63121722.4.0000.5142). Two themes were identified: "Nobody works alone in the emergency department: mandatory interaction due to the nature of the work", with two sub-themes, "The (un)awareness of each other's roles in a hierarchical space" and "Communication: an indispensable tool for interprofessional work in the emergency department"; "Learning to work as a team in daily practice and overcoming shortcomings in uniprofessional training", with sub-themes: "Interprofessional work: a process of knowledge exchange and continuous learning from each other" and "Possible but not always implemented strategies in continuing education". Participants' perceptions of interprofessional work and education are strongly shaped by the material conditions that enable their own work and color the possibilities of interaction in the critical care area, a scenario where interprofessional collaboration takes place, substantially influencing its effectiveness and dynamics. Professionals recognize that interprofessional work is a necessary reality to meet the demands of emergency labor processes. They acknowledge that working conditions, particularly overload and hierarchy, influence the possibilities of collaboration among professionals. There is a need to reformulate educational models to better prepare professionals for interprofessional practice, considering that interprofessional education is not always emphasized in the context of initial and continuing education for emergency work.

Keywords: Interprofessional Education; Nursing Team; Patient Care Team; Emergency Medical Services.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Mapa Temático: percepções da equipe de saúde sobre o trabalho e a educação interprofissional na sala de emergência..... 48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Conceitos associados ao trabalho interprofissional	30
Quadro 2 -	Informações sociodemográficas dos participantes da pesquisa.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa. Caruaru, PE, 2023. (n=28)	50
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Análise Temática
CAIPE	<i>Centre For the Advancement of Interprofessional Education</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIHC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EIP	Educação Interprofissional
FPS	Funções Psicológicas Superiores
IPEC	<i>Interprofessional Education Collaborative</i>
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PS	Pronto-socorro
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SHE	Serviço Hospitalar de Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	OBJETIVO GERAL.....	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
4.1	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	23
4.2	TRABALHO INTERPROFISSIONAL, EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA.....	25
4.3	TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA EMERGÊNCIA.....	32
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	36
6	MÉTODO.....	42
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	42
6.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	42
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	43
6.4	COLETA DE DADOS.....	44
6.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	46
6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	49
7	RESULTADOS.....	50
7.1	NINGUÉM TRABALHA SOZINHO NA EMERGÊNCIA: UMA INTERAÇÃO OBRIGATÓRIA PELA NATUREZA DO TRABALHO.....	50
7.1.2	O (des)conhecimento do papel do outro em um espaço de hierarquias	53
7.1.3	A comunicação: ferramenta indispensável para o trabalho interprofissional no pronto-socorro.....	56
7.2	APRENDENDO A TRABALHAR EM EQUIPE NO DIA A DIA E SUPERANDO AS FALHAS NA FORMAÇÃO UNIPROFISSIONAL.....	57
7.2.1	Trabalho interprofissional: processo de troca de conhecimento e aprendizado contínuo com o outro.....	58
7.2.2	Estratégias possíveis mas nem sempre realizadas na formação continuada	59
8	DISCUSSÃO.....	62

8.1	NINGUÉM TRABALHA SOZINHO NA EMERGÊNCIA: UMA INTERAÇÃO OBRIGATÓRIA PELA NATUREZA DO TRABALHO.....	62
8.1.2	O (des)conhecimento do papel do outro em um espaço de hierarquias	65
8.1.3	A comunicação: ferramenta indispensável para o trabalho interprofissional no pronto-socorro.....	68
8.2	APRENDENDO A TRABALHAR EM EQUIPE NO DIA A DIA E SUPERANDO AS FALHAS NA FORMAÇÃO UNIPROFISSIONAL.....	70
8.2.1	Trabalho interprofissional: processo de troca de conhecimento e aprendizado contínuo com o outro.....	73
8.2.2	Estratégias possíveis mas nem sempre realizadas na formação continuada.....	74
9	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E CONTRIBUIÇÕES PARA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EMSAÚDE.....	77
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
	REFERÊNCIAS.....	79
	APÊNDICE.....	89
	ANEXO.....	95

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha trajetória acadêmica em 2016, na Universidade Maurício de Nassau, em Pernambuco, cursando o bacharelado em enfermagem. O curso era composto por dez semestres, minha formação seguiu o modelo tradicional de ensino, no qual os alunos eram treinados em classes profissionais separadamente, sem interações com estudantes de outras áreas. Embora tenhamos adquirido conhecimentos teóricos dentro de nossas disciplinas específicas, essa abordagem deixou uma lacuna importante em nossa formação, como a falta de treinamento e ensinamentos sobre colaboração interprofissional.

À medida que avançava no curso, tornou-se evidente que a realidade da prática profissional na área de saúde exigia a colaboração eficaz entre os profissionais de diferentes áreas.

Quando iniciei o processo de ingresso no mestrado, foi-me apresentado este tema, que embora representasse um problema que já havia vivenciado, não tive a oportunidade de analisar em profundidade. Assim, pesquisei a respeito da educação interprofissional e várias reflexões despontaram-se: como os profissionais no pronto-socorro aprendem a lidarem equipe? Tendo em vista, que muitos não recebem esse enfoque durante a formação, como essas práticas são aprendidas e como acontece o processo do desempenho de trabalho em equipe ao longo da carreira?

Compreender esse processo pode ajudar a identificar como a formação pode ser aprimorada, contribuindo assim para um atendimento de saúde mais eficaz e centrado no paciente. A colaboração interprofissional não deve ser uma habilidade adquirida apenas no campo de trabalho, ao contrário, deve fazer parte também da formação de todos os estudantes de saúde desde o início da formação.

1 INTRODUÇÃO

A sociedade, na atualidade, vivencia uma tripla carga de exigência e problemas de saúde: aspectos epidemiológicos, transformações demográficas e a incorporação de agravos extrínsecos, tais como acidentes, violências, mortes não intencionais, agudização das doenças crônicas, específico das mudanças culturais e sociais. Esse panorama evidencia as dificuldades de se entender as necessidades de saúde, que cada vez mais apresentam complexidade diante de modelos de produção dos serviços de saúde. Nessa direção, demanda-se profissionais eficientes, com disponibilidade para a prestação de serviços em saúde de maneira integral, com maior valorização e incorporação da colaboração interprofissional (Freire Filho *et al.*, 2019).

De fato, diversos fatores têm contribuído para aumento da complexidade da assistência à saúde e defrontado os profissionais e serviços com desafio de garantir assistência qualificada. Como exemplo, destacam-se as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas por um conjunto de múltiplos fatores de risco que resultam em incapacidades funcionais e impactam seriamente no sistema de saúde, particularmente no Brasil (Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

Ressalta-se que as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), correspondem mais da metade de mortes no Brasil. Em 2019, as DANT representaram 54,7% do total de óbitos registrados e 11,5% dos agravos, configurando-se como maioria dentre as causas de morbimortalidade no país, com evidente impacto econômico (Brasil, 2021).

Constata-se o descompasso da capacidade de soluções entre os sistemas de saúde e as demandas epidemiológicas e evidência-se a necessidade de diferentes profissionais e redes de serviços para atendimento quantitativamente e qualitativamente adequado (Jesus *et al.*, 2018).

Concomitantemente, destaca-se o processo de envelhecimento populacional, no Brasil e no mundo, ao longo do século XXI. Esse aspecto tem ocasionado importantes repercussões nos sistemas de saúde, haja vista que o processo de senescência favorece o surgimento de DCNT (Alves; Santos; Duarte, 2021).

Nessa perspectiva, os serviços de saúde se ressentem do aumento da procura, que nem sempre é acompanhada pelo aumento do financiamento, com consequente ampliação da oferta. O Serviço Hospitalar de Emergência (SHE),

particularmente, defronta-se com um cenário preocupante, pois apesar da implantação de protocolos, dos avanços na assistência oferecida e das políticas de estruturação do atendimento, ainda apresenta fragilidades, especialmente relacionadas à demanda constante por atendimento e a falta de leitos. Estas peculiaridades impactam diretamente na permanência dos pacientes nos leitos para a assistência de cuidados, sobrecarregando os serviços de emergência (Rabelo, 2020).

Os serviços de emergências são complexos e exigem dos profissionais de saúde autodomínio e amplo conhecimento científico para viabilizar uma resposta rápida para atender as necessidades particulares de cada paciente. A alta demanda e o ambiente de estresse, comum dos serviços de emergências, podem provocar o desequilíbrio entre as necessidades psicológicas e o controle sobre o processo de trabalho resulta em tensão e desencadeia o estresse, atribuído às más condições de trabalho e relações interpessoais conflituosas (Honorato; Machado, 2019).

Para que a assistência nos serviços de emergência seja prestada de modo mais harmônico, é necessário que os profissionais de saúde tenham condições favoráveis no ambiente de trabalho (Rabelo, 2020).

Considerando a importância da área da urgência e emergência como componente da assistência em saúde, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, municípios e Distrito Federal publicou a Portaria GM de nº 2.048/2002, que compõe a regulação técnica dos sistemas de urgências e emergências, estabelecendo normas para o funcionamento dos eixos de atendimento: atendimento pré-hospitalar móvel, caracterizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atendimento pré-hospitalar fixo, a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), atendimento hospitalar, representado pelas portas hospitalares de emergência (Brasil, 2002).

O pronto-socorro (PS) é uma unidade do hospital, responsável por prestar assistência a pacientes externos, com ou sem risco de morte, dedica-se para o atendimento imediato, com funcionamento nas 24 horas do dia, sete dias na semana. As unidades de pronto-socorro são estruturadas para prestar assistência adequada em situações de urgência, caracterizadas por ocorrências de agravo a saúde, que requeiram atendimento rápido, no entanto, sem risco de morte imediato, ou à situações de emergência, que implicam no sofrimento intenso e apresentam risco de morte iminente (Brasil, 2014).

Para o atendimento das demandas e das especificidades do cuidado de pessoas que buscam pelos serviços de emergência, novos desafios são postos às profissões, e portanto, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), nos variados níveis de atenção, iniciou novos desafios para as profissões que o integram, e conseqüentemente, para o campo da educação e formação dos profissionais que nele atuam. Espera-se que as instituições educacionais formem os profissionais para executarem o seu trabalho no contexto do SUS, de modo coerente com os pressupostos éticos e políticos, e que atendam às necessidades dos serviços de saúde, bem como ofereçam uma atenção de qualidade e segura para os usuários do sistema. Em meio a tais transformações, cabe evidenciar a necessidade de um melhor entrosamento da equipe de saúde, o que requer a promoção da prática interprofissional nas equipes de saúde (Santos; Mishima; Merhy, 2018).

Se por um lado a formação dos profissionais de saúde tem o potencial de incluir estudantes de diversas áreas, por outro, no entanto, observa-se uma realidade marcada por divisões no trabalho e poucas iniciativas que estimulem, já na academia, a construção de capacidade para um trabalho colaborativo (Costa; Azevedo; Vilar, 2019).

Considera-se que as iniciativas para superação desses problemas, bem como para o estabelecimento de melhor colaboração no trabalho entre diferentes profissionais e maior integração dos serviços em saúde, entre os distintos níveis de complexidade, despontam-se com prioridade (Freire Filho *et al.*, 2019).

Segundo Reeves (2016), a Educação Interprofissional (EIP) é definida como o processo em que estudantes de duas ou mais profissões, aprendem umas com as outras, de modo que melhore a colaboração e a qualidade do cuidado prestado em saúde. A EIP fundamenta-se em marcos teórico-conceituais e metodológicos eficazes para ajudar no processo de redirecionamento da formação e trabalho na saúde.

O debate a respeito da EIP é relativamente recente, remete à década de 1960, no Reino Unido, como a gênese das primeiras iniciativas de sistematizar os pressupostos, processo esse fortemente atrelado ao debate sobre a carência de encontrar métodos educacionais para superar uma fragmentação histórica do trabalho em saúde e suas conseqüências para os pacientes (Freire Filho *et al.*, 2019).

A articulação de atividades interprofissionais permite o aprendizado em conjunto de competências necessárias para o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa. Na maioria das instituições formadoras em saúde, todavia, tanto os professores como os alunos tendem a valorizar o que é específico do exercício uniprofissional, secundarizando aspectos que se dão nas relações entre as profissões e que também incidem nos resultados assistenciais. Portanto, entende-se que é insuficiente limitar a formação profissional de saúde à sua área específica, tendo em vista que as diferenças dos saberes e das práticas profissionais permitem que cada profissão colabore com suas experiências referentes ao reconhecimento e resposta das necessidades de saúde (Peduzzi, 2016; Silva *et al.*, 2019).

No Brasil, a EIP representa um tema que precisa ser aprofundado, inclusive porque é um caminho para o fortalecimento do SUS. Para o avanço nessa esfera, foi estabelecido o Plano de Ação de Fortalecimento de Educação Interprofissional no Brasil 2017-2018. Este plano é composto por cinco estratégias, a saber: fortalecimento da EIP como dispositivo para a reorientação da graduação em saúde; levantamento das iniciativas de educação interprofissional no Brasil; desenvolvimento docente para a EIP; fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP e educação interprofissional nos espaços de educação permanente em saúde (Brasil, 2017).

O referido plano tem como objetivo promover o trabalho como pressuposto formativo, com a integração ensino-serviço-comunidade, e a condução de mudanças na formação profissional dos trabalhadores de saúde a partir da incorporação sistematizada dos elementos metodológicos e teóricos da educação interprofissional (Ogata *et al.*, 2021).

Muito embora se reconheça que a EIP é um caminho necessário para melhoria da atenção em saúde, nos diversos níveis do sistema, no contexto das emergências, a equipe interprofissional no cotidiano do trabalho se depara com dificuldades, como a hierarquização e entraves na construção de relacionamentos interpessoais, que oportunizem o desenvolvimento de habilidades para o trabalho efetivo em equipe (Rossit *et al.*, 2018).

Nessa direção, Miorinet *al.* (2020) e Rossit *et al.* (2018) também asseguram que a articulação interprofissional encontra desafios que perpassam a hierarquização e a priorização do conhecimento específico de cada profissão, em

detrimento de espaços interdisciplinares e interprofissionais, que potencializem a comunicação e o compartilhamento de objetivos.

Denota-se a necessidade de processos que contribuam para a reorganização do trabalho nos serviços de emergência, que auxiliem na construção de um novo modelo de interação interprofissional, pautado na comunicação, cooperação, interação e tomada de decisões compartilhada entre a equipe de saúde, que possibilitem a redução de conflitos e produzam maior flexibilidade. O alcance desses objetivos passa pela educação interprofissional, para que os profissionais atuem frente as demandas complexas, com práticas seguras, satisfatórias e de melhor qualidade (Fernandes *et al.*, 2021).

Destarte, a educação interprofissional visa promover aos profissionais de saúde inseridos nos serviços a aprendizagem de forma colaborativa. Neste sentido, o Sistema Único de Saúde é interprofissional, um espaço de atenção que propõe que os serviços de saúde pautem-se na educação profissional e no controle social, e sejam regidos pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação (Peduzzi, 2016).

Esse panorama provoca reflexões que podem ser traduzidas pelos seguintes questionamentos: se os serviços de emergência demandam profissionais que trabalhem de forma colaborativa e as formações são predominantemente de foco uniprofissional, como ocorre a aprendizagem do trabalho interprofissional no cotidiano do trabalho? Como os profissionais percebem a interprofissionalidade no trabalho e a educação interprofissional? Quais as contribuições da formação inicial e permanente para o trabalho que hoje realizam no pronto-socorro?

Do cenário delineado, pode-se depreender que a melhoria do processo de trabalho nos serviços de emergência, que dê conta dos prementes desafios elucidados acima, requer estratégias de educação interprofissional, que possibilitem aos profissionais de saúde aprenderem com seus pares e desenvolverem suas competências de modo integrado. Muito embora a literatura seja consoante em apresentar evidências de que é necessário proporcionar esses espaços, sabe-se que na realidade da maioria dos serviços de saúde, particularmente as emergências hospitalares de natureza pública, isso é uma questão de difícil materialização, por diversos intervenientes.

Dessa forma, considera-se relevante conhecer, na perspectiva dos profissionais que integram as equipes de emergência, como tem ocorrido, ou não, o aprendizado do trabalho interprofissional no cotidiano do exercício laboral.

2 JUSTIFICATIVA

O SUS nos últimos anos tem alçado importantes transformações e conquistas. Baseando-se em princípios que expressam a intencionalidade de intervir na realidade da saúde das pessoas, em direção de assegurar a diminuição das desigualdades sociais, e aumentar a resolutividade de ações. Esses avanços, naturalmente, são influenciados pelas transformações que tem ocorrido na formação dos profissionais de saúde (Santos; Simonetti; Cyrino, 2018).

Se por um lado, estudos como o de Reeves *et al.* (2013), destacam evidências de que a educação interprofissional é uma ferramenta para a satisfação dos usuários nos serviços de saúde, porque qualificam a assistência, potencializam a participação nos processos de decisões nas práticas clínicas, reduzem as taxas de riscos e elevam o desempenho da prática colaborativa, por outro lado, existem entraves para conseguir operacionalizar, na realidade dos serviços, estratégias de educação interprofissional que impliquem em transformações dos processos e das relações (Freire Filho *et al.*, 2019). Talvez, isso se relacione ao fato de que no processo de educar e aprender é imprescindível a pessoa humana, que em seu contexto sociocultural apropria-se dos elementos que lhe são apresentados e pode, ou não, reposicionar seus comportamentos e atitudes em face ao novo fenômeno.

Daí, portanto, são necessários estudos que proporcionem espaços de reflexão e diálogo com os profissionais atuantes nos serviços de emergência, para que seja possível potencializar as estratégias de EIP, sem desconsiderar a realidade onde os saberes e práticas desses profissionais se materializam.

Mesmo porque, a reflexão sobre a educação e a prática colaborativa no pronto-socorro é um caminho capaz de reposicionar o usuário como centro da assistência, no planejamento e na execução de ações em saúde, apresentando-se, assim, coerente com os princípios do SUS, que implicam respostas efetivas para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde, que por sua complexidade precisam de múltiplos olhares.

À vista disso, justifica-se a importância de pesquisar, na perspectiva dos profissionais, a educação interprofissional e sua articulação com o trabalho interprofissional no pronto-socorro.

Verifica-se na localidade, Oeste de Pernambuco, escassez de pesquisas que abordem educação interprofissional e prática interprofissional nos serviços de

pronto-socorro, na ótica dos profissionais atuantes. Dessa forma, este estudo dedica-se a explorar e compreender a realidade, reconhecendo que a produção de conhecimento relevante passa pelo olhar atento às realidades mesmas onde ocorre a vida.

Espera-se que os resultados contribuam para o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a melhoria na colaboração Interprofissional, com consequente avanço na qualidade da assistência.

Além disso, espera-se que os resultados obtidos contribuam também para o avanço do conhecimento científico, tendo em vista que os estudos que exploram as percepções dos atores envolvidos nos serviços de emergência, no contexto nacional, são incipientes.

Por conseguinte, o estudo visa contribuir para uma melhor interação entre profissionais de saúde nos serviços de pronto-socorro, de forma efetiva e planejada, estabelecendo uma melhor colaboração interprofissional no trabalho, aumentando a qualidade do cuidado em saúde.

3 OBJETIVOS

Dessa forma, estabeleceu-se para este trabalho os seguintes objetivos:

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as percepções dos profissionais da equipe de saúde atuantes no pronto-socorro sobre o trabalho e a educação interprofissional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar, na perspectiva dos profissionais, as influências da formação inicial para o trabalho interprofissional no pronto-socorro.

Analisar, na perspectiva dos profissionais, a formação continuada para o trabalho interprofissional no pronto-socorro.

Conhecer as barreiras e os facilitadores da aprendizagem do trabalho interprofissional no cotidiano do pronto-socorro.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se neste capítulo, a revisão de literatura com vistas à fundamentação do objeto do estudo. Para tanto, buscou-se aprofundar os seguintes temas: Processo de trabalho em saúde; Trabalho interprofissional, educação interprofissional e prática colaborativa e Trabalho interprofissional na emergência.

4.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

No Brasil, os estudos de Donnangelo (1975) e Mendes-Gonçalves (1996) fundamentaram a produção científica a respeito do processo de trabalho em saúde. Os mencionados autores desenvolveram pesquisas relacionadas ao trabalho médico e contribuíram com produções fundamentais para uma nova abordagem do trabalho no campo da saúde, com a inserção da categoria marxiana na análise do processo saúde-doença. Donnangelo é conhecida como uma das pioneiras na área da saúde a propor a articulação das práticas de saúde na sociedade e os determinantes sociais e suas influências no mercado de trabalho e no modelo assistencial (Mendes-gonçalves, 1996).

Mendes-Gonçalves (1996), aprofunda a compreensão das práticas de saúde e em seus estudos investiga o processo de trabalho. Entende-se que processo de trabalho em saúde está relacionado à dimensão microssocial do exercício recorrente do trabalho, introduzido na dinâmica macrossocial do trabalho humano, referente às estruturas sociais e históricas que o estabelecem e a ele se articulam.

A esfera macrossocial remete às mudanças ocorridas no trabalho, com o desdobramento na organização do trabalho, a partir da década de 1970, com a crescente introdução das tecnologias da informação. Nesse movimento, a internacionalização do capital e da produção, o desemprego, a desqualificação dos trabalhadores procedentes da reestruturação tecnológica diminuíram a inclusão dos trabalhadores na produção industrial (Peduzzi; Schraiber, 2008).

A esfera microssocial relaciona-se ao processo de trabalho em saúde e às práticas sociais desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde inseridos na produção do dia a dia, ao consumo dos serviços de saúde, principalmente na interação e relação intersubjetiva na elaboração do cuidado em saúde. O plano microssocial no cotidiano do trabalho, envolve os sujeitos e a intersubjetividade de tal forma que a

argumentação sobre o processo de trabalho não pode ser limitada às ações instrumentais. A intersubjetividade está focada no trabalho que permite identificar os sujeitos e suas ações comunicativas (Peduzzi; Schraiber, 2008; Pfluck; Graff; Rosa, 2019).

A organização do processo de trabalho é definida pelo objetivo que se quer atingir, dessa forma, uma produção dos serviços centrada na concepção biomédica, que tem por finalidade apenas a cura de uma determinada doença, corrobora para a fragmentação do trabalho individual, a mecanização do ato em saúde e para a tecnificação da assistência (Ogata *et al.*, 2021).

Nessa concepção, a divisão do trabalho em saúde segue uma linha de individualização das práticas, ocorrida fundamentalmente pelas necessidades de operação especializada, com a compartimentalização de saberes e ações limitadas. Desta forma, na dinâmica social que matiza as práticas em saúde percebe-se não apenas a divisão técnica de trabalho, mas a desigualdade da valorização social dos trabalhadores (Ogata *et al.*, 2021; Peduzzi; Schraiber, 2008).

Quando a equipe de saúde desenvolve seu trabalho de forma desigual, surge tensão e busca pela ampliação da autonomia técnica profissional. Paradoxalmente, a divisão do trabalho em saúde estabeleceu a interdependência e complementaridade dos diversos trabalhos especializados (Peduzzi *et al.*, 2016).

Mudanças na prática clínica, derivadas da transição do perfil epidemiológico e do envelhecimento da população, impuseram aos sistemas de saúde a necessidade de intervenções coletivas, a participação de diversos profissionais e a contribuição recíproca de saberes, a dimensão da gestão do trabalho em saúde não acompanhou essa transformação, estruturando-se principalmente por meio da hierarquização dos serviços centrados no profissional, com predominância da racionalidade médica, de forma que os demais profissionais atuam de forma periférica (Milton *et al.*, 2022; Ogata *et al.*, 2021).

Do cenário delineado, percebe-se que as mudanças estruturais e permanentes no processo de trabalho não são lineares e simples de implementar. Implicam em transformações de concepções e práticas que esbarram em interesses diversos dos atores sociais, interesses esses nem sempre sinérgicos. Trata-se de um campo de disputas, permeados por aspectos sociais, históricos, culturais, políticos e econômicos (Ogata *et al.*, 2021).

Portanto, para que aconteçam possíveis mudanças do modelo biomédico, faz-se necessário o estabelecimento de processos que subsidiem a ressignificação da saúde, enquanto bem social voltado para o indivíduo¹ e suas necessidades, o que é muito diferente de concepções mercadológicas da produção em saúde (Pfluck; Graff; Rosa, 2019).

Dessa forma, é evidente que novos modelos assistenciais requerem redefinições no processo de trabalho em saúde, para que este se volte às necessidades do indivíduo. Para tal, também são necessárias mudanças na finalidade da ação do trabalho em saúde, que vem a ser a produção do cuidado na compreensão da autonomia do indivíduo, sendo orientada pelos princípios da integralidade, trabalho em equipe, humanização dos serviços e a criação de vínculos entre profissional/usuário/equipe de saúde (Khan *et al.*, 2022).

Isto posto, entende-se que trabalhar em equipe de maneira integrada significa interligar diferentes processos de trabalhos em saúde, com a conciliação de valores e saberes, da participação das diferentes áreas na produção do cuidado, em estreita relação interprofissional (Milton *et al.*, 2022).

4.2 TRABALHO INTERPROFISSIONAL, EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA

O trabalho interprofissional é baseado na comunicação e na interação entre profissionais de diferentes áreas, em uma perspectiva ampla, que é influenciada pela finalidade, características e condições em que o trabalho se desenvolve na equipe. Nessa perspectiva, a conformação do trabalho interprofissional pode variar mediante o nível de articulação e interdependência das ações, da interação entre os sujeitos e da clareza recíproca do papel entre as distintas áreas, abarcando desde grupos pequenos, com compartilhamento de alto grau, até o trabalho em rede com amplos números de integrantes (Peduzzi *et al.*, 2020).

A interação entre os profissionais é, portanto, uma característica fundamental para a interprofissionalidade, o que a difere do trabalho multiprofissional que não requer, impreterivelmente, a colaboração (Barros; Spadacio; Costa, 2018).

¹ O entendimento de indivíduo aqui ensejado remete à pessoa inserida no seu contexto social, em contínua interação e dotada de múltiplas dimensões.

Importantes pesquisas explanam os sentidos propostos pelos radicais profissional e disciplinar associados aos prefixos multi e inter. Abordam que a palavra disciplinar, relaciona-se aos conhecimentos, ao campo de estudo, enquanto profissional se associa a atuação e às práticas exercidas pelos profissionais, no ato de trabalho propriamente dito. Para o prefixo multi, há compreensão de que existem diferentes campos de prática e conhecimentos independentes, ainda que em torno de um único propósito. O inter, por sua vez, remete à concepção de interação, à vista de colaboração de todos em um único conjunto, com apenas um objetivo em comum (Khalili *et al.*, 2019; Reeves *et al.*, 2011).

No mesmo sentido, Wei *et al.* (2022), asseguram que multiprofissional remete ao compartilhamento do ambiente de trabalho, onde profissionais das mais variadas áreas de saúde abordam um mesmo paciente a partir de diferentes pontos de vista, ao passo de que o interprofissional traduz a construção do cuidado em cooperação, coordenada entre os integrantes.

Na mesma direção, a EIP é compreendida como uma abordagem de experiências educacionais inovadoras, que possibilita o desenvolvimento de competências essenciais para a eficiência do trabalho interprofissional, e se dedica à promoção de mudanças de paradigmas para superação da atenção fragmentada, com vistas à atenção centrada no paciente (Fortuna *et al.*, 2022).

Diversos centros de pesquisa empenham-se a desenvolver estudos sobre EIP, trazendo importantes contribuições com o propósito de melhorar a qualidade da assistência em saúde, facilitando as relações entre os profissionais de diferentes categorias para que se tornem mais colaborativos (Fortuna *et al.*, 2022).

Dentre estes, destaca-se o *Centre For The Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), do Reino Unido, que desde 1987 busca colaborar para melhorar a assistência e a qualidade do cuidado em saúde por intermédio da pesquisa sobre formação profissional (CAIPE, 2016).

Para o CAIPE, a EIP corresponde ao processo em que duas ou mais profissões aprendem com, sobre e para a outra, com o propósito de melhorar a colaboração bem como a qualidade do cuidado (CAIPE, 2016). Em 2016, a referida organização propôs diretrizes para a EIP com base em pesquisas mais recentes, trazendo contribuições para a discussão do preparo dos futuros profissionais da saúde, de modo que evidenciou o papel do educador e das metodologias de ensino para a construção de habilidades e solução de conflitos, tomada de decisões e

negociação. Destacou a importância do pensamento coletivo na percepção dos fenômenos da saúde e apontou a necessidade de incorporar a mesma na formação em saúde (CAIPE, 2016).

Desde 2004, no Canadá, observa-se também um número progressivo de publicações sobre o tema, de maneira que fomenta a criação de redes de EIP nacionais, assim como na Europa, nos Estados Unidos e na Austrália. O grupo de pesquisa *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC), em 2010, organizou e publicou um conjunto de competências para os profissionais de saúde, que consistem em habilidades, conhecimentos e atitudes compartilhadas no trabalho interprofissional (CIHC, 2010).

O documento é organizado em seis domínios: o esclarecimento do papel dos profissionais, funcionamento da equipe, a comunicação interprofissional, atenção centrada no usuário/família/comunidade, resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa. Esses domínios, segundo o CIHC, são considerados atributos indispensáveis para o desenvolvimento da EIP para que seja possível promover um trabalho colaborativo (CIHC, 2010).

Na mesma direção, em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgou um documento orientador para modificar a educação profissional, com o objetivo de promover e apoiar avanços nos sistemas de saúde, em benefício da equidade na atenção às demandas de saúde da população. As recomendações enfatizam aspectos que promovem a inovação na formação universitária, tais como, a contratação de profissionais da saúde, educação, e treinamento institucional com programas de desenvolvimento profissional para o corpo docente, relacionados às necessidades de saúde das comunidades; a inclusão de métodos de simulação de alta e baixa fidelidade; a implementação de políticas obrigatórias de educação, adaptações curriculares com ênfase nas necessidades de saúde da população; o desenvolvimento de políticas de inclusão social dos estudantes; e adoção da EIP nos cursos de graduação e pós-graduação (WHO, 2010).

Outro relevante centro de pesquisa em EIP é o *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC), dos Estados Unidos, que apresenta a EIP como um processo de aprendizagem que desempenha a educação interdisciplinar e promove diversas experiências de trabalho colaborativo com a comunidade, com a intenção de atender às várias necessidades dos grupos populacionais, de modo que favoreça os conhecimentos, valores e habilidades. O IPEC assegura que a intervenção de

aprendizagem em conjunto, de forma participativa, pode contribuir para com o propósito de melhoria na colaboração interprofissional e na saúde dos pacientes (IPEC, 2016).

Em 2016, o IPEC publicou uma atualização das competências essenciais para a EIP, organizada em dois princípios fundamentais: cuidados centrados no doente e cuidados centrados na comunidade. Tais eixos envolvem quatro domínios-chave: trabalho em equipe interprofissional; valores, ética para a prática interprofissional; comunicação interprofissional; funções e responsabilidades pela prática colaborativa. Os quatro domínios envolvem 42 subcompetências que constituem o eixo teórico de cada domínio (IPEC, 2016).

Nota-se, portanto, que a EIP tem recebido destaque, como movimento capaz de potencializar melhorias sistemáticas, na prática laboral dos profissionais da saúde, sobretudo por ser reconhecida como uma base que orienta o trabalho em equipe e como um componente de uma ampla reforma no modelo da formação dos profissionais e da atenção em saúde. Coloca-se em destaque, a importância da reorganização da rede de atenção à saúde e a formação, com ênfase para colaboração entre os profissionais, privilegiando as necessidades de saúde da população/usuários (Frenk *et al.*, 2010 ; WHO, 2010

Embora a produção nesse campo de estudos tenha obtido incremento nas últimas décadas, observa-se que nem sempre existe clareza nos termos empregados relativos ao fenômeno do trabalho em equipe e da prática colaborativa (Khalili *et al.*, 2013).

O trabalho em equipe é considerado como um tipo de trabalho coletivo, constituído mediante relações recíprocas, entre as interações dos profissionais e as intervenções técnicas (Ogata *et al.*, 2021).

Segundo Peduzzi (2007, p. 161), “o trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais”. Logo, para a autora, a coexistência de vários profissionais não estabelece o trabalho em equipe, uma vez que a integração não se realiza automaticamente, pela troca de informações com os outros ou pelo contato. A integração profissional, requer uma construção marcada pela interação dialógica, pela procura do entendimento e pelo compartilhamento de premissas técnicas e de um horizonte ético (Peduzzi *et al.*, 2020).

Para que sejam provocadas mudanças na compreensão do trabalho em equipe é fundamental um redirecionamento dos valores que ancoram as práticas profissionais, a exemplo da hierarquização, do trabalho individualizado, e da fragmentação do modelo biomédico hegemônico (Nygren *et al.*, 2021).

Dessa forma, pode-se dizer que o trabalho em equipe se caracteriza como um componente de reestruturação das práticas em saúde que, mediante a articulação e integração entre os profissionais, possa provocar mudanças concomitantes no modelo de atenção à saúde com perspectivas na integralidade (Lima *et al.*, 2020). Mesmo porque, uma equipe integrada abrange profissionais que interagem entre si, que compartilham o processo de tomada de decisões para alcance de objetivos em comum, com foco nas necessidades dos indivíduos (Fumagalli; Sudré; Matumoto, 2021).

A prática colaborativa é considerada uma estratégia usada para fortalecer o sistema de saúde, com os resultados assistenciais voltados para as necessidades de saúde. Ela é firmada na atuação interprofissional, em que os profissionais de diferentes categorias compartilham habilidades essenciais para assistência integral à saúde de alta qualidade para os indivíduos, comunidade e familiares, aprendendo de forma mútua e favorecendo oportunidades de melhorias (Ingels *et al.*, 2022).

Dentre as características da prática colaborativa interprofissional destaca-se o processo de comunicação efetiva entre os profissionais, a tomada de decisões compartilhadas e a autonomia dos profissionais, tendo em vista que transita por diferentes campos de saberes, respeitando as diferenças entre as profissões. Contudo, o estabelecimento de práticas efetivamente interprofissionais desponta-se como um desafio, considerando-se a rotina do trabalho em saúde. Os trabalhadores mantêm a interação muito restrita e pontual, e isso incide em limitações da capacidade do enfrentamento de problemas que surgem na prática (Fumagalli; Sudré; Matumoto, 2021).

O CIHC, definiu colaboração interprofissional como um processo de desenvolvimento e manutenção para manter as relações de trabalho interprofissional com profissionais, alunos, pacientes, famílias e comunidades, objetiva a tomada de decisões compartilhada, com questões sociais e de saúde (CIHC, 2010).

De acordo com Morgan *et al.* (2015), colaboração interprofissional é um termo guarda-chuva que abriga outros dois termos: prática colaborativa interprofissional, utilizada para descrever componentes da colaboração executada na prática dos

serviços em saúde e o trabalho em equipe interprofissional, que designa o envolvimento de diferentes profissionais, que compartilham o sentido de pertencimento a uma equipe de trabalho, de forma integrada, para atender as necessidades nos serviços de saúde.

Os termos apresentados acima se relacionam, porém, não são sinônimos, tendo em vista que denotam diferentes modalidades de trabalho interprofissional com diferentes níveis de integração (Morgan *et al.*, 2015).

Percebe-se que diversos termos são apresentados para referir-se aos conceitos que envolvem o trabalho interprofissional, trazem em comum a perspectiva de que é imprescindível a interação técnica e atitudinal entre diferentes profissões, com um objetivo comum (QUADRO 1).

Quadro 1 – Conceitos associados ao trabalho interprofissional (contínua)

Termo	Definição
Interprofissional	Termo que se refere a qualquer atividade realizada por profissionais de diferentes profissões, que compartilham juntos suas ideias para resolver determinado problema (Reeves <i>et al.</i> , 2011).
Educação interprofissional	Momento em que duas ou mais profissões aprendem sobre os outros e com os outros entre si, para que aconteça uma efetiva colaboração e melhore os resultados na saúde (OMS, 2010).
Colaboração interprofissional	Tipo de trabalho que envolve constantemente diferentes profissionais de saúde, os quais se reúnem frequentemente para prestar serviço, onde compartilham suas responsabilidades e interdependência entre os demais membros (Khalili <i>et al.</i> , 2019).
Trabalho em equipe	Refere-se ao envolvimento de diferentes profissionais, não apenas da saúde, de maneira, que juntos compartilham o senso de adequação à equipe e trabalham juntos de forma integrada e interdependente para atender às demandas de saúde (Peduzzi; Schraiber, 2008).
Prática colaborativa	Termo que alude aos componentes da colaboração executada na prática dos serviços em saúde (Morgan <i>et al.</i> , 2015).
Multidisciplinar	Relaciona-se às atividades realizadas por membros de diferentes disciplinas acadêmicas, que atuam de modo independente, em aspectos diferentes de sua área (Khalili <i>et al.</i> , 2019).
Interdisciplinar	Remete às iniciativas colaborativas partilhadas por indivíduos de diferentes disciplinas, de modo que trabalham juntos em um mesmo projeto (Khalili <i>et al.</i> , 2019).

Quadro 1 – Conceitos associados ao trabalho interprofissional (conclusão)

Termo	Definição
Uniprofissional	Atividades realizadas por profissionais de uma única profissão (Khalili <i>et al.</i> , 2019).
Multiprofissional	Remete aos profissionais de diferentes áreas de formação atuando juntos no atendimento aos indivíduos (Peduzzi; Schraiber, 2008).

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Conclui-se que o trabalho interprofissional requer a estratégia de integração das múltiplas profissões e das especialidades, e isso é indispensável para o cuidado e o desenvolvimento da assistência integral do paciente. Alguns fatores contribuem para sua efetivação: comunicação e colaboração interprofissional, tomada de decisões compartilhadas, responsabilidade, reconhecimento do trabalho e da função dos demais membros da equipe, tomada de decisões em equipe, flexibilidade da divisão do trabalho (Peduzzi *et al.*, 2016).

Uma ênfase merece ser dada ao reconhecimento do trabalho entre os membros da equipe, porque implica no reconhecimento das funções e responsabilidades de cada componente, o que muitas vezes só pode acontecer no dia a dia de trabalho (Ogata *et al.*, 2021; Peduzzi *et al.*, 2013). Notadamente, o reconhecimento das diferenças entre os atores e dos benefícios da articulação interprofissional para atender as necessidades da demanda do trabalho em saúde são evidentes, favorece o afastamento de ação tecnicista, por parte dos profissionais, para focalizar o indivíduo, potencializando a interação profissional-indivíduo e entre profissionais/equipe (Stucky; Wymer; House, 2022).

Não obstante, observa-se que várias barreiras se interpõem ao desenvolvimento de um trabalho efetivamente interprofissional. Darlow *et al.* (2022), destacam a quebra da comunicação, o desconhecimento do trabalho dos demais membros da equipe, a desconsideração dos saberes e experiências de cada integrante, os conflitos quanto à assistência do cuidado ao paciente, a ausência do consenso dos projetos assistenciais, a falta de foco nas necessidades do paciente. Ou seja, a mera justaposição de profissionais de diferentes áreas assistindo a um indivíduo, em si, não configura uma equipe efetiva, que produz bons resultados. Ao contrário, estabelece-se equipes fragmentadas, equipes de agrupamento (Darlow *et al.*, 2022; Peduzzi *et al.*, 2020).

De fato, há uma crescente preocupação com o trabalho em equipe em relação aos cuidados em saúde, de modo que é evidente a necessidade de identificar os métodos e processos relacionados ao ensino e aprendizagem direcionados para o desenvolvimento das competências essenciais da atuação profissional (Peduzzi, 2016).

Entretanto, nos modelos contemporâneos de educação, a formação em saúde está voltada predominantemente para a formação uniprofissional. As atividades educacionais ocorrem exclusivamente entre estudantes da mesma profissão, com pouca ou nenhuma interação com outras profissões, o que contribui para a falta de reconhecimento das responsabilidades e competências próprias de cada trabalhador. Assim, não é de se admirar que os profissionais se queixam da falta de habilidades e conhecimento para o trabalho coletivo, e que muitas vezes falham em integrar seus saberes junto a equipe (Mendes; Rosa Figueira; Silva, 2022; Peduzzi, 2016).

Nesse sentido, os serviços de saúde, os gestores e as instituições de ensino devem revisar seus programas curriculares, de forma, que possam aproveitar e reconhecer as oportunidades da EIP e promover ações voltadas para as articulações em sua efetivação (Stucky; Wymer; House, 2022).

4.3 TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA EMERGÊNCIA

O atendimento às urgências e emergências é essencial para os sistemas de saúde que visam à integralidade e universalidade, como o SUS. Observa-se que esses serviços têm sido utilizados intensivamente pelas pessoas, em decorrência das mudanças epidemiológicas e demográficas que acarretam crescente número de condições e agravos crônicos, além da exacerbada incidência de agravos decorrentes de causas externas. Isso tem impactado os sistemas de saúde e imposto a necessidade de reestruturação da rede em vários países (Tofani *et al.*, 2022).

No contexto brasileiro, o principal referencial organizativo do SUS, desde 2010, tem sido as Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), exposto como alternativa para superação da fragmentação dos sistemas de saúde. A RAS institui uma normativa que propõe um modelo poliárquico, composto por diferentes níveis de atenção e

pela inter-relação dessas esferas, com vistas à integralidade para o cuidado em saúde (Brasil, 2011).

No campo das emergências, a estruturação dos serviços acompanhou o movimento histórico da organização do sistema de saúde como um todo, passando pela regulação inicial, a implantação do SUS, a implantação e ampliação do SAMU e, mais recentemente, a implementação das UPAs. Desde 2011, o Ministério da Saúde tem avançado na consolidação da política de construção de redes temáticas e, dentre elas, a regulamentação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Brasil, 2011).

A proposta da RUE objetivou articular os equipamentos de saúde, com a qualificação e ampliação ao acesso dos indivíduos em condição de urgência e emergência, de forma oportuna e ágil. Dispõe em sua estrutura dos seguintes componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica; SAMU; Força Nacional do SUS; sala de estabilização; UPA; hospital e atenção domiciliar (Brasil, 2011). Configura-se como um sistema hierarquizado e regulado, caracterizado pelas portas de entrada com acolhimento ininterrupto às demandas espontâneas (Brasil, 2011; Coifman *et al.*, 2021).

O Serviço Hospitalar de Emergência, particularmente, consiste em um dos principais componentes da RUE e caracteriza-se como a porta de entrada para atenção de alta complexidade. Embora seja proposto como uma estratégia para qualificação da assistência de alta complexidade, alguns fatores internos e externos à RUE, como a falta de alternativas para o atendimento e acesso à assistência de maior resolutividade, a superlotação, a complexidade clínica dos indivíduos e as múltiplas tarefas, ocasionam sobrecarga de trabalho, que se traduz em barreiras na comunicação entre os profissionais e diminui sua efetividade em razão da desintegração do cuidado em saúde (Coifman *et al.*, 2021).

Todavia, todos os serviços devem executar suas funções em perfeita harmonia, dentro de um fluxo de atenção aos indivíduos. Para essa finalidade, protocolos podem ser instituídos, com base na realidade local das unidades. Deve-se, também, garantir as condições mínimas de infraestrutura para o funcionamento eficaz desses serviços, haja vista que caracteriza-se por ser um serviço complexo e dinâmico, que exige a atuação de diversos profissionais para que o fluxo de atendimento ocorra de forma rápida, segura e satisfatória com a intervenção

conjunta de todos os profissionais, de caráter interprofissional (Carmo; Peduzzi; Tronchin, 2022;Coifman *et al.*, 2021).

Ademais, é necessária uma equipe integrada, que abranja profissionais capazes de relacionarem-se uns com os outros e compartilharem o processo de negociação de tomada de decisões, visando alcançar a interação entre equipe, com o foco nas necessidades de saúde de cada indivíduo. A característica de uma prática integrada no trabalho, em serviços de emergência,denota-se pelo respeito mútuo, pela confiança e colaboração, fundamentada no reconhecimento da importância do papel e das diferenças entre os profissionais, com complementação e interdependência das ações e saberes (Miorin *et al.*, 2020; Yusra; Findyartini; Soemantri, 2019).

O desenvolvimento do trabalho na emergência deve levar em consideração a aplicação de conhecimentos técnico-científicos, em conjunto com as diferentes categorias, com o compartilhamento de informações referentes às condições de saúde do indivíduo e definições de prioridades voltadas para um melhor cuidado. Sob esse olhar, a prática compartilhada entre os profissionais pode contribuir para a melhoria da qualidade de atenção em saúde e permitir a transversalização² das ações, para além do atendimento (Batista; Batista, 2016; Miorin *et al.*, 2020).

Sabe-se que a interação interprofissional e o trabalho em equipe no PS são complexos, no entanto, o desempenho da equipe é crucial para bons resultados, uma vez que os indivíduos que utilizam esse serviço apresentam complicações decorrentes de diversos fatores que agravam seu estado de saúde (Peduzzi *et al.*, 2016).

Inúmeros fatores contribuem para o cuidado inseguro no PS, como erros humanos e falha de comunicação, tais aspectos demonstram aumento no risco de morbidade e mortalidade decorrente da desqualificação do cuidado de saúde (Ingels *et al.*, 2022; Miorin *et al.*, 2020).

A exemplo, a superlotação das unidades determina que os indivíduos sejam assistidos em salas lotadas, nos corredores ou até mesmo nos pátios do hospital. Foi evidenciado que a superlotação está fortemente associada a falha na

² A transversalização constitui-se na integração do cuidado ao paciente, não visando apenas as necessidades médicas, mas de forma integral com a participação colaborativa dos profissionais de saúde entre os diferentes saberes.

comunicação interpessoal e no trabalho em equipe, incidindo em efeitos adversos evitáveis (Boiko *et al.*, 2021).

Em outro aspecto, a hierarquização pode ser também uma barreira entre os profissionais que trabalham no PS, determinando a falta de diálogo e, conseqüentemente, a omissão de informações e a desigualdade e desvalorização das funções distintas de cada profissão (Coifman *et al.*, 2021).

Esse cenário permite reconhecer que a dinâmica do trabalho nos serviços de emergência, particularmente nas portas hospitalares de urgência, é diferente das demais instâncias da RAS, e materializam diferentes formas de interação em equipe, originando, por sua vez, novas questões acerca da EIP.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Assume-se nesta pesquisa, para compreensão dos resultados, o referencial teórico a proposta de Lev Semenovich Vigotski, busca-se uma compreensão histórico-cultural da constituição do homem, em uma perspectiva que situa o processo de aprendizagem como intimamente relacionado ao desenvolvimento da consciência, ressaltando a interação social como espaço imprescindível para construção do conhecimento (Vygotsky, 1991a).

Lev Semenovich Vigotski nasceu em 5 de novembro de 1896, na Rússia, faleceu precocemente, vítima de tuberculose, em junho de 1934, aos 37 anos. Reconhecido como psicólogo, propunha investigações empíricas concernentes às condições humanas, particularmente o desenvolvimento psicológico do homem (Oliveira, 2010).

As produções de Vigotski³ foram influenciadas pelo contexto histórico do seu país e da sociedade em que vivia, pela teoria marxista e pelo materialismo histórico-dialético. Defendia que as transformações históricas na sociedade e a vida material estabelecem mudanças na natureza humana, em um processo contínuo e recursivo (Oliveira, 1994).

Com base em pressupostos marxistas, analisou o desenvolvimento psicológico das funções humanas em sua intrínseca relação às condições materiais e históricas da existência e as interinfluências na natureza humana, no comportamento e na consciência. Outros autores também defenderam essa proposta, porém, Vigotski foi o primeiro a procurar correlacioná-la às indagações psicológicas concretas (Oliveira, 1994; Vygotsky, 1991a).

O materialismo, por sua vez, influenciou os estudos de Vigotski, a partir das argumentações de que a consciência humana, assim como o pensamento e as ideias, se constitui a partir do mundo, da realidade externa e dos objetos. De forma oposta ao idealismo, o materialismo situa o homem em conexão com o mundo exterior e o considera essencial para a formação e o desenvolvimento do psiquismo (Vygotsky, 2001). Nessa concepção, aponta-se que a matéria existe independente

³ Escolheu-se manter a grafia Vigotski, apesar do nome ser encontrado de várias maneiras na literatura. Para as citações bibliográficas, manteve-se a grafia proposta pelos autores primários.

do psiquismo do homem, de modo que não é criada por este, mas a existência influencia no pensamento humano em uma contínua interação (Oliveira, 2010).

Inicialmente Vigotski, explorou o desenvolvimento humano, sobre o processo de pensamento e como o mesmo ocorre, e no decorrer de suas investigações, explorou a concepção das Funções Psicológicas Superiores (FPS) tais como o pensamento, a linguagem, a memória, e a atenção voluntária. Dentre essas funções, receberam destaque o estudo do pensamento e da linguagem, levando-se em conta que todas as funções não operam de forma isolada, embora se desenvolvam em momentos diferentes na vida do ser humano (Vygotsky, 2001).

A formação da mente, nessa acepção, decorre do processo de apropriação das produções humanas, a exemplo da ciência, cultura e arte, pela mediação dos signos culturais. É por meio da mediação dos signos que a pessoa humana passa a influenciar a própria conduta e a conduta alheia, no processo de interação inserido no contexto histórico e cultural (Vygotsky, 1991a).

Essa concepção de desenvolvimento humano defendida por Vigotski abre campo para o entendimento de que as FPS, próprias do ser humano, não são elementos de ordem unicamente biológica, mas apropriações culturais que dependem da interação com o outro. Para Vigotski, a psiquê humana é a forma própria de refletir o mundo, de maneira que entrelaça o mundo das relações das pessoas com o meio (Vygotsky, 1991a). Meio social este que não é estático, modifica-se e influencia o desenvolvimento do sujeito (Pino, 2010).

Para o autor, tais FPS aparecem, tanto na história da espécie quanto na história do sujeito, primeiramente no nível interpessoal, no processo de interação entre as pessoas, posteriormente são apropriadas pelo indivíduo, como propriedade particular do seu próprio sistema psicológico (Vygotsky, 1991b).

A apropriação é necessariamente, portanto, um processo de reconstrução interna que acontece no sujeito a partir da operação externa. Processo este totalmente dependente do signo, tornando-o a chave para o entendimento dos processos relacionados ao desenvolvimento humano (Vygotsky, 1991b).

Nessa perspectiva, o aprendizado é socialmente estabelecido, dependente de outros sujeitos, de modo que a intermediação do outro é responsável pela atribuição de significados que possibilitam ao homem orientar-se no mundo em que vive. Assim, o desenvolvimento decorre das atividades operadas na prática, e está ligado às relações que são estabelecidas entre os sujeitos e a natureza. Por meio do

compartilhamento das relações, inclusive aquelas próprias do trabalho, que o ser humano se apropria do conhecimento de novas produções culturais (Oliveira, 2010;Vygotsky, 2001).

O signo destaca-se, então, como elemento de especial importância na relação do homem com o do mundo, porque é por meio do signo que o ser humano torna-se capaz de orientar sua conduta e influenciar a conduta de outras pessoas na relação social (Vygotsky, 1991a).

Vigotski observou que o desenvolvimento psicológico é viabilizado pela utilização de instrumentos, ou seja, artefatos materiais, culturais e psicológicos (Oliveira, 1994), também denominados signos. Para o autor, o signo ocupa no desenvolvimento do homem a mesma relevância que a ferramenta possui na história da espécie. Em uma analogia, é por meio da ferramenta que o ser humano é capaz de transformar a natureza e é por meio do uso do signo, como instrumento psicológico, que o homem torna-se capaz de transformar a si próprio, ou seja, os signos influenciam as condutas do homem, transformando-o, da mesma forma que estetransforma a natureza com o uso das ferramentas, e nessa relação, homem e ambiente modificam-se mutuamente (Vygotsky, 1991a).

Desse entendimento, o uso de instrumentos é um recurso fundamental que possibilita a atuação do homem sobre o meio, de modo particular na atividade produtiva do trabalho. É justamente o trabalho produtivo que estabelece a forma específica humana em relação ao uso de instrumentos (Oliveira, 2010).

Ademais, os signos estabelecem a relação da pessoa humana para com os outros, pois o homem não tem alcance direto dos objetos de sua cultura, isso torna-se possível pelo sistema simbólico, característico de cada cultura (Vygotsky, 1991a).

Dentre os sistemas sígnicos,a linguagem, a fala humana, desponta-se com especial importância no estudo do desenvolvimento (Oliveira, 2010). Por sua função comunicativa, planejada e emotiva, a linguagem é um instrumento psicológico imprescindível para a apropriação da cultura, por intermédio dela o sujeito passa a fazer uso consciente de significados que dão sentido ao mundo (Oliveira, 2010;Vygotsky, 1991a).

Essa perspectiva posiciona o desenvolvimento da linguagem como um marco na história do ser humano. Por meio dela, ao se apropriar do sistema de significados construídos no âmbito social, o homem avança no desenvolvimento de múltiplas

funções, estruturando o pensamento e a autodeterminação de suas próprias funções (Vigotsky, 1987).

Não diferentemente das outras funções, o desenvolvimento da linguagem também ocorre no espaço de interação, no espaço social. Assim, a linguagem primeiramente é uma função dependente do outro e acontece no espaço interpsicológico para, então, tornar-se atributo individual e configurar a dinâmica intrapsíquica do próprio sujeito.

Nessa vertente, o pensamento e a linguagem se estruturam em íntima relação. Segundo Vigotski (1991b, p. 6), “uma palavra que não representa uma ideia é uma coisa morta, da mesma forma que uma ideia não incorporada em palavras não passa de uma sombra”.

A linguagem possibilita ao homem ir além da percepção imediata ao obter acesso à experiência social e abstrata, operando no sistema de conceitos abstratos e transpondo os limites da experiência sensorial (Luria, 1986).

Vigotski também se interessou em investigar a gênese da formação dos conceitos. Reconheceu que esse processo inicia-se quando a pessoa enfrenta, do ponto de vista cognitivo, determinadas situações-problema que requerem uma solução que só será alcançada pela elaboração de novos conceitos, por meio da linguagem verbal. Um conceito aparece e toma forma no decorrer de uma profunda operação guiada para a resolução do problema, de modo que possa ser transferido para outro objeto uma vez que seu significado venha a ser compartilhado (Vigotsky, 1987; Vygotsky, 1991b).

Os conceitos são moldados pela linguagem. Vigotski distinguiu dois tipos de conceitos: os cotidianos e os científicos. Os conceitos cotidianos surgem a partir da interação da criança com seu ambiente natural, enquanto os conceitos científicos são desenvolvidos no contexto escolar (Vygotsky, 2001).

A formação dos conceitos ocorre à medida em que os pensamentos se tornam mais complexos e a criança utiliza recursos como agrupar e associar palavras aos seus significados. Essa formação dos conceitos cotidianos evolui e é base para a formação dos conceitos científicos que embora tenha na adolescência um período fecundo de transformação, pela maior ênfase na atividade intelectual, continua a se desenvolver e aprimorar na fase adulta, quando as condições maturacionais do sistema biológico estão concluídas (Vigotsky, 1987; Vygotsky, 1991b).

A reestruturação do comportamento complexo remete, portanto, à relação dialética entre o sistema de signos e o ser humano, especialmente por meio da utilização de instrumentos que permitem o desempenho de atividades simbólicas (Vygotsky, 1987).

Este sistema c3gnito 3 o que concede 3 pessoa produzir novas respostas frente aos eventos cotidianos, quer sejam complexos ou n3o (Vygotsky, 2001).

Os pressupostos sobre o desenvolvimento cultural humano defendidos por Vygotski, possibilitaram ao autor a elabora33o do conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). A ZDP 3 compreendida como a dist3ncia entre o n3vel de desenvolvimento real, que o indiv3duo consegue operar sozinho e as tarefas em que o aprendiz necessita da colabora33o de outro para desempenhar apropriadamente, isto 3, necessita da ajuda de outro indiv3duo fundamentalmente para a realiza33o da atividade (Vygotsky, 1991b).

Trata-se de uma zona de potencialidades em que cada sujeito aprende novos conhecimentos para solucionar os problemas de maneira aut3noma. Os conhecimentos aprendidos, dessa forma, possibilitam alcan3ar o pr3ximo n3vel do desenvolvimento, de modo que propicia ao sujeito um processo cont3nuo de novas aprendizagens e novos desenvolvimentos (Oliveira, 2010; Vygotsky, 1991b).

Por tanto, torna-se imprescind3vel o aux3lio do outro na resolu33o de problemas - outro este inserido no contexto social, e que tem maior dom3nio das atividades em jogo - para que o sujeito com menor compet3ncia avance em dire33o a solucionar o que lhe 3 posto (Vygotsky, 1991b).

A ZPD 3 um dom3nio que est3 em constante mudan3a, ou seja, o que a pessoa n3o consegue realizar sozinha em um determinado momento, 3 superado posteriormente (Vygotsky, 1987).

Os fundamentos apresentados abrem perspectiva para uma an3lise do processo de aprendizagem que ocorre na forma33o dos profissionais de sa3de. Pode auxiliar, tamb3m, na compreens3o das aprendizagens que decorrem da pr3tica profissional, no ambiente laboral, ao longo da carreira dos trabalhadores.

Compreende-se que muitos fatores que impulsionam ou entavam a interprofissionalidade no trabalho dos profissionais de sa3de situam-se no micro espa3o da intera33o entre a equipe, espa3o esse atravessado por condicionantes hist3ricos, culturais, pol3ticos e econ3micos que estabelecem os significados compartilhados entre a equipe e as intera33es no processo de trabalho.

Neste sentido, o referencial teórico privilegia a linguagem como forma de atribuir significado ao mundo e possibilitar a apropriação das produções culturais humanas, dentre as quais as concepções relativas ao trabalho e a educação interprofissional. Dessa forma, a análise das entrevistas acerca do tema pode permitir a compreensão do modo como o sujeito se apropria dos significados construídos no próprio ambiente laboral.

Assim, entende-se o meio do trabalho como um local propício ao desenvolvimento cognitivo dos atores, haja vista que da mesma forma como um instrutor oferece apoio a um aluno iniciante para ajudá-lo a realizar tarefas além de sua habilidade atual, os profissionais de saúde mais experientes podem instruir seus colegas novatos no processo de trabalho e indicar as formas como deve ser operacionalizado. Isso pode incluir a orientação durante procedimentos de técnicas mais utilizadas na sala vermelha ou a troca de informações relevantes sobre pacientes.

Na perspectiva vigotskiana, enfatiza-se a importância da interação social e da cultura no desenvolvimento humano, de forma que, transpondo para o estudo em tela, compreender a dinâmica do trabalho e a forma como os profissionais percebem a interprofissionalidade pode favorecer estratégias de melhoria da colaboração e eficácia da equipe.

6 MÉTODO

Nessa seção, serão apresentados os passos metodológicos para o alcance dos objetivos.

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, analítica, pautada no referencial teórico da abordagem histórico-cultural, proposta por Vigotski. Para sistematização dos resultados utilizou-se o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2021).

A abordagem qualitativa atende aos pressupostos requeridos nesta pesquisa, por permitir uma melhor compreensão do sujeito inserido no ambiente de sua atuação profissional, em estreita relação com seu contexto social. Isso permite uma aproximação diferenciada para com as situações mesmas onde ocorre a vida, para então compreendê-la melhor. O objetivo da pesquisa qualitativa abrange o nível dos significados, atitudes, motivos, crenças e valores, expressados pela linguagem e pela vida cotidiana. Dedicar-se à compreensão de fenômenos complexos específicos (Braun; Clarke, 2006. Braun; Clarke, 2020).

No que diz respeito à abordagem analítica, pressupõem-se uma compreensão mais aprofundada das informações acessadas na pesquisa, com o propósito de adentrar no contexto de um fenômeno (Braun; Clarke, 2019).

6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na sala vermelha em um hospital de grande porte, de natureza pública, localizado em um município ao Oeste de Pernambuco.

Trata-se de um hospital público que iniciou suas atividades em 4 de dezembro de 1997. Dedicar-se aos atendimentos de emergência, sendo referência em trauma (traumato-ortopedia, buco-maxilo-facial e cirurgia geral), de alta complexidade. Abrange a cobertura de 87 municípios das microrregiões de saúde. Possui 230 leitos, atendendo em média 1,3 mil pessoas/mês na emergência e mais de 9 mil atendimentos ambulatoriais por mês.

O setor do pronto-socorro da referida unidade é composto por 13 leitos na sala vermelha, 16 leitos na amarela, dos quais nove são destinados aos pacientes masculinos e sete para pacientes femininos. Já na sala verde, conta-se com dez leitos.

Na sala vermelha atuam 67 profissionais, sendo sete assistentes sociais, quatorze enfermeiros, sete fisioterapeutas, sete médicos, sete nutricionistas e 28 técnicos de enfermagem. A sala vermelha foi selecionada como local para pesquisa pela característica do atendimento realizado nesse ambiente, uma vez que este espaço é reservado para os atendimentos aos pacientes graves em situação de emergência que precisam de cuidados imediatos, o que requer maior integração da equipe. Considera-se também que o atendimento nessa sala tem natureza diversa dos demais espaços do pronto-socorro, uma vez que o perfil dos pacientes exige a tomada de decisão rápida, a comunicação assertiva, e o conhecimento recíproco dos papéis dos profissionais envolvidos na assistência, em estreita relação com o paciente e seus familiares.

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os integrantes do estudo foram 28 profissionais das seguintes categorias: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e técnicos de enfermagem, integrantes da equipe da sala vermelha (QUADRO 2). Tais categorias foram escolhidas por se tratar de profissões que comumente atuam em conjunto na fase inicial do atendimento no pronto-socorro, no suporte imediato à vida e na resolução dos problemas de ordem clínica ou social, até que o paciente seja destinado ao setor onde ocorrerá o tratamento definitivo e a reabilitação.

Quadro 2 – Informações sociodemográficas dos participantes da pesquisa

(contínua)

Profissão	Nome fictício	Idade	Sexo	Tempo de trabalho no pronto-socorro	Tipo de vínculo trabalhista
Assistente social	Joana	42	F	3 anos	Estatutário
Assistente social	André	36	M	7 meses	Estatutário
Assistente social	Marcela	40	F	3 anos	Estatutário
Assistente social	Felipe	36	M	8 meses	Celetista
Assistente social	Marta	50	F	2 anos	Estatutário

Quadro 2 – Informações sociodemográficas dos participantes da pesquisa
(conclusão)

Profissão	Nome fictício	Idade	Sexo	Tempo de trabalho no pronto-socorro	Tipo de vínculo trabalhista
Enfermeira	Pérola	42	F	7 anos	Celetista
Enfermeira	Sílvia	54	F	29 anos	Estatutário
Enfermeira	Erica	40	F	17 anos	Estatutário
Enfermeira	Fabírcia	37	F	5 anos	Estatutário
Enfermeira	Fabiana	29	F	7 anos	Celetista
Fisioterapeuta	Alexandre	35	M	11 meses	Celetista
Fisioterapeuta	Paula	31	F	3 anos	Celetista
Fisioterapeuta	Leticia	35	F	6 meses	Celetista
Fisioterapeuta	Aline	47	F	2 anos	Estatutário
Fisioterapeuta	Severo	41	M	3 anos	Estatutário
Médica	Sophia	28	F	2 anos	Celetista
Médico	João	28	M	2 anos	Estatutário
Médico	Heitor	38	M	10 anos	Estatutário
Médico	Otávio	32	M	3 anos	Celetista
Nutricionista	Sara	37	F	5 anos	Estatutário
Nutricionista	Rosângela	39	F	4 anos	Estatutário
Nutricionista	Lorena	35	F	4 anos	Estatutário
Nutricionista	Ludmila	43	F	8 anos	Celetista
Nutricionista	Suzana	35	F	4 anos	Estatutário
Técnica em enfermagem	Júlia	32	F	2 anos	Estatutário
Técnica em enfermagem	Helena	49	F	7 anos	Estatutário
Técnico em enfermagem	Diogo	29	M	3 anos	Estatutário
Técnica em enfermagem	Adriana	36	F	3 anos	Celetista

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Para integrar a pesquisa, o integrante deveria atuar no pronto-socorro por pelo menos seis meses. Foram excluídos 11 profissionais, por estarem em afastamento, férias, e licença maternidade, 28 profissionais se recusaram em participar da entrevista durante o período de coleta dos dados, alegando não ter interesse em participar da pesquisa, timidez em verbalizar e terem seus depoimentos gravados e indisponibilidade de tempo para entrevista.

6.4 COLETA DE DADOS

Os participantes foram selecionados por conveniência, assim, todos os profissionais da sala vermelha foram convidados a participar da entrevista durante o expediente de trabalho, de comum acordo com a coordenação, para que não

houvesse prejuízo do andamento do trabalho. As entrevistas foram agendadas, conforme a disponibilidade dos participantes e realizadas em um espaço privativo, sem ruídos e interrupções, na própria instituição, de comum acordo com a coordenação.

As entrevistas ocorreram entre os meses de dezembro de 2022 a março de 2023. Foram realizadas pelo pesquisador principal e gravadas em áudio, com um gravador digital. A duração média das entrevistas foi de 22 minutos. A presença do gravador como instrumento de pesquisa causou inibição de alguns participantes, o que resultou em entrevistas mais rápidas. Ademais, pelo fato da sala vermelha ser um setor que recebe pacientes continuamente, os profissionais relataram preocupação de se ausentarem do setor, durante as entrevistas. Contudo, quando o profissional manifestava essa preocupação, o pesquisador aguardava o momento em que o plantão ficava mais tranquilo para proceder à entrevista.

Ressalta-se que as entrevistas presenciais ocorreram em um momento de melhoria do cenário epidemiológico da Pandemia de COVID-19, mesmo assim, manteve-se o uso de máscaras de proteção facial e procurou-se manter o distanciamento entre o pesquisador e o entrevistado (Apêndice A).

Foi utilizado um roteiro semiestruturado para coleta de dados, elaborado pelos próprios autores, composto por duas partes: a primeira com questões para caracterização dos participantes e a segunda, com as seguintes questões norteadoras: 1. Para que o trabalho no pronto-socorro se desenvolva de modo apropriado, para você, como deve ser o trabalho da equipe de saúde? 2. Na sua carreira, como foi para você aprender a trabalhar junto à equipe de saúde no pronto-socorro? 3. Durante a sua formação, você teve oportunidade de aprender a trabalhar em conjunto com os outros profissionais de saúde, você se lembra de algum exemplo? 4. (Profissionais de nível superior) Na sua visão, como a sua formação na graduação contribuiu para o trabalho que você realiza junto a equipe? 4. (Profissionais de nível médio) Na sua visão, como a sua formação contribuiu para o trabalho que você realiza junto a equipe? 5. Você tem clareza do papel dos outros profissionais de saúde que atuam com você no pronto-socorro? Poderia citar exemplos? 6. você acha que os outros profissionais compreendem seu papel na equipe de trabalho no pronto-socorro? 7. Na sua opinião, quais fatores dificultam o trabalho interprofissional no pronto-socorro? 8. Para você, quais estratégias podem

estimular a aprendizagem do trabalho interprofissional no pronto-socorro? (Apêndice B).

Realizou-se um estudo piloto com dois profissionais que atendiam os critérios de inclusão. Observou-se que o roteiro atendia ao objetivo da investigação e os dados resultantes foram incluídos no *corpus* de análise.

Ao final das entrevistas, os dados de caracterização foram tabulados no programa *Excel 2021*[®], e o conteúdo da gravação foi transcrito integralmente para o programa de editor de texto, *Word 2021*[®], pelo próprio pesquisador, totalizando 142 páginas.

6.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização e análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática Reflexiva (AT), proposta por Braun e Clarke (2021). Trata-se de um método que identifica e relata padrões (temas) nos dados, de modo que proporciona um meio para descrevê-los, organizá-los e interpretá-los.

A AT não é um processo linear, caracteriza-se pela flexibilidade, permite que o pesquisador possa avançar e recuar entre as fases, no processo de construção da pesquisa.

Desenvolveu-se a AT de modo indutivo, partindo-se dos significados manifestos pelos participantes e não de categorias ou padrões pré-determinados, e latente, ou seja, buscou-se compreender os significados para além da superfície semântica, uma vez que entende-se a linguagem como uma Função Psicológica Superior intimamente relacionada ao processo de estruturação do pensamento e compartilhamento de significados, além de ser o meio pelo qual o homem exerce influência sobre si e sobre os outros. Assume-se que a fala não é um mero reflexo do pensamento, mas estruturante do mesmo, modifica-se na medida em que também modifica a relação do homem com o meio, o que atribuiu ao significado da palavra o caráter de fenômeno social (Vygotsky, 2001).

Para o desenvolvimento da AT seguiu-se as seis fases propostas pelas autoras.

Fase 1: envolveu a familiarização com os dados por meio da transcrição das entrevistas e sua leitura repetida, é uma etapa fundamental para a compreensão dos significados expressos no conjunto dos dados (Braun; Clarke, 2021).

Nessa etapa, os depoimentos gravados foram transcritos em editor de texto, pelo pesquisador principal. Procedeu-se a correção da linguagem falada, tendo em vista que a análise proposta não se restringe ao aspecto discursivo da linguagem.

Fase 2: compreendeu a identificação dos códigos iniciais, os segmentos ou elementos básicos que retratam as características dos dados e correspondem aos tópicos de interesse acerca do fenômeno investigado. Os códigos foram identificados por meio da leitura de todo o conjunto de dados e sinalizavam aspectos relevantes da interação entre os profissionais no processo de trabalho na sala vermelha. Procurou-se destacá-los com diferentes cores e ao final dessa fase obteve-se um extenso conjunto de códigos variados.

Fase 3: a elaboração dos temas, que correspondeu à organização dos códigos iniciais semelhantes em possíveis candidatos à temas ou subtemas e os respectivos trechos das entrevistas. Por tema entende-se os padrões de significados compartilhados, unidos por um conceito central. Ressalta-se que a elaboração dos temas, nessa abordagem de AT, não é análoga a um processo de “garimpagem” como pressuposto por algumas concepções de pesquisa qualitativa neopositivistas, que partem da premissa de que os significados estão determinados pela realidade e cabe ao pesquisador descobri-los e desvendá-los. Ao contrário, a elaboração dos temas é um processo de construção que implica o trabalho interpretativo e o papel ativo do pesquisador (Braun; Clarke, 2021).

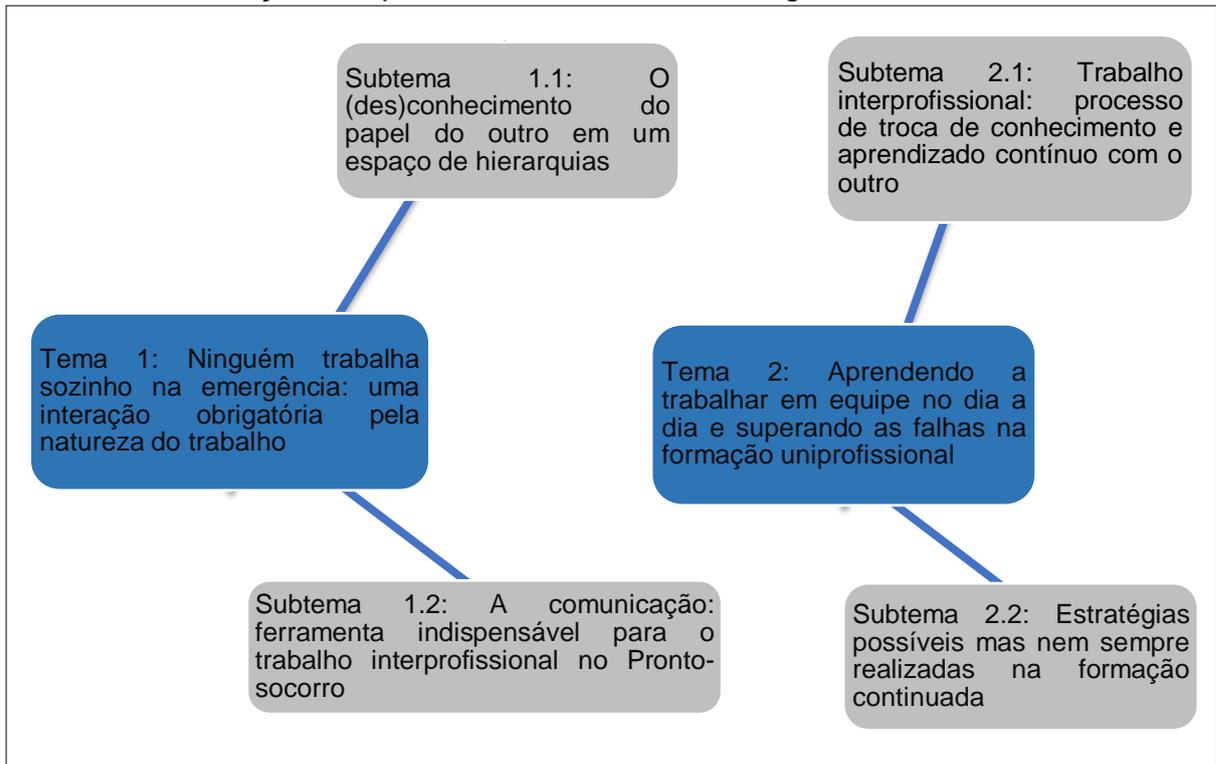
Dessa forma, os temas foram elaborados tendo em vista que o trabalho na emergência é um processo histórico e socialmente determinado, produtor de necessidades e instrumentos para atendê-las, determinante de relações recíprocas dos trabalhadores entre si, e entre o meio social, o que estabelece um processo contínuo de aprendizagem. Para auxiliar esse processo, utilizou-se um mapa temático, desenvolvido com o apoio do *Software MindMup*[®], versão gratuita. Ao final dessa fase, obteve-se um conjunto de temas e subtemas, que faziam menção aos padrões de significado depreendido das entrevistas.

Fase 4. A revisão dos temas envolveu o refinamento dos temas em dois níveis, verificando sua coerência e consistência. Primeiramente, no nível dos fragmentos dos depoimentos que correspondiam aos temas. Nessa etapa, observou-se que alguns temas poderiam ser melhor apresentados se agrupados em um conceito único, uma vez que versavam sobre o mesmo objeto. Posteriormente

os temas e subtemas foram revistos em todo o conjunto de dados, para assegurar que os mesmos retratavam a história apresentada pelas entrevistas.

Fase 5: A definição e nomeação de temas, fase em que estabeleceu-se um nome que sintetizasse a história que cada tema ou subtema contava, tendo em vista o referencial teórico e os objetivos da pesquisa. Ao final, o trabalho interpretativo obteve-se dois temas com dois subtemas cada, representados na Figura 1.

Figura 1 – Mapa Temático: percepções da equipe de saúde sobre o trabalho e a educação interprofissional na sala de emergência



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Fase 6: Produção do relatório, fase que iniciou-se com a análise dos dados e perpassará a escrita do relatório, no caso, a dissertação. Entende-se que o relatório deve ser coerente, conciso e lógico, e os dados devem ser apresentados dentro de uma narrativa analítica. Cumpre ressaltar que fez-se a opção por apresentar o capítulo dos resultados separadamente da discussão, em razão de que a maioria dos periódicos especializados na área exige as seções de forma seccionada. Registra-se, dessa forma, que a própria redação da pesquisa e a veiculação do conhecimento relaciona-se intimamente às condições de possibilidade históricas do fazer científico.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou as orientações estabelecidas pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012). Assim, o projeto de pesquisa foi encaminhado e recebeu a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sob parecer nº 5.759.746, CAAE: 63121722.4.0000.5142 (Anexo A). Para tanto, foi solicitada e obtida a anuência ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), do Hospital, cenário do estudo, para a coleta de dados (Apêndice C).

Foram respeitados os princípios da autonomia, do anonimato e da privacidade dos participantes. Nesse sentido, para participar do estudo, os profissionais foram informados dos objetivos, bem como do caráter voluntário de sua participação, podendo retirar-se a qualquer momento. Foram também informados que os dados originários da participação na investigação serão utilizados tão somente para o objetivo previamente proposto. De igual maneira, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), em duas vias, uma via de posse do pesquisador e outra do participante do estudo (Brasil, 2012).

Com vistas à garantia do anonimato, para a identificação dos participantes, foi atribuído um nome fictício aleatório, pelos pesquisadores.

7 RESULTADOS

As características sociodemográficas dos participantes da pesquisa são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa. Caruaru, PE, 2023.
(n=28)

Variáveis	n	%	Média
sexo			
Masculino	8	28,57	-
Feminino	20	71,43	-
Possui especialização			
Sim	23	82,14	-
Não	5	17,86	-
Trabalha em outra instituição			
Sim	16	57,14	-
Não	12	42,86	-
Tipo de vínculo			
Estatutário	18	64,29	-
Celetista	10	35,71	-
Idade - média	-	-	37 anos
Tempo médio de formação	-	-	26 anos
Tempo médio de trabalho no pronto-socorro	-	-	4 anos e 7 meses

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Da análise temática dos dados, referente a parte textual das entrevistas, construiu-se dois temas, com dois subtemas. Apesar dos temas serem apresentados separadamente, destaca-se que são intimamente relacionados, possibilitando um olhar para o conjunto dos dados e a compreensão do aprendizado e da educação interprofissional na visão dos profissionais da saúde atuantes na sala vermelha.

7.1 NINGUÉM TRABALHA SOZINHO NA EMERGÊNCIA: UMA INTERAÇÃO OBRIGATÓRIA PELA NATUREZA DO TRABALHO

Esse tema versa sobre a percepção dos profissionais a respeito do trabalho em equipe no pronto-socorro. Observou-se que a natureza do trabalho nesse setor impõe características particulares que marcam as possibilidades da interação entre os integrantes da equipe.

“[...] tem que haver interação entre os profissionais, sabe? [...] eu preciso me comunicar com a equipe, preciso falar com a enfermagem ou com o

médico para prescrever, e a enfermagem para ir lá administrar, muitas vezes preciso falar com a assistente social, [...] converso com a família a respeito de uma traqueostomia, esse tipo de coisa tem que haver comunicação” (Letícia, fisioterapeuta).

“[...] quando o paciente chega instável no PS, chega mal, chega infartando, todos têm que agir, então eu vou atender, o técnico vai pegar acesso [venoso], a enfermagem, cada um conhece seu trabalho, e essa interação, o paciente chegou em estado grave, eu começo atendendo, então o técnico já vai pegando acesso, já vai monitorizando esse paciente, a enfermagem já sabe a medicação que precisa ser administrada,, e aí confirma pra gente, isso já é o trabalho multiprofissional, na urgência as coisas acontecem muito rápido, [...] eu acho que urgência é ter pessoas experientes que saibam fazer seu trabalho e tenham vontade, aí vai dar certo.” (Sophia, médica).

“[...] no serviço público, com uma sobrecarga muito grande, não é? E essa sobrecarga se torna maior quando as pessoas não se ajudam [...] então, assim, na medida que a gente não tem esse clima de colaboração, acaba que há uma sobrecarga de algum, de alguns dos componentes da equipe, e em prejuízo tanto desse profissional como também dos pacientes” (Severo, fisioterapeuta).

“Acho que, às vezes, o sistema, em si, exerce uma pressão em todos os profissionais, e por muitas vezes o sistema não reconhece, a grande maioria, na verdade, toda a equipe, digamos, [...] de uma maneira geral, tanto o reconhecimento profissional como o financeiro, além de uma sobrecarga de trabalho muito grande, gera um ambiente estressante, então, esse ambiente estressante, de certa forma até hostil, faz com que gere às vezes ocorra algum atrito entre a própria equipe, que por muitas vezes não é responsabilidade de um ou de outro resolver, é uma coisa supra, mas como é institucionalizado, às vezes quem está na via final da assistência sofre mais, tem mais essa pressão” (João, médico).

“O que dificulta, eu acho que às vezes, é a falta do quantitativo de profissionais, às vezes é pouco, por exemplo, nos, nutricionista, atendemos de 60 a 70 pacientes, e não damos conta, e eu acho justamente essa falta do quantitativo e a falta de, às vezes, recurso de alguns setores” (Suzana, nutricionista).

“[...] não há o incentivo pela própria gestão das unidades, ela a própria gestão ela não proporciona não motiva não viabiliza esse trabalho sabe, eu acho que deveria partir não só dos profissionais, mas também da gestão, [...] mas eu vejo um esforço ainda um pouco maior dos profissionais, apesar de ser muito tímida mas eu vejo um pouco de esforço” (Felipe, assistente social).

“[...] a gente não consegue sentar e conversar com os outros profissionais, tomar uma decisão em conjunto, porque é tanta coisa que todo mundo tem que fazer ao mesmo tempo, porque é tudo muito corrido” (Lorena, nutricionista).

“[...] a escassez de material, infelizmente a gente vive no SUS, que realmente às vezes não tem material que possa suprir a necessidade do paciente naquele momento, então, às vezes, falta realmente medicamento, falta material de trabalho. Nós para poder dar o suporte ao paciente tem que se virar nos trinta, para poder realmente fazer com que aquele paciente, naquele momento, seja atendido” (Aline, fisioterapeuta).

“[...] às vezes, você está querendo conversar sobre uma questão, mas todos estão muito, muito ocupados e estressados” (Joana, assistente social).

“Tem que ser uma equipe unida, que saiba lidar com as situações, [...] bem treinada, digamos assim, porque se não for uma equipe bem treinada e unida, não flui, o trabalho não flui, principalmente de forma tranquila” (Erica, enfermeira).

“No pronto-socorro, é necessário trabalhar em conjunto, pois, se a equipe não trabalhar em conjunto num contexto, o trabalho não funciona, tem que ser um trabalho em equipe. [...] O trabalho em conjunto, em equipe [...] é você está interligado, tipo o técnico, o médico, o pessoal da limpeza, a nutrição, fisioterapia e enfermeiro, que trabalham juntos em um contexto para fornecer o melhor atendimento ao paciente” (Adriana, técnica em enfermagem).

Dessa forma, entende-se que são nessas condições materiais de existência do trabalho que a interação entre os profissionais é reconhecida como importante:

“[...] tem que ter uma interação e uma passagem de uma equipe para outra, principalmente dos profissionais. Então, dialogarem mais sobre o paciente” (Rosângela, nutricionista).

“[...] Nós temos um relacionamento muito bom entre os profissionais, quando algum paciente apresenta alguma alteração ou intercorrência, quando a gente fala, o pessoal realmente leva a sério, não é aquele negócio não - deixe para lá- [...] não existe aquele negócio não - eu sou o médico e quem vai dizer sou eu - eles realmente, quando você chega e diz alguma coisa eles levam em consideração. Então a gente ver uma interação muito boa” (Silvia, enfermeira).

“[...] para funcionar, nós precisamos trabalhar como uma equipe multiprofissional, onde cada um tem sua função, mas temos que trabalhar em união, tem que um ajudar o outro, ser o mais claro nas informações e tem que ser um trabalho multiprofissional de equipe mesmo” (Sophia, médica).

“Então na prática como é que seria isso, porque, assim, cada pessoa dentro da equipe tem um papel em especial - a sua área de atuação, mas tem muitas coisa que são comuns, então vamos dizer, assim, no serviço público com uma sobrecarga muito grande, e essa sobrecarga se torna maior quando as pessoas não se ajudam, então por exemplo, tem determinadas situações que são comuns [...], como pacientes com secreção de vias aéreas, o fisioterapeuta pode aspirar, o enfermeiro, o médico, então se você percebe que um colega está ocupado ou outra pessoa pode fazer aquilo - por exemplo passar o paciente de um leito para outro, eu como fisioterapeuta posso ajudar o técnico que está fazendo, o enfermeiro pode estar fazendo também, [...] na medida em que ajudamos e demonstramos a solidariedade, [...] auxiliando um colega em seu trabalho - o respeito, a solidariedade e o equilíbrio são mantidos” (Severo, fisioterapeuta).

“Em qualquer lugar que vamos trabalhar, sempre trabalhamos em equipe, o serviço social está sempre em conjunto com [...] a enfermagem, a fisioterapia e os médicos, nos adaptamos a essa forma de trabalho” (Joana, assistente social).

“Tem que ser uma ajudando ao outro, a equipe deve estar bem harmonizada [...] tem que ter sincronia, [...] por exemplo, em uma parada [cardiorrespiratória], cada um já sabe o que fazer, não é precisa estar

falando, [...] o andamento acontece mais rápido quando a equipe já está sincronizada, mas sempre você vai encontrar uma pessoa que vai lhe dar a mão...” (Helena, técnica em enfermagem).

7.1.2 O (des)conhecimento do papel do outro em um espaço de hierarquias

O trabalho no pronto-socorro, embora exija uma relação estreita entre os profissionais, o que implica em uma contínua interação para alcance dos objetivos assistenciais como depreendido no tema acima exposto, circunscreve-se no mesmo processo histórico de hierarquias e divisões de classes observadas na construção sócio-histórica das profissões da saúde, a exemplo do observado nos relatos:

“[...] o enfermeiro e o técnico, certo, às vezes eles sabem que você é o técnico, [...] em muitos setores, às vezes, os médicos não querem direcionar um técnico, sabendo que é o técnico [...] quem vai fazer, é um técnico, porém, ele primeiro chama o enfermeiro, para que o enfermeiro chame o técnico. Eu acho que tem aquela hierarquia [...] têm médicos que ainda agem dessa forma, infelizmente” (Helena, técnica de enfermagem).

“[...] a comunicação, acho que é um problema, que muitas vezes se torna difícil se comunicar corretamente, existem muitos vieses de comunicação, existem questões relacionadas, assim, como envolve pessoas, como envolve hierarquia, existe a questão política, então vai ter pessoas que vão olhar para você simplesmente porque você não faz parte do grupo delas e vão rejeitar você, está entendendo? Então assim é, a comunicação eu vejo que é um dos grandes problemas, mesmo com todas as diferenças que existem em termos de função, personalidade, idade e experiência, todas as pessoas deveriam ter em mente o bem-estar do paciente” (Severo, fisioterapeuta).

Esse arcabouço no qual se situam as relações dificulta o reconhecimento recíproco do papel dos profissionais da equipe, para além do que se demonstra imediatamente no ato do trabalho. A exemplo, por vezes os profissionais reportam que o papel que desempenham não é bem conhecido por seus colegas:

“[...] a maioria dos profissionais de saúde acha que o fisioterapeuta é aquela pessoa que vai lá esticar a perna do paciente, dobrar dez vezes - acabam confundindo, achando que temos esse papel dentro da emergência, porém, paciente de emergência [...] está com droga vasoativa alta, com leucocitose, está com uma plaquetopenia, que está com tudo alterado ali, a hemodinâmica alterada, e se formos manusear, for mobilizar esse paciente pode piorar o quadro. A parte da fisioterapia é realmente mais focada no cuidado da parte ventilatória e progredindo para um desmame, avaliando e reavaliando o paciente do ponto de vista cardiopulmonar.” (Letícia, fisioterapeuta).

“[...] há uma ideia de que o papel do assistente social é quase que doméstico, não é um papel profissional, não é uma prática profissional, por

exemplo, autorizar a entrada de um ventilador em um hospital, isso não é técnico, isso não é profissional, não requer que ninguém que tenha feito a faculdade pra autorizar a entrada do ventilador ou a entrada de uma televisão pequena ou grande, então, nós acabamos, não só aqui que acreditam que sabem que é o nosso fazer, isso cria um certo conflito, porque acham que são demandas, atividades e atribuições que não são nossas, mas acabamos fazendo, pessoas que têm vínculos mais frágeis, pessoas que estão em estado probatório, enfim são diversos fatores, mais em linhas gerais é acaba que isso é muito presente essa deturpação do que seria o papel do serviço social.” (André, assistente social).

“[...] não compreendem - essa é uma grande dificuldade do serviço social dentro do hospital, porque a gente é chamada a fazer atividades que são de outros profissionais, ou são coisas que não é função de ninguém, quando não acha de quem é aquela função se atribui ao serviço social, [...] então tudo mando para o serviço social, e a gente tem muita dificuldade e nesse ponto, muita dificuldade mesmo, então, até hoje a gente tem médico que vem discutir [...] que a comunicação do óbito é a gente, [...] a enfermagem, também, atribui situações que não é da gente, [...] não é toda demanda que chega que a gente vai atuar, e nem todos profissionais sabem disso” (Joana, assistente social).

“Algumas pessoas não têm clareza, às vezes acontece de você encontrar pessoas na sua equipe que acham que você não estar ali naquele momento, ou que você deveria ser submisso a ele ou ela, [...] o médico pegar a central[uncionar acesso central] e nós auxiliamos com boa vontade, [...] tanto para ajudar os pacientes naquele momento quanto para tornar a questão de organização do setor, mas tem médicos que acham que isso é nossa obrigação, e não é” (Adriana, Técnica em enfermagem).

“[...] eles veem uma nutricionista como uma pessoa qualquer, algumas falam - olha a menina da comida chegou! - Mas não vê por trás que temos uma função importante para o paciente, muitos veem só como copeira, chegou lá com a comida e pronto.” (Ludmila, nutricionista).

“[...] os profissionais veem a fisioterapia muito [...] como auxiliar do técnico de enfermagem, na verdade o papel do fisioterapeuta não é esse, o papel do fisioterapeuta, é avaliar e promover o bem-estar na parte ventilatória, em toda a estrutura respiratória e funcional, principalmente na parte funcional do paciente, [...] é conduzir o processo de recuperação funcional do paciente” (Severo, fisioterapeuta).

“[...] é tão difícil o pessoal reconhecer o nosso trabalho, a nossa insistência em cuidar, logo, eu sou muito insistente com os meus cuidados, com os meus pacientes, às vezes você faz o papel de chata, pelo fato de você cuidar tanto” (Pérola, enfermeira).

Em outro ponto, a própria relação de trabalho próxima é um ambiente fecundo para superações das hierarquias e potencializam o reconhecimento dos papéis entre a equipe:

“[...] no imaginário tem-se que o acolhimento por ser algo mais simples, algo mais simplório – ah, coloca o técnico para fazer - isso acaba gerando um ambiente, uma atmosfera de hierarquia -ah, o médico não vai fazer isso - qual é o problema? Está entendendo? Isso quando aplicado na prática faz

“muita diferença, então eu nasci assim, minha formação foi assim” (Otavio, médico).

“[...] equipe é troca de conhecimento, pressupõe a necessidade de uma horizontalidade nas relações profissionais, [...] é saberes entre profissionais, equipe [...] não a hierarquia, entre as categorias que atuam na assistência ao paciente, [...] equipe que ao mesmo tempo também e adversidades de condutas, porque uma equipe formada por categorias diferentes, que tem cada uma da sua lei de regulamentação, as suas diretrizes, mais a ideia é que nesse processo, esses conhecimentos de cada profissionais, [...] possa confluir pra o bem melhor que é a assistência do paciente” (André, assistente social).

Para que haja conhecimento do papel entre as classes profissionais, e necessário a interação no ambiente de trabalho:

“[...] a gente é muito respeitado como profissionais enfermeiros, principalmente pela classe de médicos, [...] eles nos tratam como profissionais realmente necessário, [...] eles sempre pedem ajuda, [...] por exemplo, - transferir um paciente pra UTI, então, eles pedem não só ao enfermeiro, mas o fisioterapeuta, [...] vamos transferir o paciente para a UTI, então nós, da enfermagem, que fazemos a nossa parte organizando o fluxo de saída do paciente, e o fisioterapeuta faz a parte dele com relação a preparar o paciente na situação respiratória...” (Fabricia, enfermeira).

“[...] quando estou no meu horário, mas em sobreaviso no repouso, é só dar um telefonema que eu venho correndo, eles me ligam justamente para assumir meu posto e atuar na minha área, [...] sempre me chamam, e eu venho imediatamente” (Alexandre, fisioterapeuta).

“[...] são muito compreensivos, eles conversam, trocam ideais, [...] interagem, perguntam as nossas opiniões, [...] sobre o que pode ser feito para melhorar um paciente na extubação, [...] nós temos uma boa comunicação” (Aline, fisioterapeuta).

“[...] você trabalha com o médico, tipo, eu técnica não sou assistente do médico, nem o enfermeiro, ninguém é assistente de ninguém, mas aí você aprende a trabalhar em equipe, na verdade, não estou apenas ajudando, estamos trabalhando em equipe, quando se trabalha em equipe, um ajuda o outro” (Adriana, técnica em enfermagem).

“[...] a enfermagem sempre prestar assistência ao paciente, passa as informações para a gente, a assistente social tenta amenizar o sofrimento do paciente, buscando passar alguma mensagem para a família ou levar mensagem do paciente à família, os fisioterapeutas buscam melhorar o padrão respiratório ou a mobilidade motora, são inúmeras” (Ludmila, nutricionista).

“[...] cada um tem que ter noção e entendimento da sua seara de atuação, certo?, é agir de maneira uniforme e integrada, tendo uma visão geral do paciente visando o bem-estado do paciente, então, o fisioterapeuta tem que estar atento no padrão respiratório e ao suporte ventilatório mecânico, e o pessoal da enfermagem deve estar atento em relação ao [...] contato com - os técnicos, [...] cada um funcionando da maneira mais humana possível, e de forma integrada, ninguém é melhor do que ninguém, cada um fazendo a sua parte e colaborando com a parte do próximo, eu acho que é o mais ideal, [...] a gente precisa dessa interligação, de cada um” (Heitor, médico).

7.1.3 A comunicação: ferramenta indispensável para o trabalho interprofissional na emergência

O trabalho no PS estabelece a necessidade da interação contínua entre os membros da equipe. Na perspectiva dos profissionais a comunicação desponta-se como ferramenta fundamental para consecução dos objetivos assistenciais, sobretudo pela natureza do atendimento de emergência.

“[...] tem que saber se comunicar, não adianta nada eu ir lá e prescrever, e - olhe, toma a prescrição - entendeu? E então o técnico - ah, não estou entendendo, não vou fazer a medicação - não, se ele não entende ele vem me perguntar, então é uma abertura e um processo de comunicação” (Sophia, médica).

“[...] comunicação mais aberta, precisa ter é muito respeito, e tentar compreender o que a outra categoria profissional faz, para que possamos atuar de uma forma mais sincronizada” (Marcela, assistente social).

“[...] a gente trabalha de uma maneira tão tranquila, tão harmônica, que conseguimos realmente levar aquele momento de uma forma muito eficiente. São muito compreensivos, e eles conversam, trocam ideias conosco na parte da fisioterapia, interagem, perguntam nossas opiniões, o que achamos sobre como proceder, [...] estão, é muito bom, temos uma boa comunicação” (Aline, fisioterapeuta).

“[...] uma comunicação bem assertiva e todos ali colaborando, [...] então, eles já entendem que precisamos estar sempre juntos identificando quais são os problemas, e eles nos ajudam nesse caminho” (Sara, nutricionista).

“[...] eu preciso me comunicar com a equipe, com a enfermagem ou com o médico, para prescrever, e a enfermagem para administrar. Muitas vezes preciso falar com a assistente social, para conversar com a família a respeito de uma traqueostomia, esse tipo de coisa tem que haver comunicação” (Silvia enfermeira).

Paradoxalmente, embora os profissionais reconheçam que a comunicação é um elemento-chave para o trabalho em equipe, apontam que nem sempre essa habilidade não-técnica é bem operacionalizada entre os pares.

“[...] sempre vem os profissionais que não levam em consideração, e isso muitas vezes complica, há falta de comunicação de alguns profissionais” (Silvia, enfermeira).

“[...] tive um pouco de dificuldade de chegar na equipe, de ter essa comunicação verdadeiramente efetiva, e a equipe às vezes acaba sendo um pouquinho intolerante, no sentido de todo mundo querer que você seja ágil” (Letícia, fisioterapeuta).

“[...] os profissionais acabam sendo afetados, porque de repente, você não entendeu ou não se articula com outros saberes, acaba por vezes limitando o seu próprio fazer profissional” (Felipe, assistente social).

“[...] há falha na comunicação [...] ocorreu um caso em que o paciente tinha concentrados [para transfusão] pendentes de hemácias e não foi realizado, devido a essa falha de comunicação, entre a equipe” (Júlia, técnica em enfermagem).

7.2 APRENDENDO A TRABALHAR EM EQUIPE NO DIA A DIA E SUPERANDO AS FALHAS NA FORMAÇÃO UNIPROFISSIONAL

O trabalho analítico permitiu constatar que, na visão dos profissionais, a formação inicial foi predominantemente de caráter uniprofissional, ou seja, o contato com outras categorias profissionais era esporádico e nem sempre fazia parte da estrutura curricular.

“[...] acaba que a gente trabalhava muito em grupo com o próprio fisioterapeuta, não teve, na prática a vivência de interação se tornava um pouco restrita com outros profissionais” (Severo, fisioterapeuta).

“[...] na faculdade a gente só ia na hora do estágio, fazia com o professor, [...] era eu e a enfermeira, então, assim, eu ficava no plantão junto com ela e muitas vezes, a primeira vez chegava e ensinava, olhe é assim, você vai fazer desse jeito, no próximo não, eu já ia só...” (Erica, enfermeira).

“Durante a formação, acho que isso é muito mais difícil, durante a formação a gente é focado só para área, e a gente é jogado, lançado pela universidade, no campo, [...] na faculdade mesmo, na graduação, acho muita deficiência, [...] o contato mesmo, - é só quando começamos a trabalhar” (Heitor, médico).

“Na minha formação de assistente social, não tive contato com outros profissionais, [...] durante a graduação não” (André, assistente social).

“[...] a grade, o currículo da enfermagem [...] fica um pouco escasso, eu acho que deveria ter de fato, o aprendizado de como trabalhar com outras pessoas e respeitar os limites” (Diogo, técnico em enfermagem).

“Na graduação, não ensinam a técnica de como se trabalhar em equipe, só aprendemos no dia a dia mesmo, ninguém lhe ensina como se portar, como se comunicar, durante a faculdade não” (Sara, nutricionista).

No entanto, é importante destacar que a especialização nem sempre promove uma mudança positiva no trabalho interprofissional.

“[...] eu fiz a pós-graduação, mas para mim a pós-graduação não interferiu em nada na prática, porque quando eu cheguei aqui foi totalmente diferente, nós, enfermeiros, aprendemos a ser realmente os quebra galhos, então

temos que agir com o que tem ali, com o que tem, na verdade" (Fabrícia, enfermeira).

"[...] no dia a dia, vamos aprendendo mais e mais, e na especialização [...] saímos sem entender muito bem, [...] então, eu vim aprender mesmo, a questão de nutrição clínica aqui no hospital, com o passar do tempo" (Rosângela, nutricionista).

7.2.1 Trabalho interprofissional: processo de troca de conhecimento e aprendizado contínuo com o outro

Dessa perspectiva, percebeu-se que o aprendizado para o trabalho interprofissional no contexto do grupo estudado, é produto, talvez, muito mais da interação no dia a dia do que resultado de um processo intencional de formação que vise a esse objetivo. A esse respeito, os entrevistados sinalizam um contínuo processo de aprendizagem que depende das interações no ato do trabalho na sala vermelha.

"[...] não tem aquele negócio não - eu sou enfermeira, eu não vou ensinar para o técnico, porque eu sei, para ele não ficar sabendo mais do que eu, ou o médico, ou o fisioterapeuta. É muito comum quando existe alguma coisa, a gente sempre conversar, sempre tirar a dúvida um do outro - pronto - teve uma situação no plantão anterior em que a técnica chegou para mim e perguntou sobre um paciente hipotenso, se ela podia transfundir o sangue, porque ela achava que não devia, só que expliquei para ela. [...] É importante porque tem a troca, entendeu? É a mesma coisa quando tem alguma situação que eu não sei, o médico vai e orienta, explica. Com o fisio, algum parâmetro que eu não sei, por que aquele paciente está com aquele parâmetro, e eles explicam, então, assim a gente realmente faz dessa forma" (Sílvia, enfermeira).

"[...] então acho que no dia a dia, realmente você vai ensinando, você vai dosando, com quem falar, [...] realmente a gente não aprende na faculdade, só aprende no dia a dia, até porque você precisa conhecer o outro profissional com quem você está trabalhando, [...] você vai mostrando seu trabalho, e as pessoas também vão vendo, e as coisas andam" (Paula, fisioterapeuta).

"No início era mais complicado, com a própria supervisão de nutrição, [...] com os médicos a gente ainda ficava com um pouco de receio, de chegar, falar, uma resistência e até o certo medo de errar, na frente deles, aí era mais difícil, mas com o tempo, vai aprendendo, quando o profissional é mais aberto. Você chega no médico: olha, estou com essa dúvida e ele vai ensinando direitinho" (Suzana, nutricionista).

"[...] o médico, o enfermeiro, quanto o fisio e a nutrição, [...] cada um se ajudando e crescendo em conjunto, aprendendo um com o outro. [...] a nutrição tem uma visão, [...] precisa de um suporte nutricional, para um paciente, então a nutrição diz o esse é melhor por conta disso, então todo mundo vai crescendo junto, a enfermagem diz - esse curativo vai ser feito dessa forma - [...] acredito que quando trabalha assim em conjunto, todos os profissionais tendem a ganhar, e ser ouvidos, além de colocar suas

opiniões, e seu planejamento para o paciente, acredito que isso soma em prol do paciente” (João, médico).

“[...] a gente teve o pessoal da enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição, a gente foi lá para acompanhar os pacientes, e trocar essa experiência e saberes” (Felipe, assistente social).

“[...] a equipe que estava já atuante foi bem aberta para ensinar e a gente teve acesso a tudo, [...] mostraram a rotina, em seguida eu comecei a pegar realmente na prática, e o que eu tinha de dúvidas, eles iam esclarecendo” (Sara, nutricionista).

“[...] algumas técnicas você vai aprender no dia a dia, conversando com o médico, enfermeiro, e dizer assim – olha enfermeiro, percebi que o meu paciente não está movimentando muito o lado direito do corpo, [...] com troca de conhecimentos” (Adriana, técnica em enfermagem).

“[...] a enfermagem vai estar conosco nesse auxílio, diagnóstico do paciente, o técnico vai lá monitorizar e fazer o acesso, ele é o final do que a gente começou, então tem que ser um processo muito bem-feito, e que no final dê certo. Então, é contar com todo mundo, a partir do momento que você prescreve, o enfermeiro abre no horário certo as medicações, e os técnicos fazem a diluição correta, e administra da forma correta, então assim cada um tem a sua contribuição, mas no final é tudo junto porque uma função completa a outra” (Sophia, médica).

7.2.2 Estratégias possíveis mas nem sempre realizadas na formação continuada

Os profissionais relatam a necessidade de uma formação continuada, que possibilite a interação entre as classes, contudo, asseguram que essa estratégia não é adequadamente desenvolvida no serviço estudado.

“Eu acho que dentro dos próprios hospitais deveriam ter mais treinamentos, [...] deveriam ser tipo, fóruns de discussão, casos em que a equipe estivesse integrada e pudesse realmente conversar entre si, e expor casos, enfim discutir” (Leticia, fisioterapeuta).

“[...] algum tipo de encontro entre as profissões, que pudesse trazer alguma dinâmica, que fizesse com que os profissionais se integrassem mais, algum tipo de curso, ou palestras nesse sentido ajudaria. [...] E se houvesse algum tipo de estudo de caso, ajudaria, porque cada um iria colocar o que seria sua função, naquele caso, e os outros colegas perceberiam e se integrariam mais” (Joana, assistente social).

“[...] o processo de educação em saúde continuada, acho que seria bem importante as parcerias e o diálogo coletivo com outra categoria, a gente tem tentado, [...] organizamos diversas vezes o diálogo com as outras categorias, onde pudéssemos trazer um pouco do nosso conhecimento, e conhecer um pouco do outro, mas a gente percebe, [...] que não consegue ultrapassar essa [limitação], e aí o dia passa, a semana passa, e então a gente volta na semana seguinte para o mesmo ponto de dificuldade, eu acho que se a gente conseguisse ter um processo de educação continuada mais organizado, conseguiria ultrapassar um pouco mais” (Marcela, assistente social).

“[...] o ideal é que o treinamento fosse em equipe, [...] mas para isso cada um precisa saber sua função durante o procedimento, e ser treinado, que realmente é o que falta, entendeu? Muitas vezes acontece o treinamento, mas o treinamento é só para os técnicos, só dos enfermeiros, cada um sabe de um jeito, mas não está harmonizado [...]” (Erica, enfermeira).

“[...] o núcleo de educação, ele pode sim melhorar, só que quando você é plantonista da noite, você não tem o núcleo! O plantonista do final de semana não tem o núcleo, então, é a questão da educação mesmo, tanto da instituição, quanto dos profissionais que estão ali de plantão. [...] Uma dinâmica para que a equipe interagisse, [...] de quebrar a frieza do plantão, às vezes você chega, você já trabalha numa sala vermelha, só chega paciente grave, inúmeras pessoas morrendo, poderia ser abordado, alguns temas referentes a nossa rotina, do dia a dia de trabalho, e poderia ser encaixado também temas relacionados à família, às vezes tem profissionais que tem alguma dificuldade em casa e acabam trazendo isso para o trabalho, e isso dificulta o trabalho em equipe” (Adriana, técnica em enfermagem).

“[...] existem cursos que a instituição pode dar, aqui eu não vejo nada disso, cursos, palestras sobre fluxos hospitalares” (Shofia, médica).

“[...] o que falta são mais encontros, dentro do hospital, porque tem, mas são poucos, fazer simulações, e fazer algo que remeta à realidade, não fique só jogando conversa fora, tipo uma palestra solta, mas algo que traga a realidade. [...] Os problemas relativos às demandas junto com outros profissionais, fazendo discussão em grupo, por exemplo, nutrição e enfermagem, quais são os problemas que a enfermagem tem com nutrição, e nutrição com enfermagem, solucionar, entrar em um denominador comum” (Sara, nutricionista).

“[...] combinar alguns dias, e horários, para aquela equipe se reunir, para conversar, debater, algum tipo de melhora, a nível realmente de conduzir o trabalho dentro do setor, [...] uma estratégia dessa forma de conhecimento, algo que chame a atenção dos profissionais” (Aline, fisioterapeuta).

Os fatores que influenciam no processo de formação continuada situam-se, na perspectiva dos profissionais, nas circunstâncias organizacionais, para além das estratégias educativas:

“[...] os funcionários querem algo mais, por exemplo, eles querem uma melhora financeira, uma folga, que seja independentemente da instituição e do recurso humano, você pode dar ou não entendeu, mais são métodos que se pode usar” (Erica, enfermeira).

“[...] poderia ser feito em horários definidos, com um quadro de profissionais da saúde, onde cada um poderia atuar dentro da sua área, seria escalado em horário definidos, o assistente social, enfermagem, medicina e outros saberes, então assim, a gente teria um quadro efetivo, [...] um sério escalado para uma equipe multidisciplinar, e aí teria essa equipe formada em todos os plantões, com a participação de todas as classes” (Felipe, assistente social).

“[...] os profissionais poderiam fazer um curso a cada seis meses, para receber um acréscimo na produção, então o profissional seria incentivado a

fazer esse curso, [...] quando fala que isso vai fazer com que o profissional receba mais, então isso não deixa de ser um estímulo” (Fabricia, enfermeira).

“[...] Estimular, muitas pessoas relatam que são mal remuneradas, [...] eu acho que poderia ter um incentivo, [...] não apenas financeiro, mas também em relação [...] à comunicação entre os profissionais, de forma integral” (Julia, técnica em enfermagem).

“[...] por muitas vezes o sistema não reconhece, a grande maioria, na verdade toda, a equipe, digamos assim, não tem reconhecimento profissional, bem como o financeiro” (João, médico).

“[...] a cada trimestre, uma reunião entre as várias categorias, para discutir o que está acontecendo naquele setor, o que pode melhorar, para que todos interajam, para a melhora do paciente, porque a gente, às vezes, vê o médico uma vez no dia e não vê mais, aí eu acho que se tivesse essa reunião entre os setores poderia ser mais interessante” (Suzana, nutricionista).

8 DISCUSSÃO

Os resultados permitiram perceber que as percepções dos participantes acerca do trabalho e da educação interprofissional são fortemente moldadas pelas condições materiais que possibilitam o próprio exercício laboral e matizam as possibilidades de interação na sala vermelha, cenário onde ocorre a colaboração interprofissional, influenciando substancialmente a eficácia e a dinâmica desse espaço.

8.1 NINGUÉM TRABALHA SOZINHO NA EMERGÊNCIA: UMA INTERAÇÃO OBRIGATÓRIA PELA NATUREZA DO TRABALHO

Esse tema possibilitou a compreensão de que as percepções dos profissionais estruturam-se a partir das vivências particulares do trabalho realizado na sala vermelha.

Sabe-se que a sala de vermelha é um ambiente caracterizado por uma dinâmica rápida, alta pressão e uma ampla variedade de pacientes com situações clínicas complexas. Os profissionais que atuam nesse cenário enfrentam situações imprevisíveis e por vezes graves, que variam desde lesões traumáticas até condições crônicas. Dessa forma, a diversidade de situações de cada paciente e a necessidade de intervenção imediata tornam a colaboração interprofissional imprescindível para fornecer um atendimento eficaz e seguro (Peduzzi *et al.*, 2020).

Assim, reconhece-se que a interação entre os profissionais é fundamental para a assistência de qualidade em um cenário onde é requerida rapidez, precisão e comunicação adequada frente aos diferentes papéis desempenhados pelos agentes envolvidos, para garantia de que os pacientes recebam atendimento adequado (Barros; Spadacio; Costa, 2018; Ingels *et al.*, 2022).

Uma das principais características que marcam a necessidade da abordagem interprofissional é a interação imposta pela complexidade das emergências, haja vista que o processo de trabalho nesse ambiente impõe a necessidade de que profissionais de diferentes classes atuem conjuntamente. Cada um desses profissionais contribui com conhecimentos e habilidades específicas para fornecer cuidados abrangentes e coordenados entre todos os membros da equipe, ensinando e aprendendo mutuamente (Miorinet *et al.*, 2020).

Nesse sentido, também Ingels *et al.* (2022) atestam que nos ambientes de saúde os recursos são frequentemente limitados e a demanda é alta, de modo que a colaboração é essencial para otimizar a eficiência. Quando os profissionais não se ajudam, a sobrecarga recai sobre alguns membros da equipe, resultando em esgotamento, erros nas condutas profissionais e em consequências para profissionais e pacientes (Ingels *et al.*, 2022).

Não obstante, Peduzzi *et al.* (2016) argumentam que no contexto do trabalho em saúde, o tempo é um recurso extremamente limitado que demanda a capacidade de comunicação e colaboração para a tomada de decisões rápida e precisa.

Na presente investigação, a percepção dos profissionais das dificuldades do trabalho na emergência parece imprimir o entendimento de que não há outro caminho para o adequado trabalho no pronto-socorro que não o da interação apropriada entre os atores, como se observou no primeiro tema. Embora, como se verá, não exista na maioria dos relatos ações propositivas que visem à EIP, quer na formação inicial ou na continuada, os profissionais reiteram que seu cotidiano é permeado pela necessidade de colaboração mútua para conseguirem lidar com um ambiente escasso em recursos e altamente demandante, produtor de estresse e conflitos.

Talvez por isso os profissionais reconheçam a colaboração interprofissional como particularmente importante na sala vermelha, porque a desenvolvem como ferramenta para diminuição da sobrecarga e alívio das dificuldades cotidianas. Nessa direção, Seaton *et al.* (2021) aludem que a interação eficaz entre os profissionais pode ajudar a distribuir as demandas de maneira mais igualitária, garantindo que ninguém seja sobrecarregado.

Em contraposição, a falta de colaboração interprofissional pode acarretar consequências tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes. Profissionais sobrecarregados estão em maior risco de esgotamento, *burnout* e problemas de saúde mental. Isso não apenas afeta negativamente sua própria qualidade de vida, mas também compromete a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos pacientes, resultando em erros nas condutas profissionais, em complicações para os pacientes, atrasos nos tratamentos e até mesmo resultados adversos (Ingels *et al.*, 2022).

Portanto, a interação é uma peça central para garantir que todos os pacientes recebam o atendimento adequado, e os profissionais de saúde possam

desempenhar suas funções de maneira compartilhada e segura (Boiko *et al.*, 2021), sobretudo porque a interação não é apenas um meio de transmitir informações, mas uma ferramenta para a construção de conhecimento e atenção às necessidades eminentemente humanas (Nygren *et al.*, 2021).

Nessa análise, considera-se que a relação dos sujeitos com a dinâmica do trabalho na sala vermelha, em face das necessidades impostas pelo mesmo trabalho, mobiliza os atores no desenvolvimento de ferramentas culturais estreitamente relacionadas à realidade social, dentre as quais a colaboração para o trabalho entre diferentes profissões.

Tem-se em vista que, como assegura Luria (1986), se o desenvolvimento da atividade consciente do homem, assim como as demais FPS, originam-se em íntima relação com o trabalho e a linguagem, as demandas próprias do trabalho e das atividades a ele relacionadas podem mobilizar o desenvolvimento de novas ferramentas que impulsionem os sujeitos na direção de novas aprendizagens.

Daí, portanto, que se compreende que a troca de conhecimentos entre profissionais de diferentes áreas e, por conseguinte, a busca pela colaboração entre as profissões, são, ao mesmo tempo, produto e produtor das dinâmicas do trabalho e dos elementos culturais a ele associados.

Vygotsky argumenta que a cultura e a vida em sociedade desempenham um papel vital no desenvolvimento humano (Vygotsky, 1991b) assim como o meio profissional também é um fator relevante no processo de desenvolvimento do psiquismo, possibilitando ao sujeito a criação de complexos sistemas psicológicos que permitem a própria atividade (Vigotski, 2001).

Dessa forma, o trabalho interprofissional pode ser entendido como uma produção cultural humana, que ao mesmo tempo, em que emerge das necessidades do trabalho, produz novas necessidades, apropriações e comportamentos.

Essa compreensão do desenvolvimento colaborativo e das práticas de saúde, permite considerar não apenas os aspectos individuais, mas também os sociais, culturais e organizacionais envolvidos na dinâmica do desenvolvimento dos profissionais da sala vermelha.

8.1.2 O (des)conhecimento do papel do outro em um espaço de hierarquias

Observou-se que o trabalho na sala vermelha, embora exija uma relação estreita entre os profissionais, insere-se no contexto histórico da divisão social do trabalho, traduzida em hierarquias e disputas de classes que permeiam as diversas profissões envolvidas.

Sabidamente, a área da saúde é marcada por hierarquias profissionais, e essa configuração moldou-se a partir das realidades históricas nas quais os conhecimentos e saberes em saúde organizaram-se em profissões regulamentadas (Coifman *et al.*, 2021). Nessa configuração, os médicos muitas vezes ocupam posições de autoridade hierárquica, verticalizando a relação com os outros profissionais de saúde. Tal dinâmica pode ter implicações significativas na colaboração interprofissional e na compreensão do papel de cada membro da equipe (Miorin *et al.*, 2020).

A hierarquia rígida nas relações interprofissionais pode dificultar o reconhecimento recíproco dos papéis dos profissionais da equipe, estabelecendo desafios substanciais na compreensão e na valorização das contribuições individuais dentro da equipe de saúde. Ademais, pode resultar em dificuldades de comunicação, haja vista que dificulta a livre troca de informações e discussões relacionadas aos pacientes, propiciando atrasos na tomada de decisões e na prestação de cuidados (Coifman *et al.*, 2021).

A falta de compreensão do papel do outro em ambientes de hierarquias na saúde não é um desafio isolado, mas representa um problema sistêmico que afeta profissionais de saúde, pacientes e, em consequência, a qualidade dos cuidados prestados (Coifman *et al.*, 2021).

A superação de tal problemática envolve a promoção de uma cultura de colaboração e respeito que deve ser uma meta para alcançar uma assistência de saúde mais segura, em que cada profissional compreenda a responsabilidade e competência de seus pares (Coifman *et al.*, 2021; Seaton *et al.*, 2021).

A EIP é uma estratégia valiosa para fazer frente ao desconhecimento de papéisnesses espaços. Reunir profissionais de diferentes classes em um cenário de aprendizado colaborativo é um recurso útil para promover uma compreensão mais profunda dos papéis e responsabilidades recíprocas, independentemente da posição ocupada ou do *status* simbólico que a mesma representa (Araújo *et al.*, 2023). Por

meio do trabalho em equipe concebido como interprofissional é possível, de fato, compartilhar conhecimentos, construindo novos significados entre a equipe.

Entende-se que a aprendizagem que em tese favoreceria o reconhecimento dos papéis não pode ser traduzida como a simples transferência de conhecimento entre os sujeitos, de modo verticalizado, mas deve partir da premissa de que é no espaço social que se produzem interações que podem, em última instância, resultar em aprendizagens significativas, capazes de instaurar novos comportamentos.

Nessa direção, Vigotski destacou a ideia de que a aprendizagem é intrinsecamente ligada ao ambiente social e o desenvolvimento humano depende da interação constante com o meio social e, especialmente, com outros indivíduos (Vygotsky, 1987). Essa perspectiva possibilita um olhar especial ao contexto do trabalho interprofissional na área da saúde, onde a colaboração entre profissionais de diferentes classes é essencial para a construção de novos significados e práticas.

Por meio do conceito de ZDP, Vigotski argumenta que a colaboração de outro é fundamental para que o sujeito aprenda novas funções na trajetória de seu desenvolvimento (Vygotsky, 1991b), esse entendimento possibilita a compreensão de que o trabalho entre os pares é um espaço propício para novas aprendizagens recíprocas sobre os papéis. Os profissionais de saúde, ao colaborarem, ampliam suas habilidades e conhecimentos de forma cooperativa, de maneira que possibilita que os níveis de desenvolvimento de cada avancem, traduzindo-se em novas competências.

Essa configuração pode favorecer a construção de significados no trabalho, que avancem para além da reprodução de comportamentos que retroalimentam os posicionamentos pautados em uma hierarquia rígida, impulsionando a evolução das práticas de saúde e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Em outro aspecto, quando se falha em produzir espaços intencionais para a aprendizagem no trabalho, pode-se fomentar a falta de colaboração, gerar conflitos e tensões no ambiente laboral, prejudicando a saúde e o bem-estar dos profissionais e a qualidade do atendimento, já que profissionais estressados e insatisfeitos podem ter dificuldade em prestar cuidados de alta qualidade (Silva *et al.*, 2023).

Não obstante, a pouca colaboração pode implicar na sensação de falta de reconhecimento profissional, que aliada ao pouco incentivo financeiro, pode levar a insatisfação e desmotivação entre os profissionais de saúde. Quando os esforços não são reconhecidos, pode-se afetar negativamente a postura da equipe e diminuir

o comprometimento com a prestação de cuidados com qualidade (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016; Darlow *et al.*, 2022).

Adicionalmente, a falta de compreensão dos papéis profissionais pode resultar em erros de comunicação, atrasos no tratamento e falta de coordenação na equipe, além de afetar o bem-estar dos profissionais, uma vez que o reconhecimento e a valorização são essenciais para a satisfação no trabalho (Souza Schlosser *et al.*, 2022).

Nessa análise, fica evidente que a ausência de compreensão dos papéis profissionais na equipe de saúde é um fator crítico que pode contribuir para o baixo desempenho individual dos profissionais, tal fato, pode ser associado a erros de comunicação, atrasos nos procedimentos e deficiências na coordenação de procedimentos mais específicos da sala vermelha, com repercussões diretas na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Na mesma direção, uma configuração de trabalho organizado alimenta a produção e o compartilhamento de significados que podem perpetuar o ciclo vicioso: pouca qualidade e insatisfação no trabalho, afetos negativos e relações conflituosas.

A pouca colaboração interprofissional, pode ainda se traduzir em sobrecarga de trabalho que pode também retroalimentar conflitos internos na equipe. O estresse e a hostilidade podem dificultar a colaboração e a comunicação eficaz, o que também impacta na qualidade dos cuidados (Boiko *et al.*, 2021).

Naturalmente, as melhorias dos processos em tela requerem investimentos, o que implica que o sistema de saúde forneça recursos adequados e dimensione as equipes de profissionais de saúde conforme a demanda. Isso pode envolver a contratação de mais profissionais, o investimento em infraestrutura e a implementação de políticas que garantam um ambiente de trabalho adequado (Morais; Medeiros, 2023).

Em contrapartida, apenas a aplicação de recursos pode não ser suficiente para fazer frente a esta complexa realidade, por isso, entende-se que as estratégias de melhoria devem também contemplar ações educativas de caráter interprofissional. A EIP oportuniza a aprendizagem sobre o trabalho e as responsabilidades uns dos outros, bem como sobre o modo como suas funções se integram na assistência, isso pode ser uma força motriz que possibilita mudanças na dinâmica do trabalho (Morais; Medeiros, 2023).

É importante que os serviços de saúde se organizem no sentido de identificar as barreiras para o trabalho interprofissional e as superar, para tanto, podem ser benéficas às ações voltadas para integrar a equipe, envolvendo seus membros, à vista do melhor reconhecimento dos papéis. Isso não apenas melhora a eficiência do processo, mas também pode minimizar erros e potencializar as chances de recuperação e satisfação dos pacientes (Seaton, *et al.*, 2021).

8.1.3 A comunicação: ferramenta indispensável para o trabalho interprofissional na emergência

Em um ambiente de atendimento de emergência, a colaboração entre diversos profissionais de saúde é essencial para lidar com situações críticas e complexas. Uma comunicação clara e eficiente facilita a troca de informações, a tomada de decisões, e facilita que cada membro da equipe compreenda seu papel e contribuição no contexto interprofissional, o que é essencial para coordenar ações rápidas e decisivas entre diferentes profissionais de saúde que compõem uma equipe (Miorinet *et al.*, 2020).

A comunicação é fundamental para a tomada de decisões, quando ocorre falha na comunicação, os profissionais de saúde podem tomar decisões com base em informações incompletas ou imprecisas, colocando em risco a segurança do paciente. Os profissionais de saúde que enfrentam repetidas falhas na comunicação podem experimentar frustração e desgaste profissional. Isso pode fomentar uma sensação de incompreensão e originar sentimentos de inadequação e de não fazer parte da equipe (Santos; Correa Júnior; Silva, 2022).

Na perspectiva dos profissionais da sala vermelha, a comunicação se destaca como uma ferramenta fundamental para atingir com êxito os objetivos assistenciais, especialmente devido à natureza crítica e imprevisível do atendimento de emergência. A alta demanda de pacientes, a variedade de condições clínicas, a necessidade de tomadas rápidas de decisão, e a diversidade de profissionais de várias classes da saúde envolvidos, estabelecem um cenário desafiador. A comunicação eficaz e a colaboração, portanto, são tidas como vitais para assegurar que cada paciente receba cuidados oportunamente e de acordo com os padrões de qualidade (Boiko *et al.*, 2021).

As falhas na comunicação entre os membros da equipe de saúde podem resultar em limitações significativas. Quando as informações não são compartilhadas de maneira eficaz, pode-se gerar atrasos no tratamento, erros médicos e resultados adversos para o paciente (INGELS *et al.*, 2022).

Para abordar as falhas na comunicação é fundamental criar uma cultura de segurança entre os profissionais, na qual a comunicação aberta e a aprendizagem entre todos os membros da equipe se fazem necessários, isso não apenas reduz o impacto das falhas na comunicação, mas também promove um ambiente onde os profissionais possam crescer e aprender com suas experiências (COSTA; AZEVEDO; VILAR, 2019; SANTOS; CORREA JÚNIOR; SILVA, 2022).

É paradoxal notar que, embora os profissionais de saúde reconheçam a importância da comunicação como elemento essencial para o trabalho em equipe, muitas vezes essa habilidade não-técnica não é efetivamente operacionalizada entre os membros. A conscientização da relevância da comunicação frequentemente não se traduz em práticas eficazes, e isso pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo obstáculos estruturais, hierarquia institucional, sobrecarga de trabalho e até mesmo a falta de treinamento específico em habilidades de comunicação (Costa; Azevedo; Vilar, 2019).

Essa lacuna entre o reconhecimento da importância da comunicação e sua implementação efetiva destaca um desafio significativo na promoção da colaboração interprofissional e aponta para a necessidade de explorar abordagens que possam superar tais barreiras e melhorar a comunicação na sala vermelha (Boiko *et al.*, 2021; Coifman *et al.*, 2021).

Além disso, destaca-se a pressão por agilidade e eficiência, que podem dificultar o desenvolvimento das funções de alguns profissionais, especialmente para os que estão se integrando à equipe. Essa falta de tolerância e compreensão é outro fator que pode dificultar a adaptação e a colaboração entre os membros (Mendes; Rosa Figueira; Silva, 2022).

É essencial reconhecer que a comunicação eficaz não é apenas uma questão de habilidades interpessoais, mas também está intrinsecamente ligada à compreensão dos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe de saúde. O entendimento e as habilidades individuais se entrelaçam para formar uma abordagem mais abrangente e colaborativa. Cada profissional, ao compreender não apenas suas próprias funções, mas também as dos outros, contribui para a sinergia

que vai além das habilidades interpessoais isoladas, aumentando assim o potencial de aprendizado coletivo e proporcionando cuidados mais integrados e eficazes aos pacientes (Coifman *et al.*, 2021).

Enfim, cabe pontuar que é por meio da linguagem que o ser humano avança na história do desenvolvimento da espécie e na história do desenvolvimento individual, haja vista que o acesso ao mundo cultural é intrinsecamente relacionado à linguagem (Vigotski, 2001).

Desse ponto de vista, o acesso ao mundo do outro, o modo como este opera com os conceitos, só é possível por meio da linguagem, a exemplo, lançando mão das retóricas do próprio Vigotski (1997), o indivíduo não precisa ir ao deserto do Saara para conhecer e reportar como é este ambiente, para tanto, é possível sabê-lo pela experiência de outros que o fizeram. Ou seja, por meio da linguagem o sujeito é capaz de superar o imediatismo da experiência e transpor-se para categorias abstratas, uma característica singular da espécie humana (Luria, 1986).

Relacionando, esse arcabouço teórico com a análise da comunicação na equipe interprofissional, é natural que se reconheça que cada profissional tem um corpo de conhecimentos, advindos de sua formação, majoritariamente uniprofissional, e opere com conceitos muito particulares de cada campo científico. Outros profissionais não vinculados a mesma classe, não terão o mesmo plano de fundo para a análise, e apenas poderão acessar os significados de grupo profissional diferente do seu por meio da linguagem e instrução intencional daquele que domina tais conceitos.

Esse panorama releva a linguagem e a comunicação no atendimento de emergência para além de aspectos técnicos como passagem de plantão, registros em prontuários e formulários, privilegiando-as como ferramentas que, aliadas à intencionalidade de se desenvolver o trabalho interprofissional, devem receber maior atenção, tanto no percurso formativo como no cotidiano do trabalho.

8.2 APRENDENDO A TRABALHAR EM EQUIPE NO DIA A DIA E SUPERANDO AS FALHAS NA FORMAÇÃO UNIPROFISSIONAL

Os depoimentos permitiram constatar que a formação inicial dos profissionais foram predominantemente uniprofissional, proporcionando contato esporádico com outras categorias profissionais e não integrado à estrutura curricular. Esse

fatodesperta para questões cruciais sobre a preparação dos profissionais para a colaboração interprofissional e o trabalho em equipe, particularmente nas situações de emergência.

A ausência de oportunidades de ensino formal e intencional conjuntamente a outras categorias profissionais durante a formação inicial pode ter implicações diretas na capacidade dos profissionais para se engajarem eficazmente em ambientes interdisciplinares (Stucky; Wymer; House, 2022).

A falta de integração interprofissional durante a formação, como observado nessa investigação, implicaem reflexões sobre os modelos educacionais vigentes e seus limitesem preparar os profissionais para um ambiente de trabalho cada vez mais interconectado. Há a necessidade de uma abordagem mais colaborativa na formação de estudantes de diferentes classes profissionais para que possam reconhecer que as habilidades interpessoais e de trabalho em equipe são tão vitais quanto o conhecimento técnico específico de cada profissão (Costa, 2019).

As lacunas nas habilidades interprofissionais decorrentes de formação predominantemente uniprofissional contribuem para falta de interação no ambiente de trabalho, impactando adversamente na comunicação interprofissional, na compreensão mútua e da capacidade de colaborar efetivamente em equipe interdisciplinar (Peduzzi, 2016).

Reconhece-se que as limitações da formação uniprofissional denotam a necessidade de políticas educacionais e institucionais que incentivem mudanças que passam pela promoção de uma cultura de colaboração entre diferentes categorias profissionais da saúde, desde o início da formação (Reeves, 2016).

Não obstante, Costa (2019) destaca que a perspectiva uniprofissional tem sido amplamente prevalente no cenário da formação profissional no Brasil, expressando odesafio significativo para os profissionais já graduados, inclusive para os docentes envolvidos nos cursos de graduação.

A falta de vivência prática e experiências de trabalho interprofissional durante a formação, aliada à escassez de orientação direta dos professores, contribui paradificuldades no ambiente profissional, sobretudo porque a transição da formação para o ambiente laboral é um período crítico para a aprendizagem de habilidades interprofissionais. Os profissionais expressam que a verdadeira compreensão e prática sobre como trabalhar com outros profissionais ocorrem após começarem a trabalhar, evidenciando uma lacuna durante a graduação (Stucky;

Wymer; House, 2022). Esse argumento foi recorrente nas falas dos participantes na pesquisa.

De fato, vários trabalhadores alegaram que é na vida profissional que se aprende a trabalhar em equipe, como por imposição e necessidade da própria dinâmica de trabalho.

Vários profissionais apontaram que, na graduação ou no curso técnico, não houve ensino específico sobre como trabalhar em equipe. Reeves *et al.* (2016), destacam que a aprendizagem interprofissional deve ser introduzida desde as fases iniciais dos cursos, especialmente nos dois primeiros anos da graduação, tendo em vista que isso contribui para mitigar o surgimento de estereótipos entre as diferentes profissões na saúde. Um dos argumentos primordiais para essa abordagem é que a interação interprofissional nessa etapa inicial pode impactar a maneira como os estudantes percebem e se relacionam com outras profissões, facilitando o desenvolvimento de atitudes e comportamentos positivos.

Não obstante, a incorporação da interprofissionalidade em níveis educacionais mais avançados, como na pós-graduação e na educação permanente, também se faz necessária, haja vista que os profissionais já formados podem se beneficiar ao aprimorar sua compreensão da própria identidade profissional e do papel que desempenham.

Considerando-se que as estratégias da EIP variam ao longo das diferentes fases da formação em saúde, é natural pensar que o processo deve ser iniciado durante a graduação. Nessa fase, o foco pode ser direcionado ao preparo dos estudantes para explorar, compreender e internalizar as práticas colaborativas. Em etapas subsequentes, como na pós-graduação e na educação permanente, a meta destina-se ao fortalecimento das experiências de aprendizado anteriores, ampliando a capacidade de colaboração em saúde. Isso pode estabelecer uma relação de continuidade no desenvolvimento de incorporação da EIP (Reeves, 2016).

Em outro aspecto, nessa investigação notou-se que alguns profissionais que cursaram especializações reiteraram que nem sempre a EIP é privilegiada em níveis mais avançados de formação. Os profissionais mencionaram os mesmos desafios ao aplicar os conhecimentos adquiridos durante a especialização na prática clínica cotidiana, particularmente o aprendizado para colaboração interprofissional.

Esses resultados reforçam a importância de se considerar mudanças nas estruturas curriculares das instituições de ensino, com vistas à incorporar

componentes interprofissionais desde o início da formação até a especialização. Adaptações nesse sentido podem ajudar a preencher as lacunas identificadas pelos profissionais e melhor prepará-los para ambientes de trabalho colaborativo, de modo especial em ambientes adversos que exigem maior integração e tomada rápida de decisão, como a sala de emergência.

É evidente, portanto, que a aprendizagem para o trabalho interprofissional não pode ser relegada às ocasiões fortuitas, dependente unicamente da disposição interior dos sujeitos. Ao contrário, reconhece-se que a aprendizagem é um processo pedagógico, em que um sujeito intencionalmente indica caminhos para que outro aprenda aquilo que por si só não sabe, avançando de um nível de desenvolvimento atual para um posterior, tornando-se capaz de desempenhar novas funções autonomamente (Vygotsky, 1991b).

A aprendizagem contínua no ambiente de trabalho e a capacidade de adaptar-se às circunstâncias parecem desempenhar papéis fundamentais na promoção efetiva da colaboração interprofissional, contudo, isso não prescinde de que exista um arcabouço formativo que confira intencionalidade para aprendizagem do trabalho interprofissional. Ou seja, mesmo que a vida profissional ocupe lugar de destaque na aprendizagem para o trabalho, é preciso existir espaço para que se ensine com a intencionalidade essa nova competência.

8.2.1 Trabalho interprofissional: processo de troca de conhecimento e aprendizado contínuo com o outro

Na mesma direção do explicitada na seção anterior, este subtema elucida que o processo de troca de conhecimento e aprendizado contínuo com outros profissionais na sala vermelha é um fator preponderante para o aprendizado, mesmo porque, como se viu, o aprendizado no trabalho interprofissional na emergência não é predominantemente internalizado a partir formação.

Dessa forma, a troca de conhecimento por meio de diálogos informais, consultas mútuas e discussões sobre casos clínicos, com o compartilhamento de saberes, podem representar oportunidades de aprendizagem para a colaboração.

A interação que possibilita o intercâmbio de conhecimento não se restringe à simples transmissão de informações, mas também envolve a compreensão mútua das competências e perspectivas de cada profissão. A resistência inicial da

aceitação entre os membros pode ser superada à medida que a equipe se torna mais familiarizada com as contribuições únicas de cada um (Miorin *et al.*, 2020).

No entanto, os desafios como resistências e a necessidade de reconhecimento profissional apontam para a existência de obstáculos que podem impactar na efetividade do aprendizado interprofissional. Essas barreiras demandam uma abordagem cuidadosa, com ênfase na promoção de uma cultura organizacional que valorize a diversidade de conhecimentos e habilidades das diferentes classes profissionais, com o compartilhamento de ideias (Coifman *et al.*, 2021).

Os resultados demonstram que os profissionais encontram resistência para integrar a equipe no início da carreira, porém, reportam que com o passar do tempo a colaboração interprofissional se torna mais efetiva, facilitando o aprendizado.

O aprendizado e a troca de saberes pode ocorrer de forma mais espontânea durante as interações cotidianas, em um contínuo desenvolvimento. Esse processo contínuo de aprendizagem, facilita os avanços nos conhecimentos necessários para o trabalho interprofissional, o que é intrinsecamente relacionado às experiências na sala vermelha (Miorin *et al.*, 2020).

Os profissionais entendem que o aprendizado é mais um resultado de interações diárias de um processo intencional da formação, talvez por isso valorizem mais as estratégias de cunho prático, ao invés de analisar criticamente as falhas da própria formação inicial.

Portanto, as estratégias sugeridas pelos profissionais para aprimorar o aprendizado interprofissional incluem fóruns de discussão, treinamentos em equipe e um maior reconhecimento institucional. Tais sugestões apontam para a necessidade de políticas organizacionais que incentivem e formalizem a educação interprofissional. A criação de espaços formais de discussão e o reconhecimento institucional podem contribuir significativamente para superar barreiras percebidas e promover uma cultura de colaboração contínua.

8.2.2 Estratégias possíveis mas nem sempre realizadas na formação continuada

No tocante às possibilidades de aprimoramento do trabalho interprofissional, os participantes reconhecem a formação continuada como uma estratégia para

promover a interação entre as diferentes classes profissionais. No entanto, observam que, no contexto do serviço estudado, tal ferramenta não é privilegiada.

A exemplo, apontam os fóruns como recurso útil para facilitar a compreensão mútua das funções, além de promover um ambiente mais colaborativo e integrado (Souza; Ferreira; Rossit, 2023).

Encontros interprofissionais e atividades dinâmicas podem ser ferramentas apropriadas para abordagens práticas na formação continuada. A realização de cursos, palestras e estudos de caso específicos poderia proporcionar espaços para mudança de percepções acerca das competências individuais de cada profissão (Batista; Batista, 2016).

Esses argumentos sinalizam para a necessidade de um processo de educação continuada mais estruturado com parcerias e diálogos coletivos entre diferentes categorias profissionais para ultrapassar barreiras e construir uma base sólida para a aprendizagem contínua (Fernandes *et al.*, 2021).

Nessa direção, com base em Reeves (2016), entende-se que os treinamentos em equipe podem ser fundamentais para que cada profissional compreenda claramente seu papel e contribua efetivamente para o trabalho colaborativo.

Para tanto, encontros regulares, simulações e discussões em grupo são propostas que podem contribuir para melhoria do processo de trabalho interprofissional, fortalecendo as relações interpessoais e suas respectivas contribuições para o cuidado ao paciente (Morais; Medeiros, 2023).

Reconhece-se que as estratégias descritas pelos participantes da pesquisa, tais como os fóruns de discussão, os estudos de caso, as simulações e os encontros interprofissionais regulares não apenas proporcionariam a oportunidade de aplicar conhecimentos referentes aos aspectos técnicos e instrumentais do trabalho, mas podem configurar-se como ferramentas para compreensão mútua e a integração entre diferentes áreas de atuação. Nessa perspectiva, Vigotski (1991a) ao destacar a importância da interação social no desenvolvimento humano, corrobora com a ideia de que a aprendizagem é potencializada quando ocorre em um contexto colaborativo.

Não obstante, são evidentes os desafios significativos na implementação dessas estratégias, como a falta de tempo, a ausência de estruturas formais para promover a interação interprofissional e a resistência à mudança. Além disso, fatores organizacionais, como a falta de reconhecimento profissional e financeiro, são

apontados como obstáculos à efetivação da formação continuada desejada (Carvalho *et al.*, 2023).

Em síntese, as propostas discutidas pelos profissionais apontam para a necessidade de algumas estratégias que sejam atinentes à realidade dos serviços, ou seja, voltadas à materialidade do processo de trabalho. Nesse entendimento, a educação continuada deve considerar o processo de trabalho *in loco* para promover uma colaboração mais efetiva entre as diferentes classes profissionais no ambiente hospitalar.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E CONTRIBUIÇÕES PARA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

O estudo apresentou algumas limitações, tendo em vista a dificuldade no recrutamento dos profissionais para a entrevista em razão da característica da sala vermelha, em que sempre se espera o imprevisto e um número elevado de pacientes, o que exige dos profissionais uma demanda maior do seu tempo no setor. Assim, alguns potenciais participantes recusaram-se a integrar o estudo devido à preocupação em deixar os pacientes sem assistência.

Não obstante, foi possível acessar profissionais de diversas classes, o que permitiu ao estudo oferecer contribuições substanciais para a formação de recursos humanos em saúde.

De modo particular, enfatiza-se que as estratégias de educação continuada que podem produzir avanços na formação para o trabalho interprofissional parecem ser aquelas que se assentam na realidade do trabalho dos atores envolvidos, ou seja, é provável que cursos ou oficinas pré-formatados, sem considerar os profissionais que serão envolvidos, podem não ser efetivos.

Nesse aspecto, os educadores devem reconhecer os desafios práticos, como a falta de tempo, para orientar a criação de programas de formação mais flexíveis, adaptáveis, sustentáveis e longitudinais, que envolvam os participantes na concepção, operacionalização e avaliação da proposta.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu aprofundar a compreensão das percepções dos profissionais da equipe de saúde na sala vermelha, em relação ao trabalho e à educação interprofissional.

Os profissionais participantes percebem a colaboração interprofissional como fundamental para a efetividade do trabalho na emergência, haja vista a própria natureza do processo laboral, que exige interação dos membros da equipe. Ao mesmo tempo, reconhecem que a formação, de modo geral, não fomenta o desenvolvimento dessa competência.

Nessa direção, observou-se que a abordagem educacional vivenciada pelos profissionais é predominantemente uniprofissional, tanto no período de formação inicial quanto na formação continuada, como poucos espaços para o ensino e a aprendizagem intencionais, o que representa um desafio e pode sinalizar que os modelos educacionais não têm operacionalizado estratégias efetivas de educação interprofissional, particularmente nos cenários de emergência. As barreiras e facilitadores identificados no cotidiano na sala vermelha destacam-se como elementos que influenciam decisivamente as possibilidades de colaboração interprofissional, tais como a sobrecarga face a grande demanda, a escassez de recursos, a rígida hierarquia social e laboral, e o desconhecimento dos papéis mútuos. Sugere-se investigações que analisem quais os desenhos de estratégias de educação interprofissional, voltadas aos cenários de emergência intra-hospitalar, podem ser implantados de modo que sejam incorporados na realidade dos hospitais públicos brasileiros.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. ANVISA. **Nota técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA**: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)- atualizada em 25/02/2021. 2021. Disponível em: http://bibliotecadigital.anvisa.ibict.br/jspui/bitstream/anvisa/365/1/ATUALIZA%c3%87%c3%83O_06_25.02.2021_NotaT%c3%a9cnica_04/2020_GVIMS/GGTES/ANVISA_orienta%c3%a7%c3%b5es%20para%20servi%c3%a7os%20de%20sa%c3%bade%3a%20medidas%20de%20preven%c3%a7%c3%a3o%20e%20controle%20que%20devem%20ser%20adotadas%20durante%20a%20assist%c3%aancia%20aos%20casos%20suspeitos%20ou%20confirmados%20de%20infec%c3%a7%c3%a3o%20pel%20novo%20coronav%c3%adrus%20%28SARS-CoV-2%29.pdf. Acesso em: 16 de maio 2022.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511> Acesso em: 09 de set. 2023.
- ALVES, L. C.; SANTOS, J. L. F.; DUARTE, Y. A. O. Factors associated with transitions between frailty states among older persons in Brazil, 2006-2010. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 73-85, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/6dw4yCL6cZwy7yyBhsQPKbS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 16 de abr. 2022.
- ARAÚJO, H. M. C. *et al.* Desafios e potencialidades do trabalho em equipe multiprofissional de saúde no atendimento às redes de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 5, p. e1312541446-e1312541446, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41446> Acesso em: 15 de dez. 2023.
- BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 163-173, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151530/mtci-america-observapics-rede-mtci.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018.
- BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Interprofessional education in the teaching of the health professions: shaping practices and knowledge networks. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/kh54yfRbjcFfdzmGXj8rP3M/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 de set. 2022.
- BOIKO, O. *et al.* Interprofessional barriers in patient flow management: an interview study of the views of emergency department staff involved in patient

admissions. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 35, n. 3, p. 334-342, 2021. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2020.1760223>. Acesso em: 25 de maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em: 10 de maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011 (BR)**.

Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 21 de maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Brasília/DF, 2017.

<https://www.uece.br/wp-content/uploads/sites/26/2019/03/Relato%CC%81rio-da-oficina-de-alinhamento-conceitual-sobre-educac%CC%A7a%CC%83o-interprofissional-em-sau%CC%81de.pdf>. Acesso em: 10 de maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de dezembro de 2012**.

Brasília/DF, 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 de maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-30. Brasília/DF, 2021. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/#:~:text=O%20Plano%20de%20Enfrentamento%20das,sa%C3%BAde%20voltados%20%C3%A0s%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas. Acesso em 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.048/GM**. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2002. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 10 de maio 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic

approaches. **Counselling and psychotherapy research**, v. 21, p. 37-47, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/capr.12360>. Acesso em: 5 de maio 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? **Qualitative research in psychology**, v. 18, n. 3, p. 328-352, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>. Acesso em: 5 de maio 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. **Qualitative research in sport, exercise and health**, v. 11, n. 4, p. 589-597, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>. Acesso em: 5 de maio 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-10, 2006. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1191/1478088706qp0630a?scroll=top&role=tab>. Acesso em: 5 de maio 2022.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. CICH. **A national interprofessional competence framework**. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Vancouver. 2010. Disponível em: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>. Acesso em: 28 de jul. 2022.

CARMO, H. O.; PEDUZZI, M.; TRONCHIN, D. M. R. Team climate and job satisfaction in a Mobile Emergency Care Service. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. 20220174, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CbcvPpXnvx7RSk4KYCRwTJm/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 5 de dez 2022.

CARVALHO, L. R. P. *et al.* Ética nas relações de trabalho entre médicos e outros profissionais da saúde. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 4, p. e25412441105-e25412441105, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41105> Acesso em: 11 de nov. de 2023.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. CAIPE. **Interprofessional education guidelines**, Fareham. 2016.

COIFMAN, A. H. M. *et al.* Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6b3gxp5DL5YJy5ZQPGtgntv/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 7 de maio 2022.

COSTA, M. V. A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. **Nova Formação em Saúde Pública: Aprendizado coletivo e lições compartilhados na RedEscola**. Rio de Janeiro, p. 45-61, 2019. 11 de nov. de 2023.

COSTA, M. V.; AZEVEDO, G. D.; VILAR, M. J. P. Institutional aspects for the adoption of Interprofessional Education in nursing and medical training. **Saúde em**

Debate, Rio de Janeiro, v. 43, p. 64-76, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe1/64-76/en>. Acesso em: 8 de maio 2022.

DARLOW, B. *et al.* Longitudinal impact of preregistration interprofessional education on the attitudes and skills of health professionals during their early careers: a non-randomised trial with 4-year outcomes. **BMJ open**, v. 12, p. 060066, 2022.

Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/7/e060066.full.pdf>. Acesso em: 30 de nov. 2022.

DONANGELO, M C. **Medicina e sociedade**. São Paulo. Revista Duas Cidade, 1975.

FERNANDES, S. F. *et al.* Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.55, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Q5xzBG8qVcZcbWMpGktLXQq/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 7 de maio 2022.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependent elderly people. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 01, p. 77-88, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n1/77-88/en>. Acesso em: 16 de abr. 2022.

FORTUNA, C. M. *et al.* Educación interprofesional en salud en la Región de las Américas desde la perspectiva de la enfermería. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 46, p. 69, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2022.v46/e69/es>. Acesso em: 16 de abr. 2022.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 86-96, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8n8Vf9HXr4fZwJ8fHwrVDbg/?format=pdf&la>. Acesso em: 17 de abr. 2022.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. **Revista peruana de medicina experimental y salud pública**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 20 de abr. 2022.

FUMAGALLI, I. H. T.; SUDRÉ, G. A.; MATUMOTO, S. Práticas colaborativas interprofissionais em cuidados de saúde primários: um protocolo de scoping review. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 6, p. 20130, 2021.

Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/3882/388268618015/388268618015pdf>. Acesso em: 20 de abr. 2022.

HONORATO, C. M. A.; MACHADO, F. C. A. Fatores desencadeantes do estresse laboral na emergência médica: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 52-70, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17945/11743>. Acesso em: 19 de abr. 2022.

INGELS, D. J. *et al.* Interprofessional teamwork in healthcare: Observations and the road ahead. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 37, n. 3, p. 338-345, 2022. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2022.2090526>. Acesso em: 15 de abr. 2022.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLABORATIVE. IPEC. Core competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report on An Expert Panel. Washington, 2016. Disponível em: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>. Acesso em: 15 de abr. 2022.

JESUS, R. P. F. S. *et al.* Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 423-434, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22n65/423-434/pt>. Acesso em: 19 de abr. 2022.

KHAN, A. I. *et al.* Examining the extent and factors associated with interprofessional teamwork in primary care settings. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 36, n. 1, p. 52-63, 2022. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1874896>. 20 de ago. 2022.

KHALILI, H. *et al.* An inter-professional socialization framework for developing an interprofes-sional identity among health professions students. **Journal of**

Interprofessional Care, Londres, v. 27, n. 6, p. 448-453, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.804042>. Acesso em: 16 de ago. 2022.

KHALILI, H. *et al.* **Guidance on global interprofessional education and collaborative practice research: Discussion paper**. A joint publication by InterprofessionalResearch.Global and Interprofessional.Global, 2019. Disponível em: https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/19793/1/Guidance-on-Global-Interprofessional-Education-and-Collaborative-Practice-Research_Discussion-Paper_FINAL-WEB.pdf. 20 de maio 2022.

LIMA, A. W. S. *et al.* Perception and manifestation of collaborative competencies among undergraduate health students. **Revista Latino-Americana de**

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 28, p. 32-40, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tdmjYfY5DLsgnBg3WJm3GGM/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 29 de abr. 2022.

LURIA, A. R. **Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria**. Trad. Diana Myriam Lichtenstein; Mário Corso; Supervisão de trad: Sérgio Spritzer. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

MENDES, F. A. J.; ROSA FIGUEIRA, L. G.; SILVA, M. A. M. Os efeitos da educação interprofissional na prática em saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 13, n. 1, p. 26-35, 2022. Disponível em:

file:///C:/Users/cesar/OneDrive/Documentos/Downloads/3180+RPU+V13N1+PL.pdf.

Acesso em: 18 de dez. 2022.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. Hucitec, São Paulo, 1996.

MILTON, J. *et al.* Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. **Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine**, v. 30, n. 1, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13049-022-01034-0#citeas>. Acesso em: 19 de abr. 2022.

MIORIN, J. D. *et al.* Interprofessional collaboration between health teams of emergency services: integrative review. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 2, p. 78922074, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2074/1716>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MORAIS, I. F.; MEDEIROS, S. M. PET-Saúde interprofissionalidade: contribuições, barreiras e sustentabilidade da Educação Interprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, p. e220319, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220319> Acesso em: 15 de dez. 2023.

MORGAN, S. *et al.* Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature. **Review. Int J Nurs Stud**, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891500070X>. Acesso em: 22 abr. 2022.

NYGREN, U. S. *et al.* Healthcare professionals' perceptions about interprofessional teamwork: a national survey within Swedish child healthcare services. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-021-06139-3>. Acesso em: 18 abr. 2022.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 8 de maio 2022.

OLIVEIRA, M. K. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico**. São Paulo: Scipione, 2010.

OLIVEIRA, M. K. **Vigotski: Aprendizado e desenvolvimento: Um processo sócio-histórico**. 5 ed. São Paulo: Scipione, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

PEDUZZI, M. *et al.* Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, p. 977-983, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 25 de maio 2022.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. **Clínica médica**, Barueri, v. 1, p. 1-9, 2016.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 de maio 2022.

PEDUZZI, M. The SUS is interprofessional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYzQVLHM/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 de abr. 2022.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.** p. 161-177. 2007.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde: Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 15 de abr. de 2022.

PFLUCK, N. C. D.; GRAFF, V. A.; ROSA, R. S. Processo de trabalho em saúde: do taylorismo às contribuições contemporâneas. O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas. **Editora Prismas**, Curitiba, p. 13-29, 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/241829/001108192.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 de set. 2022.

PINO, A. A criança e seu meio: contribuição de Vigotski ao desenvolvimento da criança e à sua educação. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 741-756, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/rn7G9MgGqBsMsMZd3h9xWjJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 de set. 2022.

RABELO, S. K. *et al.* Nurses' work process in an emergency hospital service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 73, n. 5, p. 20180923, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XsGGjsf9tsWjRT4gWWWdpWq/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 de abr. 2022.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical teacher**, Londres, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663> Acesso em: 11 de nov. de 2023.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of systematic reviews**, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/epdf/full>. Acesso em: 28 de abr. 2022.

REEVES, S. *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care**, John Wiley & Sons, 2011.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 de abr. 2022.

ROSSIT, R. A. S. *et al.* The research group as a learning scenario in/on Interprofessional Education: focus on narratives. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1511-1523, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Tz6rCQBRTLWTnsnJDJH4ms/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 25 de abr. 2022.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 de maio 2022.

SANTOS, L. C.; SIMONETTI, J. P.; CYRINO, A. P. Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1601-1611, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NTZKfDvfMJhckHXtwgSDwvg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 de abr. 2022.

SANTOS, M. L. R.; CORREA JÚNIOR, A. J. S.; SILVA, M. V. S. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. 1-18, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210754> Acesso em: 15 de dez. 2023.

SEATON, J. *et al.* Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 35, n. 2, p. 217-228, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311> Acesso em: 15 de dez. 2023.

SILVA, E. A. L. *et al.* A colaboração interprofissional no programa de educação pelo trabalho para a saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 22, p. e65847, 2023. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude> Acesso em: 10 de dez. 2023.

SILVA, G. T. R. *et al.* Interprofessional education: reflections on health training in Brazil. **Nursing & Care Open Access Journal**, v. 6, n. 5, p. 158-160, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Gilberto-Tadeu-Silva/publication/336910924_Interprofessional_education_reflections_on_health_training_in_Brazil/links/5dddc4f24585159aa44b8f61/Interprofessional-education-reflections-on-health-training-in-Brazil.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.

SOUZA SCHLOSSER, A. *et al.* Educação interprofissional: percepção de graduandos do Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde/Interprofissionalidade. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília/DF, v. 33, n. 02, p. 77-90, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/ccs.v33i02.1157> Acesso em: 12 de dez. 2023.

SOUZA, S. V.; FERREIRA, B. J.; ROSSIT, R. A. S. Desafios da formação docente em cursos de Enfermagem no norte do Brasil na perspectiva da Educação Interprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, p. e220171, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41105> Acesso em: 11 de nov. de 2023.

STUCKY, C. H.; WYMER, J. A.; HOUSE, S. Nurse leaders: Transforming interprofessional relationships to bridge healthcare quality and safety. **Nurse Leader**, v. 20, n. 4, p. 375-380, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1541461221002731>. Acesso em: 27 out. 2022.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Emergency and Urgent Health Care Network on scene: contingencies and production of care. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 761-776, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pRV4m4hwLWy7jcdQp7SGf4L/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 30 de maio 2022.

TONG, A.; SAINSBURY P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p.349-357, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. 01 de set. 2023.

VYGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e Linguagem**. Tradução Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991a.

VYGOTSKY, L. S. **Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores, editorial científico técnica**. Ciudad de la Habana, 1987.

VYGOTSKI, L. S. **Obras escogidas I: problemas teóricos y metodológicos de la psicología**. 2. ed. Madrid: Visor Distribuciones, 1997.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1991b.

WEI, H. *et al.* A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 36, n. 5, p. 735-749, 2022. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2021.1973975>. Acesso em: 30 de out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**, Geneva. World Health Organization. 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=7CC8D0960DC99415AA9DEE3EB6A11C9E?sequence=1. Acesso em: 30 de abr. 2022.

YUSRA, R. Y.; FINDYARTINI, A.; SOEMANTRI, D. Healthcare professionals' perceptions regarding interprofessional collaborative practice in Indonesia. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, v. 15, p. 24-29, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2405452618301666#preview-section-introduction>. Acesso em: 19 de set. 2022.

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

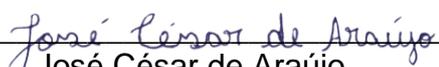
Nós, Rogério Silva Lima e José César de Araújo, pesquisadores responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado, **PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO PRONTO-SOCORRO SOBRE O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL**, estamos cientes enquanto à necessidade do cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da própria CONEP, como descrito no Comunicado CONEP de 09/05/2020. Dessa forma, para a execução dos procedimentos de pesquisa presenciais, planejados para serem realizados no período do segundo semestre de 2022 e primeiro semestre de 2023, serão adotadas medidas sanitárias para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa. De maneira específica no presente protocolo, serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos: O local da entrevista será em uma sala de reuniões, serão oferecidas todas as medidas de segurança necessárias, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (ANVISA, 2021) , ou seja, será mantido o distanciamento social mínimo, entre a pesquisador e o entrevistado, o uso de máscara cirúrgica durante todo o desenvolvimento da entrevista; ao ser recebido e após a entrevista será realizada a higienização das mãos com aplicação de álcool gel; o ambiente será iluminado e ventilado mantendo janela aberta e porta entreaberta; reitera-se que o pesquisador e o entrevistado não terão nenhum contato físico.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.

30 de agosto de 2022



Rogério Silva Lima



José César de Araújo

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturado

ROTEIRO SEMIESTRITURADO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO PRONTO-SOCORRO

DATA: ____/____/____ NOME FICTÍCIO: _____

Início da entrevista: ____h: ____m Fim da entrevista: ____h: ____m

Duração: _____

DADOS SOCIOCULTURAL

1) Idade: _____

2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Formação: _____

4) Tempo de formação (em anos): _____

5) Possui Especialização

() Não () sim Qual (is): _____

6) Trabalha em outra instituição:

() Não () Sim Qual setor: _____

7) Tempo de trabalho no pronto-socorro: _____

8) Tipo de vínculo trabalhista:

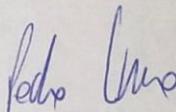
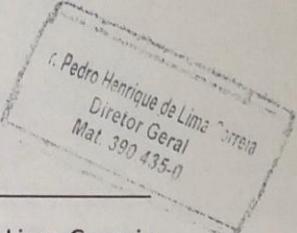
() Estatutário () Celetista

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Questões:

1. Para que o trabalho no PS se desenvolva de modo apropriado, para você, como deve ser o trabalho da equipe de saúde?
2. Na sua carreira como foi para você aprender a trabalhar junto à equipe de saúde no pronto-socorro?
3. Durante a sua formação, você teve oportunidade de aprender a trabalhar em conjunto com os outros profissionais de saúde? Você se lembra de algum exemplo?
4. Na sua visão, como a sua formação na graduação contribuiu para o trabalho que você realiza junto a equipe?
5. Você tem clareza do papel dos outros profissionais de saúde que atuam com você no PS? Poderia citar exemplos?
6. Você acha que os outros profissionais compreendem seu papel na equipe de trabalho no PS?
7. Na sua opinião, quais fatores dificultam o trabalho interprofissional no PS?
8. Para você, quais estratégias podem estimular a aprendizagem do trabalho interprofissional no PS?

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

 <p>HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE</p>	<p>Governo do Estado de Pernambuco Secretaria Estadual de Saúde</p>	 <p>Núcleo de Educação Permanente Hospital Regional do Agreste</p>
<h3>CARTA DE ANUÊNCIA</h3>		
<p>Declaro estar ciente da realização da pesquisa: “PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO PRONTO-SOCORRO SOBRE O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL” desenvolvida pelo mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - Minas Gerais, JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO, sob orientação do Prof. Dr. Rogério Silva Lima, nas dependências do Hospital Regional do Agreste, CNPJ: 10572048001442, na cidade de Caruaru, Pernambuco, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.</p>		
<p>Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e 510/16, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins de pesquisa.</p>		
<p>Caruaru, 01 de agosto de 2022.</p>		
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">   </div>		
<p>Dr. Pedro Henrique de Lima Correia DIRETOR GERAL DO HRA</p>		
<p>Hospital Regional do Agreste – Núcleo de Educação Permanente BR 232, Km 130, s/n. Bairro: Indianópolis. Caruaru-PE Telefone: 3719-9349</p>		

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TÍTULO DA PESQUISA: Percepções dos profissionais atuantes no pronto-socorro sobre o trabalho interprofissional e a educação interprofissional

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Rogério Silva Lima

PESQUISADOR PARTICIPANTE: José César de Araújo

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas-MG.

TELEFONE: (35) 3701 9153

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____. **CPF:** _____

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa - "Percepções dos profissionais atuantes no pronto-socorro sobre o trabalho interprofissional e a educação interprofissional" de responsabilidade do pesquisador Rogério Silva Lima. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias, uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você poderá interromper o processo de entrevista sem prejuízos de ordem alguma. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

OBJETIVO: Compreender as percepções dos profissionais do pronto-socorro sobre o trabalho interprofissional e a educação interprofissional

JUSTIFICATIVA: A reflexão sobre a educação interprofissional e a prática colaborativa no pronto-socorro é um caminho capaz de reposicionar o usuário como centro da assistência, no planejamento e na execução de ações em saúde, apresentando-se, assim, coerente com os princípios do SUS, que implicam respostas efetivas para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde, que por sua complexidade precisa de múltiplos olhares. À vista disso, justifica-se a importância de pesquisar sobre a perspectiva dos profissionais, a educação interprofissional e sua articulação com o trabalho interprofissional no pronto-socorro.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Caso você aceite participar deste estudo, a coleta dos dados será realizada por entrevista, com gravação de áudio, onde você responderá a um questionário composto por duas etapas: uma sobre informações pessoais e sociocultural e a outra e um roteiro semiestruturado. A coleta terá duração de aproximadamente 30 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS: A participação na pesquisa pode trazer risco mínimo aos participantes e causar prováveis constrangimentos e desconfortos ao responder os questionamentos. Caso haja necessidade, a coleta de dados poderá ser interrompida e o(a) participante possuirá a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de expor qualquer justificativa e sem

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 1 de 3

Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos,

AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO ()

a gravação de voz para coleta e transcrição da entrevista da seguinte pesquisa.

Você poderá consultar o pesquisador, Rogério Silva Lima, no seguinte telefone (35) 991246998 ou e-mail: rogerio.lima@unifal-mg.edu.br e/ou Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG), com endereço Universidade Federal de Alfenas, na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

Eu, _____, CPF _____ nº- _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Caruaru, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO PRONTO-SOCORRO SOBRE O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Pesquisador: Rogério Silva Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63121722.4.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.759.746

Apresentação do Projeto:

O projeto refere a um trabalho a ser conduzido no mestrado, tendo como orientador o docente do curso de enfermagem e a coparticipação o Hospital Regional do Agreste. Diversos fatores têm contribuído para aumento da complexidade da assistência à saúde e defrontado os profissionais e serviços com desafio de garantir assistência qualificada. Como exemplo, destacam-se as doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas por um conjunto de múltiplos fatores de risco que resultam em incapacidades funcionais e impactam seriamente no sistema de saúde,

particularmente no Brasil. Nos variados níveis de atenção, inaugurou novos desafios para as profissões que integram o pronto-socorro, e conseqüentemente, para o campo da educação e formação dos profissionais que nele atuam. A Educação Interprofissional é compreendida como uma abordagem de experiências educacionais inovadora, que possibilita o desenvolvimento de competências essenciais para a eficiência do trabalho interprofissional. Dessa forma, considera-se relevante conhecer, na perspectiva dos profissionais que integram as equipes de emergência, como tem ocorrido, ou não, o aprendizado do trabalho interprofissional no cotidiano do exercício laboral. O objetivo deste estudo é compreender as percepções dos profissionais do pronto-socorro sobre o trabalho interprofissional e a educação interprofissional. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, analítica, pautada no referencial teórico da abordagem históricocultural, proposta por Vigotski. Serão entrevistados 30 profissionais que atuam no pronto-socorro, com um instrumento para coleta de dados, elaborado pelos próprios autores, composto por duas partes: a

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.759.746

primeira com questões para caracterização dos participantes e a segunda, com questões norteadoras. Para a organização e análise dos dados, será utilizada a Análise Temática, referente a proposta de Braun e Clarke. O presente estudo respeitará as orientações estabelecidas pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Como resultado esperado, intenta-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a melhoria na colaboração Interprofissional no serviço, cenário do estudo, e apresentar subsídios para novas investigações no campo. Refere que os custos serão financiados pelos próprios pesquisadores.

Objetivo da Pesquisa:

1.Objetivo geral: Compreender as percepções dos profissionais do pronto-socorro sobre o trabalho interprofissional e a educação interprofissional.

2.Objetivo Secundário:

Analisar, na perspectiva dos profissionais, quais as contribuições da formação na graduação para o trabalho interprofissional no pronto-socorro.

Analisar, na perspectiva dos profissionais, quais as contribuições da formação continuada para o trabalho interprofissional no pronto-socorro.

Conhecer as barreiras e os facilitadores da aprendizagem do trabalho interprofissional no cotidiano do pronto-socorro.

Análise do CEP:

Os objetivos são:

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto e exequíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

1.A participação na pesquisa pode trazer risco mínimo aos participantes e causar prováveis constrangimentos e desconfortos ao responder os questionamentos. Caso haja necessidade, a coleta de dados poderá ser interrompida e o(a) participante possuirá a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de expor qualquer justificativa e sem prejuízos de ordem alguma, porém, o pesquisador tomará os devidos cuidado quanto a apresentação dos formulários de coleta de dados para a entrevista, mantendo postura ética e garantindo a privacidade. MEDIDAS MINIMIZADORAS: Vamos garantir o sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Garantir o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.750.746

acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Garantir a não identificação nominal no formulário, a fim de garantir o seu anonimato. Esclarecer e informar a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio: A entrevista será em uma sala de reuniões, serão oferecidas todas as medidas de segurança necessárias, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (ANVISA, 2021) , ou seja, será mantido o distanciamento social mínimo, entre o pesquisador e o entrevistado, o uso de máscara cirúrgica durante todo o desenvolvimento da entrevista; ao ser recebido e após a entrevista será realizada a higienização das mãos com aplicação de álcool gel a 70%; o ambiente será iluminado e ventilado mantendo janela aberta; reitera-se que o pesquisador e o entrevistado não terão nenhum contato físico.

2. Quanto ao benefício espera-se uma melhor percepção sobre o tema do trabalho interprofissional e educação interprofissional dos profissionais de saúde que atuam no serviço de pronto-socorro, com vistas a identificação de subsídios que contribuam para que o Núcleo de Educação Permanente do Hospital possa mapear estratégias que potencializem a educação interprofissional da equipe com vistas a identificação de subsídios que contribuam para que o Núcleo de Educação Permanente do Hospital possa mapear estratégias que potencializem a educação interprofissional da equipe.

Análise do CEP:

- a. Descreve os riscos da participação do estudo e as medidas minimizadora corretamente;
- b. Menciona corretamente os benefícios em participar do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Metodologia: Coerente com os objetivos do estudo. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, analítica, pautada no referencial teórico da abordagem histórico-cultural, proposta por Vigotski. A pesquisa será realizada em um hospital de grande porte, de natureza pública, localizado em um município ao Oeste de Pernambuco. Quanto aos critérios de inclusão refere que serão 30 profissionais das seguintes categorias: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem, integrantes da equipe do pronto-socorro, deverá atuar no pronto-socorro por pelo menos seis meses. Serão excluídos os profissionais em afastamento, de férias e licença maternidade durante o período de coleta dos dados. Os profissionais serão convidados a participarem da entrevista durante o expediente de trabalho, de comum acordo com a coordenação, para que não haja prejuízo do andamento do trabalho. As entrevistas serão

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.759.746

agendadas, de acordo com a disponibilidade dos participantes e serão realizadas em uma sala previamente preparada, espaço privativo, sem ruídos e interrupções, na própria instituição, de comum acordo com a coordenação. As entrevistas serão realizadas pelo pesquisador principal, e gravadas em áudio, com um gravador digital. Estima-se uma

duração média de 30 minutos. Será utilizado um instrumento para coleta de dados, elaborado pelos próprios autores, composto por duas partes: a primeira com questões para caracterização dos participantes e a segunda, com oito questões norteadoras. Ao final das entrevistas, os dados de caracterização serão tabulados e o conteúdo da gravação será transcrito integralmente, para o programa de editor de texto, pelo próprio pesquisador. O presente estudo respeitará as orientações estabelecidas pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). Refere que solicitará a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (BRASIL, 2012), uma para o pesquisador e outra para o participante. Com vistas à garantia do anonimato, serão atribuídos nomes fictícios aleatórios aos participantes, pelos pesquisadores. Os dados serão coletados apenas após a aprovação do comitê de ética. Para a organização e análise dos dados, será utilizada a Análise Temática (AT), referente a proposta de Braun e Clarke (2006).

2. Referencial teórico da pesquisa - Está em consonância aos objetivos e com a metodologia proposta;

3. Cronograma de pesquisa: Presente e adequado, a coleta está prevista para o início de dezembro de 2022;

4. Orçamento - Presente e adequado;

5. Bibliografia - Presente e adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado;

2. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica;

3. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica;

4. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica;

5. Termo de Compromisso para o Desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no Período da Pandemia - presente e adequado;

6. Declaração de Compromisso - presente e adequado,

7. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado;

8. Folha de rosto - presente e adequada;

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro **CEP:** 37.130-001

UF: MG **Município:** ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 5.759.746

9. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado

Recomendações:

Não tem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão:

Recomenda-se a aprovação do protocolo.

PENDÊNCIA 1. Descrever as medida minimizadoras conforme o TCLE nas Informações Básicas do Projeto e no Projeto.

RESPOSTA: As medidas minimizadoras foram descritas conforme orientações no TCLE e no projeto. (TCLE página: 2) (projeto detalhado – página: 23).

Análise CEP: PENDENCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 2. Excluir o risco caso o participante reportar desconforto em responder o questionário, poderá, caso queira, ser encaminhado ao serviço de apoio ao colaborador do próprio hospital, uma vez que os pesquisadores que são responsáveis;

RESPOSTA: Os riscos acima citados foram excluídos, do TCLE e do projeto detalhado.

Análise CEP: PENDENCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 3. Corrigir na metodologia do projeto detalhado que solicitará a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, uma via ficará com o pesquisador e outro como os participantes do estudo;

RESPOSTA: Foi corrigida na metodologia do projeto acrescentando, em duas vias, uma via ficará com o pesquisador e outro como os participantes do estudo, conforme sugerido.

(Projeto detalhado página: 22)

Análise CEP: PENDENCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 4. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

a. Retirar do TCLE a medida minimizadora que "Se você participante reportar desconforto em responder o questionário, poderá, caso queira, ser encaminhado ao serviço de apoio ao colaborador do próprio hospital", uma vez que os pesquisadores deverão se responsabilizar pela assistência aos participantes do estudo;

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro **CEP:** 37.130-001

UF: MG **Município:** ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 5.759.746

RESPOSTA: A medida minimizadora foi retirada. (TCLE página: 2).

b. Excluir o item que em relação as despesas referente aulas, cursos, palestras, consultas/exames/tratamentos/etc. totalmente gratuitos, uma vez que a pesquisa refere a uma entrevista.

RESPOSTA: O item foi excluído. (TCLE página: 2).

c. Retirar do item que menciona caso de ocorra algum dano terá o direito a assistência integral pelo patrocinador, uma vez que a pesquisa não menciona patrocinador.

RESPOSTA: O item foi excluído. (TCLE página: 2).

d. Incluir a autorização da gravação da voz durante a condução da pesquisa;

RESPOSTA: Foi incluída a solicitação de autorização da voz. (TCLE página: 3).

e. Retirar as informações que exemplifique, e que não faz parte do presente estudo (e pesquisas envolvendo gestantes, o pagamento de despesas, assistência integral e gratuita e/ou indenizações deve incluir a mãe e a criança). Redigir conforme o modelo disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/cep/formularios/>;

RESPOSTA: As informações foram retiradas. (TCLE página: 2).

Análise CEP: PENDENCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise a coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1975376.pdf	24/10/2022 16:45:24		Aceito
Outros	TermodeAutorizacaoInstitucional.pdf	24/10/2022 16:44:02	JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	24/10/2022 10:07:16	JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOPARA DESENVOLVIMENTO PESQUISADOR CORONAVIRUS.pdf	23/10/2022 13:35:25	JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO	Aceito
Outros	DeclaracaoCompromissoCEP.pdf	23/10/2022 13:32:05	JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	23/10/2022 13:19:28	JOSE CESAR DE ARAÚJO	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.759.748

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/10/2022 13:18:04	JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoplataformaBralcesar.pdf	31/08/2022 09:09:59	JOSÉ CÉSAR DE ARAÚJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 16 de Novembro de 2022

Assinado por:

DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br