

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

ANNE CAROLINE FAVERSANI DA COSTA

**INTERPROFISSIONALIDADE NAS EQUIPES DE SAÚDE
MULTIPROFISSIONAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Porto Alegre

2022

ANNE CAROLINE FAVERSANI DA COSTA

**INTERPROFISSIONALIDADE NAS EQUIPES DE SAÚDE
MULTIPROFISSIONAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
bacharela em Nutrição da Faculdade de Medicina
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Angela Peña Ghisleni.

Porto Alegre
2022

ANNE CAROLINE FAVERSANI DA COSTA

**INTERPROFISSIONALIDADE NAS EQUIPES DE SAÚDE
MULTIPROFISSIONAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
bacharela em Nutrição da Faculdade de Medicina
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Angela Peña Ghisleni

Aprovado em: Porto Alegre, 10 de maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Angela Peña Ghisleni - Orientadora
UFRGS

Prof^a Dr^a Raquel Canuto
UFRGS

Prof Dr Renato Gorga Bandeira de Mello
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família - especialmente minha mãe, Viviane; meu pai, Rochele; meu companheiro, Bruno; minhas avós, Ivone e Sonia e meu avô, Paulo Roberto. Sem eles nada teria sido conquistado e nenhum esforço valeria à pena.

Agradeço às professoras Dr^a Angela Peña Ghisleni, por me acolher em suas pesquisas com tanto carinho, e Dr^a Raquel Canuto, pelas oportunidades e pelo aprendizado que me concedeu.

RESUMO

Pesquisas apontam o papel da interprofissionalidade na melhora da saúde de pacientes e comunidades e do clima de trabalho e confiança entre colegas. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância do aprendizado interprofissional nas instituições de ensino superior. O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, com objetivo de avaliar a qualidade de artigos que trazem a interprofissionalidade como causa ou consequência de impactos na assistência em saúde e formar um corpo de conhecimento sobre o assunto. Para atingir este objetivo, foram selecionados artigos do *Journal of Interprofessional Care*, publicados a partir de 2016 e que trouxessem a interligação dos temas “*interprofessional*” e “*healthcare improvement*” ou “*patient outcome*”. Dos seis artigos selecionados, cinco foram avaliados com o auxílio da ferramenta *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), que identificou que a metodologia e condução de todos os estudos foram rigorosas, assegurando sua qualidade. O tema mais abordado nos artigos selecionados é a relação da interprofissionalidade com a melhora da comunicação e da confiança no ambiente de trabalho. Embora a relevância seja estabelecida, ainda há poucos estudos que de fato explicitam impactos na assistência em saúde relacionados à interprofissionalidade, possivelmente pela dificuldade de avaliar este efeito. Pesquisas futuras são necessárias de modo a reforçar a relevância deste tema, reconhecidamente importante para a saúde de modo geral.

Palavras-chave: Interprofissionalidade. Revisão integrativa. Ambiente de trabalho. Identidade interprofissional.

ABSTRACT

Research has indicated the role of interprofessionalism in the improvement of patients and community health and in the workplace climate and trust between colleagues. Furthermore, the World Health Organization (WHO) acknowledges the importance of interprofessional learning in higher education institutions. This study consists in an integrative literature revision, aiming to assess the quality of articles which bring interprofessionalism as a cause or consequence of impacts in healthcare assistance and to develop a body of knowledge about the subject. In order to reach the objective, the selection was based on the articles published in the Journal of Interprofessional Care, from 2016, that integrated the terms “interprofessional” and “healthcare improvement” or “patient outcome”. Of the six articles selected, five were assessed with the support of Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), which identified that the methodology and conduction of the articles were rigorous, ensuring its quality. The most discussed topic in the selected articles was the association between interprofessionalism and the improvement in communication and trust in the workplace. Although the relevance is already established, articles that actually show impacts in healthcare assistance related to interprofessionalism are still scarce, possibly due to the difficulty in assessing this effect. Future research is needed in order to reinforce the relevance of this subject, evidently important to health and healthcare improvement.

Key words: Interprofessional. Integrative revision. Workplace environment. Interprofessional identity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	10
3. RESULTADOS.....	13
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	17
4.1 Sobre os artigos.....	17
4.2 Sobre o processo de construção da interprofissionalidade.....	22
4.3 Sobre a construção da identidade interprofissional.....	24
5. CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS.....	32

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, desde a implementação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a discussão sobre as práticas colaborativas interprofissionais vem ganhando força nos espaços políticos do país. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010, p. 13), a “prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços”. No contexto da saúde pública, isso reflete muitas vezes no ofício das equipes de saúde, idealizadas para ter a interprofissionalidade como sua base (Peduzzi, 2016).

A interprofissionalidade é o aprendizado mútuo entre duas ou mais profissões sobre si em prol de tornar a colaboração mais efetiva e de trazer melhores resultados para a saúde individual ou comunitária. A formação e estabelecimento de uma equipe de saúde envolve diversas ações em conjunto, como o planejamento da atenção à saúde, o manejo da informação e da comunicação, a tomada de decisões e a gestão dos recursos disponíveis para melhor atender as necessidades da população específica. De fato, segundo Peduzzi e Agreli (2018, p. 1526): “o trabalho em equipe interprofissional envolve elementos do contexto social, político e econômico” e, quando se considera que esta equipe é formada por pessoas de diferentes formações, origens e cada uma com sua complexidade, pode-se acrescentar os elementos do contexto psicológico.

Por mais que esteja relacionada ao coletivo, a interprofissionalidade tem, a priori, origem no indivíduo: é uma competência adquirida com o desenvolvimento da identidade interprofissional que, por sua vez, pode ser construída adjunta ou posteriormente à identidade profissional (Khalili; Price, 2021). A identidade profissional pode ser definida como uma identidade que o indivíduo constrói à saída do curso de formação, o qual “ao confrontar a herança da imagem profissional de sua formação com a realidade das relações de trabalho, passa a projetar-se profissionalmente conforme suas expectativas e desejos do que quer para si” (Ghisleni, 2010, p. 51). Já a identidade interprofissional consiste no sentimento de pertencimento e comprometimento à própria profissão e à equipe interprofissional; para tal, uma estrutura de socialização interprofissional nas universidades se faz necessária, pois através dessa socialização é que o aluno - e futuro profissional - pode desenvolver sua

identidade interprofissional, ao invés de apenas a estimular na construção da identidade uniprofissional (Khalili; Orchard; Laschinger; Farah, 2013).

Contudo, a realidade vivenciada ainda hoje nos cursos de graduação da saúde é a de formações voltadas para a socialização uniprofissional, em que o estudante, exposto quase que exclusivamente ao seu domínio de atuação, ao terminar o curso e tornar-se um profissional inserido no mercado de trabalho, possui pouco ou nenhum conhecimento da atuação de seus colegas de outras profissões (Khalili; Price, 2021). Tal situação forma profissionais que trabalham de maneira isolada, fragmentando os cuidados em saúde, o que pode levar a uma duplicação de atos, elevando os custos para o sistema de saúde e aumentando riscos de erros (Freire Filho et al, 2019). Em contraponto, os processos de trabalho em saúde do SUS têm por finalidade a integralidade da atenção, exigindo o trabalho associado interdependente em regime de cooperação para atender às necessidades de saúde da população (Matuda; Aguiar; Frazão, 2013). Observa-se, portanto, uma dissonância de interesses do sistema de educação com o sistema de saúde.

Sabe-se que a interprofissionalidade traz diversos benefícios para as políticas de saúde e comunidades, tais como: melhoria das práticas e produtividade no ambiente de trabalho, da segurança e dos resultados dos pacientes, do acesso à assistência de saúde e o aumento da confiança dos trabalhadores da saúde (OMS, 2010). Partindo desse pressuposto, traduz-se que mediante a formação de uma identidade interprofissional tais efeitos sejam potencializados, elevando, assim, a qualidade do atendimento e serviços prestados pelo sistema de saúde. O presente estudo se propõe a compor um corpo de conhecimento a respeito da construção da identidade interprofissional e seus possíveis impactos na assistência em saúde. Este tema é de valia para o sistema de saúde como um todo, pois, como visto anteriormente, quando a interprofissionalidade não é exercitada, a saúde da população torna-se fragilizada e o sistema não opera adequadamente.

2. METODOLOGIA

A fim de desenvolver um corpo de conhecimento sobre a temática da interprofissionalidade e seus benefícios para a saúde de indivíduos e comunidade e bem-estar no local de trabalho, escolheu-se a revisão integrativa da literatura como metodologia a ser seguida. A revisão integrativa é um tipo de revisão em que são analisados materiais de um assunto específico com objetivo de construir um corpo de conhecimento de determinado assunto baseado em estudos e registros anteriores; o termo “integrativa” faz referência às integrações de opiniões, conceitos ou ideias provenientes dos estudos selecionados. (Mendes; Silveira; Galvão, 2008. Botelho; Cunha; Macedo, 2011.). A revisão integrativa é construída em seis passos e os padrões rigorosos da metodologia a ser seguida conferem confiabilidade e diminuem as chances de vieses e erros (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A metodologia aplicada neste estudo é baseada nos estudos de Botelho, Cunha, Macedo (2011); Mendes, Silveira, Galvão (2008) e Souza, Silva, Carvalho (2010):

- Primeiro passo: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- Segundo passo: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;
- Terceiro passo: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
- Quarto passo: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- Quinto passo: interpretação dos resultados;
- Sexto passo: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Atendendo ao primeiro passo e dada a necessidade anteriormente discutida de pesquisas com esta temática, a pergunta norteadora do estudo foi gerada através da estratégia PICO, sendo “PICO” um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação - quando essa é possível e/ou necessária - e *Outcomes* (desfecho) (Santos; Pimenta; Nobre, 2007). Como o item da Comparação não é necessário neste caso, utilizou-se os outros três itens para formular a pergunta da pesquisa, que é a seguinte: **Como o desenvolvimento da identidade interprofissional (i) em equipes multiprofissionais (p) impacta na assistência em saúde (o)?**

Após a elaboração da pergunta de pesquisa, seguindo o segundo passo da revisão integrativa, selecionou-se os estudos do seguinte modo: apenas artigos publicados a partir de 2016, em inglês, na base de dados *Taylor & Francis Online* e apenas artigos com acesso na íntegra. Os termos pesquisados foram “interprofessional AND healthcare improvement” e “interprofessional AND patient outcome”, o operador booleano AND foi aqui empregado para que os resultados fossem direcionados a ter ambos os termos presentes. Todos os artigos selecionados foram resultado das pesquisas na base de dados *Taylor & Francis Online*, publicados no *Journal of Interprofessional Care* (JIC). Após a pesquisa pelos termos em inglês, obteve-se 131 resultados (figura 1); na primeira seleção, 15 artigos foram selecionados pelo título, após houve a leitura dos seus resumos e sete artigos foram selecionados, então; a seguir, os sete artigos foram lidos na íntegra, resultando na exclusão de um, sendo incluídos na pesquisa seis artigos.

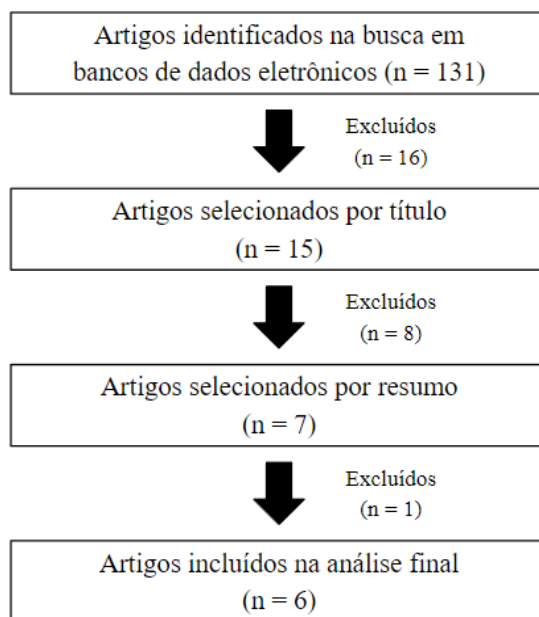


Figura 1. Metodologia de seleção de artigos. Elaborado pela autora.

Dos seis artigos selecionados, três são pesquisas qualitativas, um é um estudo quantitativo não randomizado, um é um estudo com metodologia mista - estudos que utilizam métodos quantitativos e qualitativos para chegar aos objetivos, integrando os resultados de ambos - e um é uma revisão de escopo. As informações relevantes a serem consideradas são acerca do conteúdo dos artigos, necessitando estes abordar a interprofissionalidade e relacioná-la a algum impacto, seja na saúde do paciente ou comunidade, seja na qualidade de trabalho.

O quarto passo da revisão integrativa consiste em avaliar os artigos selecionados, observando se estes atendem pré-requisitos mínimos, por exemplo, a rigorosidade da aplicação da metodologia e a manipulação adequada dos dados, para que seus resultados sejam considerados relevantes de fato. Para este passo, a ferramenta escolhida foi a *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Hong et al, 2018), que foi desenvolvida por Pluye et al., 2009. Neste estudo, a versão utilizada é a mais recente, validada em 2018 (Hong, 2018). Há uma versão desta ferramenta validada no contexto do Brasil (Souto et al, 2020), porém trata-se da adaptação transcultural de uma versão antiga da MMAT - para este estudo, optou-se por usar a versão mais recente, em inglês.

É importante ressaltar que a ferramenta não visa fornecer pontuações ou quaisquer tipos de classificação para os artigos avaliados através dela. Essa ferramenta avalia os artigos por meio de perguntas voltadas para cada desenho de pesquisa: na primeira parte, responde-se às duas primeiras questões, que servem como uma triagem de artigos, e a seguir, caso as respostas da triagem sejam positivas, responde-se às perguntas seguintes, direcionadas para o desenho de pesquisa: qualitativo, quantitativo (dividido em três subtipos: ensaio clínico randomizado, quantitativo não randomizado e descritivo) e métodos mistos, não sendo possível avaliar a qualidade apenas da revisão de escopo através dessa ferramenta. As respostas possíveis são *Yes*, *No* e *Can't tell* (em tradução livre: Sim, Não e Não posso afirmar), tendo também um espaço reservado para comentários para cada resposta. Na segunda parte da ferramenta, os autores definem os tipos de artigos que entram em determinadas categorias e explicam detalhadamente cada pergunta.

O quinto e o sexto passo, interpretação de resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento, respectivamente, serão evidenciados nos tópicos seguintes.

3. RESULTADOS

Após avaliar a qualidade dos artigos através da ferramenta MMAT (Hong, 2018), os resultados foram dispostos em planilhas (Quadros 1, 2, 3, 4 e 5). Dos artigos selecionados, um é de métodos mistos (Nagelkerk et al, 2018), um é uma pesquisa quantitativa (Khan et al, 2022), três são qualitativas (Myron et al, 2018; Sutherland et al, 2021; Vatn; Dahl, 2021) e um é uma revisão de escopo (Blakeney; et al, 2021).

Como a MMAT não aceita revisões de escopo para avaliação, o artigo com esta metodologia não foi incluído para análise. As duas primeiras questões da ferramenta são para a triagem dos artigos (Quadro 1). Elas avaliam se a pergunta de pesquisa é clara e se os dados coletados permitem chegar na resposta ou atingir o objetivo da pesquisa, sendo os dois requisitos mínimos para que a avaliação possa prosseguir.

Como todos os artigos possuem os requisitos designados nas perguntas de triagem, todos obtiveram respostas positivas, ou seja, estão aptos para seguirem para as demais perguntas. Por terem obtido as mesmas respostas, os artigos foram agrupados em um mesmo quadro; o mesmo formato se repete nas demais questões, apenas separando os artigos quando há respostas diferentes.

Tipos de componentes de estudos de métodos mistos ou de estudos primários	Critérios de qualidade da metodologia (veja exemplos e definições no tutorial)	Sim	Não	Não posso afirmar
Perguntas de triagem (para todos os tipos)	Há perguntas de pesquisa (ou objetivos) qualitativas e quantitativas claras, ou uma pergunta (ou objetivo) de métodos mistos clara?	X		
	Os dados coletados permitem responder à pergunta de pesquisa (objetivo)? Por exemplo, considere se o período da pesquisa é longo o suficiente para que o resultado ocorra (para estudos longitudinais ou componentes do estudo).	X		
	As avaliações seguintes podem não ser possíveis ou apropriadas caso a resposta seja “Não” ou “Não posso afirmar” para uma pergunta ou ambas.			

Quadro 1. Perguntas de triagem dos artigos. (Adaptado de Hong et al., 2018).

A seguir, as pesquisas com desenho qualitativo foram avaliadas e também obtiveram apenas respostas positivas (Quadro 2). Os artigos aqui compreendidos são os de desenho qualitativo e o de métodos mistos, que, de acordo com as instruções de uso da ferramenta, deve passar pela avaliação qualitativa, quantitativa e de métodos mistos. As questões são

voltadas para as relações dos dados com o objetivo do estudo e com o contexto, para o processo de análise de dados e para as influências dos pesquisadores nos resultados.

Todos os artigos avaliados obtiveram respostas positivas em todas as questões, portanto, estão agrupados no quadro a seguir.

Tipos de componentes de estudos de métodos mistos ou de estudos primários	Critérios de qualidade da metodologia (veja exemplos e definições no tutorial)	Sim	Não	Não posso afirmar
1. Qualitativo	1.1. As fontes de dados qualitativos (arquivos, documentos, informantes, observações) são relevantes para responder a pergunta de pesquisa (objetivo)?	X		
	1.2. O processo da análise de dados qualitativos é relevante para responder a pergunta de pesquisa (objetivo)?	X		
	1.3. É dada a consideração apropriada para como os achados se relacionam ao contexto, por exemplo, na configuração na qual os dados foram coletados?	X		
	1.4. É dada a consideração apropriada para a relação dos achados com a influência dos pesquisadores, por exemplo, através de suas interações com participantes?	X		

Quadro 2. Perguntas para avaliar artigos com desenho qualitativo. (Adaptado de Hong et al., 2018).

Após, foram avaliadas as pesquisas quantitativas (Quadro 3), o que inclui o artigo de métodos mistos. O quadro a seguir representa o artigo, com desenho quantitativo não randomizado (estudo analítico transversal), dos pesquisadores Khan et al. (2022). O estudo pontua positivamente em todos os aspectos, exceto no último, relacionado à taxa de respostas: a taxa de resposta mínima adequada seria de 60%, entretanto o estudo obteve uma taxa média de 48,1%.

Tipos de componentes de estudos de métodos mistos ou de estudos primários	Critérios de qualidade da metodologia (veja exemplos e definições no tutorial)	Sim	Não	Não posso afirmar
3. Quantitativo não randomizado	3.1. Os participantes (organizações) são recrutados de uma forma que minimize o viés de seleção?	X		
	3.2. As medidas são apropriadas (origem clara, ou validação reconhecida, ou instrumento padrão; e ausência de contaminação entre grupos quando apropriado) em relação à exposição/intervenção e resultados?	X		

	3.3. Nos grupos sob comparação (expostos vs. não expostos; com intervenção vs. sem; casos vs. controles), os participantes são comparáveis, ou os pesquisadores levam em consideração (e controlam) a diferença entre esses grupos?	X		
	3.4. Os dados dos resultados estão completos (80% ou acima), e, quando aplicável, há uma taxa de resposta aceitável (60% ou acima), ou uma taxa de acompanhamento aceitável para estudos de coorte (dependendo da duração do acompanhamento)?		X	

Quadro 3. Perguntas para avaliar artigos com desenho quantitativo não randomizado. Estudo de Khan et al., 2022. (Adaptado de Hong et al., 2018).

O estudo de Nagelkerk et al. (2018) de métodos mistos também foi avaliado pelo questionário de trabalhos com desenho quantitativo não randomizado e pontuou positivamente em todas as questões (quadro 4).

Tipos de componentes de estudos de métodos mistos ou de estudos primários	Critérios de qualidade da metodologia (veja exemplos e definições no tutorial)	Sim	Não	Não posso afirmar
3. Quantitativo não randomizado	3.1. Os participantes (organizações) são recrutados de uma forma que minimize o viés de seleção?	X		
	3.2. As medidas são apropriadas (origem clara, ou validação reconhecida, ou instrumento padrão; e ausência de contaminação entre grupos quando apropriado) em relação à exposição/intervenção e resultados?	X		
	3.3. Nos grupos sob comparação (expostos vs. não expostos; com intervenção vs. sem; casos vs. controles), os participantes são comparáveis, ou os pesquisadores levam em consideração (e controlam) a diferença entre esses grupos?	X		
	3.4. Os dados dos resultados estão completos (80% ou acima), e, quando aplicável, há uma taxa de resposta aceitável (60% ou acima), ou uma taxa de acompanhamento aceitável para estudos de coorte (dependendo da duração do acompanhamento)?	X		

Quadro 4. Perguntas para avaliar artigos com desenho quantitativo não randomizado. Estudo de Nagelkerk et al., 2018. (Adaptado de Hong et al., 2018).

O único estudo de métodos mistos da seleção, pesquisa de Nagelkerk et al. (2018), pontuou positivamente em todas as perguntas relacionadas ao seu desenho de pesquisa, como mostra o quadro 5.

Tipos de componentes de estudos de métodos mistos ou de estudos primários	Critérios de qualidade da metodologia (veja exemplos e definições no tutorial)	Sim	Não	Não posso afirmar
5. Métodos mistos	5.1. O desenho de pesquisa de métodos mistos é relevante para responder às perguntas de pesquisa (ou objetivos) qualitativa e quantitativa, ou os aspectos qualitativo e quantitativo da pergunta (ou objetivo) de métodos mistos?	X		
	5.2. A integração dos dados (ou resultados) qualitativos e quantitativos são relevantes para responder à pergunta de pesquisa (objetivo)?	X		
	5.3. É dada a consideração apropriada para as limitações associadas a essa integração, por exemplo, a divergência de dados (ou resultados) qualitativos e quantitativos em um desenho de triangulação?	X		
	Critérios para os componentes qualitativos (1.1 a 1.4) e critérios apropriados para o componente quantitativo (2.1 a 2.4, ou 3.1 a 3.4, ou 4.1 a 4.4), devem ser aplicados também.			

Quadro 5. Perguntas para avaliar artigos com desenho de métodos mistos. (Adaptado de Hong et al., 2018).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Sobre os artigos

Após a apreciação dos artigos selecionados, cabe elucidar o que os autores trazem em cada estudo. O estudo de Myron et al. (2018) consiste na avaliação dos efeitos de um programa de parceria, que foi desenvolvido em seis coortes com duração de um ano cada, feito ao modelo da teoria do aprendizado colaborativo. Como nessa teoria as interações sociais são essenciais, os participantes - profissionais de diversas áreas da saúde com variado tempo de experiência e até mesmo pacientes - trocaram conhecimentos ao longo do período da coorte. Os dados foram coletados com questões discursivas e entrevistas semi-estruturadas e, segundo os autores, os participantes acharam a parceria desafiadora, pela questão pedagógica do aprendizado, mas muito produtiva. Um dos grandes achados desta pesquisa foi a valorização ainda maior que os participantes deram a opiniões advindas de pessoas com diferentes experiências, botando em perspectiva suas próprias opiniões e os levando a ter maior consideração pela visão do outro. Os autores concluem afirmando que há reais benefícios para pacientes e profissionais em aprender juntos em um programa formal de aprendizado.

A pesquisa dos autores Sutherland et al. (2021) observou a confiança entre profissionais da saúde que trabalham juntos gerada através da proximidade entre eles; a pesquisa também procurou responder o que faz os colaboradores criarem essa confiança. Os profissionais foram avaliados em pares, que foram diferenciados em “próximos” e “distribuídos”, sendo os pares próximos aqueles pares que compartilham o mesmo ambiente de trabalho e prontuário eletrônico, enquanto os distribuídos não compartilham uma destas características ou ambas. O número amostral foi obtido até que os resultados começassem a mostrar redundância; foram ao todo seis médicos de cuidados primários e 33 profissionais de outras áreas. A metodologia deste estudo consistiu em entrevistar os participantes de modo semi-estruturados individualmente; as entrevistas duravam em média 49 minutos e foram realizadas no período de setembro de 2018 a julho de 2019. Alguns achados que os autores destacaram foram que grupos grandes e que não trabalham de forma coesa e integrada, no mesmo ambiente, ou até que não compartilham o prontuário dos pacientes, tendem a ter

menos confiança uns nos outros. Com isso, os autores apontam que os resultados sugerem como profissionais, equipes e sistemas de saúde podem dar suporte à construção da confiança.

O terceiro estudo com desenho qualitativo é o dos autores Vatn, Dahl (2021) e tem o objetivo de investigar como enfermeiros e médicos experienciam a colaboração interprofissional no cuidado e tratamento de pacientes de blocos cirúrgicos. Para isso, duas ferramentas foram implementadas nos blocos cirúrgicos: a NEWS (National Early Warning Score), que, através de uma tabela de risco, serve para identificar mais facilmente pacientes que estão em piora clínica, e a ISBAR (*identification, situation, background, analysis and recommendation*; em tradução livre: identificação, situação, antecedente, análise e recomendação), que é uma padronização da comunicação em ambientes hospitalares, tornando a comunicação comum e previsível. Os participantes, 11 enfermeiros e sete médicos, foram submetidos a entrevistas semi-estruturadas em quatro encontros em grupos focais. Cada grupo focal tinha apenas uma das profissões, para não ocorrer nenhum viés e deixar o profissional mais livre para que pudesse comentar o que realmente sente em respeito aos colegas de trabalho de diferente formação. Nos grupos focais, os principais temas abordados pelos profissionais eram relacionados à organização e cultura do local, pois faltavam locais para reuniões interprofissionais; os profissionais também discutiram a respeito da comunicação e da falta de padronização, que levava a uma desconfiança entre os colegas de trabalho: uma situação comum relatada é a de um profissional ligar para um colega de outra área pedindo ajuda quanto a alguma especificidade de um paciente, mas não conseguir passar as informações adequadamente e/ou não compreender (ou concordar com) o que o colega diz e acabar ligando para outro colega, com quem tem mais contato e confiança (mas não necessariamente atende aquele paciente), o que gera desperdício de tempo e desconfiança entre os colegas de equipe. Depois da inclusão das ferramentas NEWS e ISBAR na rotina dos colaboradores, foi relatada melhora na comunicação e na passagem de informações essenciais para os colegas. Além disso, os profissionais frisam a importância de salinhas de reunião para discussão dos casos, pois muitas vezes tinham dúvidas que não achavam sérias o suficiente para ligar para os colegas e acabavam ficando com as dúvidas não atendidas. Tanto enfermeiros como médicos acreditaram que as ferramentas trouxeram, através de uma comunicação comum, uma melhor comunicação interprofissional e sentiram mais confiança uns nos outros após a intervenção do estudo.

O estudo quantitativo de Khan et al (2022) realiza uma comparação do nível de interprofissionalidade das equipes de saúde canadenses do tipo *Family Health Teams* (FHT, em tradução livre: equipes de saúde da família) e *Community Health Centers* (CHC, em

tradução livre: centros de saúde comunitária), em Ontário, através aplicação da ferramenta *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT, em tradução livre: ferramenta de avaliação de práticas colaborativas). As equipes do tipo CHCs são equipes de atenção primária à saúde que prestam apoio às comunidades e foram implementadas na década de 1970, já as FHTs são muito mais recentes: foram implementadas em 2006 e são baseadas em um modelo liderado por médicos. Ao todo, foram avaliados 988 profissionais, de 12 profissões diferentes, pertencentes a 66 equipes (sendo 44 FHTs e 22 CHCs). A CPAT mensura o nível de interprofissionalidade de uma equipe por meio de 56 perguntas em 8 tópicos diferentes: Missão, Propósito Significativo, Metas; Relacionamentos Gerais; Liderança de Equipe; Responsabilidades Gerais da Função, Autonomia; Comunicação e Troca de Informações; Conexões Comunitárias e Coordenação do Cuidado; Tomada de Decisões e Manejo de Conflitos; e Envolvimento com Paciente. As respostas de cada participante foram agrupadas e convertidas em um escore para a equipe; o escore mais baixo da CPAT é oito e o mais alto, 56. A média geral do escore CPAT foi de 46.6 (dp 2.5), sendo que as equipes do tipo CHC tiveram um escore significativamente maior do que as FHTs (média da diferença: 1.7, $p = .02$). A taxa média de respostas foi de 48.1%, CHCs tiveram uma taxa maior (52.1%) do que FHTs (40.2%). Os autores identificaram os seguintes fatores como causas de diminuição significativa do escore: o aumento do tamanho da equipe, a utilização de processos administrativos centralizados, o excesso de troca de informações e ter um quadro misto de liderança (médica e comunitária); enquanto que os fatores que o aumentaram são o tempo desde o surgimento do tipo de equipe, o comprometimento à melhoria da qualidade e o uso de diversos mecanismos de comunicar informações, tanto formais quanto informais.

A pesquisa com desenho de métodos mistos, dos autores Nagelkerk et al (2018), tem por objetivo avaliar os impactos na saúde dos pacientes com diabetes, na integração interprofissional e na produtividade gerados com o programa de educação em interprofissionalidade e práticas colaborativas (IPPC), que inseriu estudantes da área da saúde (medicina, farmácia e assistência médica) na equipe de saúde de *Cherry Street Health Services* (CSHS), para acompanhar a rotina dos profissionais. Os participantes foram 250 pacientes clinicamente diagnosticados com diabetes, 22 estudantes dos cursos anteriormente citados e 20 membros da equipe de profissionais do CSHS; os estudantes foram dispostos em escalas e acompanharam a rotina da clínica por, ao todo, 12 meses (out/2014 a out/2015). A equipe era formada por sete assistentes médicos, três médicos, três enfermeiros registrados, dois especialistas em registro de pacientes, um administrador, um *community health worker* (em tradução livre: agente comunitário de saúde), um dietista, um *licensed practical nurse*

(em tradução livre: enfermeiro prático licenciado) e um assistente social. Todas as avaliações quantitativas foram feitas no início e no final do programa; nos estudantes e na equipe foram aplicadas as ferramentas *Interdisciplinary Education Perception Scale* (IEPS, usada para avaliar as percepções de cuidado interprofissional), *Entry-level Interprofessional Questionnaire* (ELIQ, usada para mensurar as dimensões da comunicação e o trabalho em equipe) e *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT, usada aqui para mensurar as percepções e prontidão para trabalho em equipe), além de um teste de conhecimento em IPPC. Nos pacientes foram aferidos os níveis de glicemia, hemoglobina glicada (HbA1c), perfil lipídico (colesterol total/HDL, triglicerídeos), índice de massa corporal (IMC), pressão sanguínea e os registros de exames anuais de dentes, olhos e pés; também foram questionados quanto a sua satisfação com o serviço oferecido. Por fim, a produtividade da prática clínica foi mensurada pelo número médio de pacientes vistos por cuidador por hora. A parte qualitativa da pesquisa consistiu na formação de grupos focais da equipe e dos estudantes. Alguns achados do estudo foram que os escores da ferramenta IEPS já eram altos antes da intervenção, tanto em estudantes como em profissionais, o que não se alterou na segunda aplicação; na ferramenta ELIQ, ambos tiveram aumento do escore nas subescalas de comunicação e trabalho em equipe e de aprendizagem interprofissional; os escores da ferramenta CPAT dos profissionais já era alto no início, o que impediu que o aumento na segunda aplicação fosse significativo. Os testes de conhecimento em IPPC apresentaram aumento significativo tanto em estudantes como em profissionais, mas não em todas as áreas do teste. Os pacientes mais críticos (HbA1c $\geq 7\%$) tiveram melhoras mais significativas do que aqueles com níveis de hemoglobina glicada menores do que 7%, com destaque para os resultados da hemoglobina glicada, perfil lipídico e glicemia. Ainda sobre os pacientes, as pesquisas de satisfação mostraram que as opiniões negativas antes da intervenção eram quanto a comunicação por telefone, atrasos e atendimentos curtos; após o programa ser implementado, os únicos comentários negativos eram a respeito da comunicação por telefone. A produtividade dos profissionais (medida em atendimentos por hora) aumentou ao longo de todo o ano da intervenção. Nos grupos focais, o tópico mais abordado pela equipe foi a inclusão dos huddles, que diminuiriam o tempo de espera dos pacientes e melhoraram o fluxo de trabalho da equipe, e o mais abordado por estudantes foi a possibilidade de ver outros profissionais atuando e como isso mudou a sua própria perspectiva dos colegas de outras áreas.

O estudo dos pesquisadores Blakeney et al (2021) trata-se de uma revisão de escopo da literatura. Foram selecionados 79 artigos sobre rounds interprofissionais à beira do leito

(*Interprofessional Bedside Rounds*, IBR) em que há engajamento dos profissionais com o paciente e sua família, e sua influência na saúde dos pacientes e nos relacionamentos de trabalho. O objetivo era verificar a qualidade dos artigos selecionados, descrever as características das pesquisas que avaliaram esse tipo de round e seus achados, para preencher lacunas do conhecimento que se tem hoje e melhor fundamentar futuras pesquisas sobre a prática. A hipótese dos autores é de que se as práticas de IBR e engajamento com pacientes e familiares forem combinadas, haverá um impacto muito mais positivo na saúde e na comunicação do que se somente uma das práticas for aplicada. Para tal, ao incluir artigos para avaliação, considerou-se essas duas características e para exclusão, os rounds não poderiam ser meramente educacionais (como uma atividade de aula prática, por exemplo). A qualidade dos artigos foi avaliada usando a ferramenta *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT). Os participantes dos rounds eram geralmente médicos (em 87,3% dos estudos), enfermeiras de beira de leito (83,5%), médicos em treinamento (60,8%), farmacêuticos (40,5%), *advanced practice providers* (provedores de práticas avançadas, em tradução livre) (34,2%) e assistentes sociais (27,9%). Dos locais, quase 75% dos estudos incluídos são originários dos EUA e 81% foram conduzidos em centros médicos acadêmicos, além disso, 65,8% dos estudos relataram não ter recebido fundos monetários para conduzir a pesquisa. Os resultados obtidos com a avaliação dos artigos mostram que a maioria dos estudos é do tipo quantitativo não-randomizado, e que estes estudos tiveram pontuações negativas especialmente quanto a descrição dos confundidores dos resultados: muitos artigos não os apontam ou não deixam claro que os resultados podem ter relação com outras situações experienciadas na rotina de trabalho. Da observação dos conteúdos dos artigos, os autores ressaltam que apenas 31,7% dos estudos citam algum modelo conceitual ou teoria na qual se baseou para fundamentar sua prática, normalmente utilizando as teorias de Melhoria de Qualidade. Os estudos mostram resultados na equipe (22,8%), nos pacientes (25%), em ambos (51,9%); 13 estudos (16,5%) trazem também resultados no aprendizado (por exemplo, como quando relatam ter estagiários e/ou residentes), destes que reportam participação de aprendizes, 84,6% relataram resultados positivos no aprendizado. Além dos 13 citados anteriormente, 33 (41,8%) não relatam participação de aprendizes enquanto outros 33 relatam a participação, mas não apresentam resultados no aprendizado. Apesar de os resultados da prática de IBR engajada com a família e o paciente serem promissores, deve-se ter uma maior padronização de registro (como é a prática, o que a caracteriza, como aplicá-la) para torná-la replicável em outras instituições, já que as práticas de IBR tiveram muitas variações entre as pesquisas. Segundo os autores, essa falta de padronização faz com que seja difícil realizar revisões sistemáticas ou metanálises

sobre essa prática; ainda de acordo com os autores, uma grande fraqueza desses estudos é que apenas 31,7% se baseiam em teorias para fundamentar suas práticas. A falta de registros de como eram os rounds antes da implementação do IBR nos locais das pesquisas também torna difícil avaliar o que e o quanto mudou. Os autores explicitam que não conseguiram realizar o objetivo de examinar as estratégias implementadas e resultados devido à falta de especificidade e heterogeneidade na literatura.

4.2 Sobre o processo de construção da interprofissionalidade

Expostos os artigos, cabe integrar os resultados e fazer conexões com outros achados da literatura. Segundo o que foi avaliado na ferramenta MMAT, os artigos selecionados foram escritos com rigor, tanto na manipulação dos dados como na aplicação da metodologia e também ao explicitar as influências externas que poderiam confundir os resultados. O único momento em que algum artigo pontuou negativamente na ferramenta foi a pesquisa quantitativa de Khan et al (2022), que teve uma taxa média de respostas de 48,1%, abaixo dos 60% indicados como adequados pela ferramenta. Com isso, conclui-se que a qualidade dos artigos é assegurada.

O tema mais abordado nos resultados (Vatn; Dahl, 2021; Khan et al, 2022; Blakeney et al, 2021) foi a comunicação e sua relação com a interprofissionalidade e confiança em ambiente de trabalho; todos os artigos que abordaram comunicação e confiança trouxeram resultados e reflexões sobre suas devidas importâncias: Vatn e Dahl (2021) inclusive trazem a comunicação como geradora de confiança em uma equipe de trabalho, em que por meio da comunicação padronizada os colegas de trabalho sentiram mais segurança em si próprios e aumentaram a confiança uns nos outros. Khan e colaboradores (2022) trouxeram as formas de comunicação, tanto formais quanto informais, como muito importantes para melhorar as relações de trabalho, uma vez que foram fatores que aumentaram o escore da ferramenta utilizada para avaliar o nível de interprofissionalidade da equipe (CPAT). A interação e comunicação entre os membros de equipe são essenciais: 70 a 80% dos erros de equipes de saúde são causados por falha na comunicação (Agreli; Peduzzi; Bailey, 2017. Courtenay; Nancarrow; Dawson, 2013). Mais do que apenas transmitir informações entre colegas, a comunicação abrange a capacidade de negociar, resolver conflitos, coordenar o atendimento e se comunicar apropriadamente com cada público-alvo (Suter et al, 2009). Pereira et al (2021)

identificam que, no SUS, os profissionais de diferentes áreas tendem a se comunicar melhor com agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos e consideram que isso pode ter relação com o fato de todos os profissionais terem mais contato com estes colegas; os autores trazem a autoridade e hierarquia como bloqueadores da comunicação, uma vez que influenciam diretamente nas relações de trabalho e podem inibir os demais profissionais (Nogueira; Rodrigues, 2015). Nogueira e Rodrigues (2015) apontam em sua pesquisa estratégias para aprimorar a comunicação nos serviços de saúde, são elas:

- **Trabalho em equipe e simulações multidisciplinares:** as simulações em multidisciplinaridade são utilizadas por gestores de equipes para tratar de diversos temas, dentre eles o apoio e a confiança mútua e a comunicação.
- **Autocorreção e protocolos de comunicação estruturados:** a autocorreção é considerada pelas autoras essencial para evitar erros e melhorar a qualidade; os protocolos são exemplificados com *briefing* e *debriefing* que ocorrem respectivamente antes e depois de intervenções: antes a equipe troca informações sobre possíveis geradores de problemas para aquela intervenção e depois, as situações pelas quais a equipe passou e como lidou com elas.
- **Padronização de informações sobre o paciente:** citada pelas autoras, a ferramenta ISBAR - utilizada por Vatn e Dahl (2021) - consiste em uma padronização da comunicação de informações sobre o paciente, além disso, há a técnica de verbalizar as informações essenciais para a equipe em situações de emergência e essa informação ser repetida por aqueles que irão executá-la, para confirmar que a informação foi recebida e compreendida.

Gregory; Austin (2016) trazem em sua pesquisa a comparação de como farmacêuticos e médicos de família costumam ganhar confiança nos colegas de trabalho e os achados apontam que estes profissionais olham para características diferentes ao criar laços de confiança: os farmacêuticos confiam mais pelo status, grau, título ou autoridade, enquanto os médicos de família têm mais confiança a partir da competência e performance dos colegas. Segundo os autores:

Não há apenas um jeito ou o jeito certo de confiar: ao invés disso, é importante que aqueles que estão colaborando entendam e respeitem as diferentes maneiras em que a confiança é conceitualizada e definida por indivíduos com diferentes antecedentes profissionais e experiências.

Tradução livre de Gregory; Austin (2016)

Ao buscar a compreensão de como ocorre a confiança em uma equipe, não se deve subestimar o potencial das nuances de cada ser humano e situação, as pequenas diferenças em cada indivíduo que irá compor aquela determinada equipe, a forma como irão interagir entre si e o contexto em que essas relações se darão, pois o processo de formar uma equipe realmente integrada, em que os participantes não estão apenas compartilhando os mesmos espaços, é um processo com alta carga emocional e não apenas um ato de organização e administração de equipes (Gregory; Austin, 2016. Jones; Jones, 2011). Os achados de Sifaki-Pistolla et al (2019) apontam a confiança como parte fundamental da performance eficiente no trabalho em equipe, além de mais anos de trabalho e um número relativamente pequeno de membros na equipe, o que, conseqüentemente, pode levar a uma melhora na saúde dos pacientes (Sifaki-Pistolla et al, 2019).

O tamanho de uma equipe interprofissional, além de influenciar na performance da equipe em si (Courtenay; Nancarrow; Dawson, 2013), pode variar enormemente, tanto no modelo em que há um profissional de cada área e muitas áreas da saúde são representadas, como no modelo em que há, por exemplo, duas áreas e muitos profissionais para representá-las. Equipes relativamente pequenas têm mais facilidade em alcançar uma atmosfera mais íntima, as ações são executadas com menos chance de anonimato, logo, as pessoas tendem a ter mais responsabilidade pelos seus atos, as normas do grupo são menos formais, as decisões e diferenças são mais facilmente resolvidas e, em intervenções cirúrgicas, por exemplo, o tempo para realização de procedimentos é menor (Kane, 1975; Courtenay; Nancarrow; Dawson, 2013). Kane (1975) sugere que as equipes devem ser grandes o suficiente para incluir os indivíduos com todas as capacidades relevantes para resolver os problemas.

4.3 Sobre a construção da identidade interprofissional

D'amour et al (2005) definem os principais elementos do trabalho colaborativo: a elaboração de uma ação coletiva para atender as necessidades do cliente/paciente e a construção de uma vida em equipe em que as perspectivas de cada profissional são levadas em consideração, na qual há confiança mútua. No nível individual, a formação da identidade interprofissional perpassa por algumas fases, sendo a primeira delas a quebra de barreiras, que ocorre através de questionamentos que o indivíduo faz, colocando em perspectiva o que acredita e espera das outras profissões e da sua própria em um processo de autoanálise que se estende para o próximo (Khalili et al 2013); já no âmbito da equipe, há três períodos pelos

quais as equipes interprofissionais geralmente passam: o primeiro é marcado pela mostra de poder, controle, status e influências; este período dá lugar a um momento de maior intimidade no grupo e ao sentimento de pertencimento e, por fim, o terceiro estágio é o da diferenciação, em que há verdadeira apreciação pelas diferenças de cada profissional, valorizando a singularidade de cada um, o que cada colega oferece e o que o próprio indivíduo tem a oferecer ao grupo (Kane, 1975).

Há evidências de que em um cenário em que a identidade interprofissional não esteja fortalecida, a presença de grande diversidade de profissionais na equipe pode prejudicar a eficácia do trabalho, podendo levar até mesmo a hostilidades entre colegas; já quando a identidade interprofissional é sustentada por todos os membros e apoiada pela gestão, podendo se consolidar e se tornar forte em cada indivíduo, a eficácia da equipe aumenta (Mitchell; Parker; Giles, 2011). Para que seja possível o profissional iniciar um processo de identificação com a equipe é necessário que ela passe do primeiro estágio proposto por Kane (1975), considerando que o poder faz com que as profissões desenvolvam o ato de proteger e assegurar que determinada área do conhecimento seja de pertencimento único delas, como um monopólio, muitas vezes visando vantagens econômicas, sociais e políticas (Baker et al, 2011). Essas relações disfuncionais podem ameaçar a identidade profissional dos membros da equipe, o que pode ser interpretado como quando um profissional muda sua conduta para “encaixar” na conduta do grupo (Mitchell; Parker; Giles, 2011).

Segundo Reinders et al (2018), a interprofissionalidade depende da distinção entre as identidades profissionais daqueles que fazem parte da equipe; os autores trazem como exemplo uma identidade profissional que possui uma orientação interprofissional: este indivíduo possui uma diferenciação, algo que o torna singular e que enfatiza seu próprio campo de expertise pois a colaboração interprofissional conecta as áreas de conhecimento. A experiência de trabalho em outras equipes que cada indivíduo participou deve ser levada em consideração, pois é parte do que cada membro irá agregar (Kane, 1975), assim como devem ser respeitados os processos de socialização pelos quais o indivíduo passou, bem como as suas perspectivas (Khalili et al, 2013). Cada profissão diferente que participa da equipe agrega valor à esta equipe, com isso as diferentes identidades profissionais tornam-se inerentes à identidade interprofissional, podendo, eventualmente esta se tornar uma característica da própria identidade profissional (Reinders et al, 2018).

5. CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa abordou diversos temas dentro do campo da interprofissionalidade, relacionando-a com elementos essenciais que aumentam a qualidade de trabalho, tanto para aqueles que o praticam, como para aqueles que utilizam seus serviços. Neste estudo, os artigos foram selecionados e avaliados pela ferramenta *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), validada por Hong, 2018, e os achados foram de que todos os artigos avaliados possuem alto nível de qualidade. A utilidade desta pesquisa é servir de corpo de conhecimento quanto aos efeitos da interprofissionalidade na qualidade de trabalho e seu impacto nos profissionais de saúde. Os objetivos da pesquisa eram de relacionar a identidade interprofissional com impactos na saúde, mas os artigos selecionados direcionaram o estudo para a relação da interprofissionalidade das equipes com qualidade no trabalho. Mais estudos são necessários para elucidar a relação da identidade interprofissional com desfechos tanto na qualidade de trabalho como na saúde e para que se possa compreender o que ocorre com o indivíduo após participação em equipe interprofissional. Pesquisas são necessárias para desenvolver métodos de avaliação da qualidade de revisões de escopo, ainda inexistentes na literatura; o presente trabalho usufruiria de tal ferramenta, entretanto, na falta de uma não foi possível avaliar a qualidade da revisão de escopo de Blakeney et al (2021). As limitações da pesquisa são não ter atingido os objetivos propostos (de relacionar identidade interprofissional com impactos na assistência em saúde) e ter utilizado apenas uma base de dados, o que limitou a quantidade de artigos. São necessários futuros estudos que se proponham a observar os impactos na assistência em saúde relacionados à interprofissionalidade e à identidade interprofissional, a fim de reforçar a relevância deste tema e torná-lo de conhecimento público, para que cada vez mais pessoas o conheçam e se unam em prol de tornar a saúde e a educação, de fato, interprofissionais.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H.F; PEDUZZI, M; BAILEY, Christopher. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. **Journal of Interprofessional Care**, 2017, (), 1–6. doi:10.1080/13561820.2017.1351425. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28876142/>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BAKER, L; EGAN-LEE, E; MARTIMIANAKIS, M.A; REEVES, S. Relationships of power: implications for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, 2011, 25(2), p. 98–104. doi:10.3109/13561820.2010.505350. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20846045/>. Acesso em: 3 fev. 2022.

BLAKENEY, E.A-R; CHU, F; WHITE, A.A; SMITH JR. G.R; WOODWARD, K; LAVALLEE, D.C; SALAS, R.M.E; BEAIRD, G; WILLGERODT, M.A; DANG, D; DENT, J.M; TANNER, E.I; SUMMERSIDE, N; ZIERLER, B.K; O'BRIEN, K.D; WEINER, B.J. A scoping review of new implementations of interprofessional bedside rounding models to improve teamwork, care, and outcomes in hospitals, **Journal of Interprofessional Care**, 2021, DOI: 10.1080/13561820.2021.1980379. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1980379>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BOTELHO, L. L. R; CUNHA, C. C. de A; MACEDO, M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Gestão e Sociedade**, [S. l.], v. 5, n. 11, p. 121–136, 2011. DOI: 10.21171/ges.v5i11.1220. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 17 mar. 2022.

COURTENAY, M; NANCARROW, S; DAWSON, D. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. **Hum Resour Health** 11, 57 (2013). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1478-4491-11-57>. Acesso em: 13 abr. 2022.

D'AMOUR, D; FERRADA-VIDELA, M; RODRIGUEZ, L.S.M; BEAULIEU, M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, 2005, 19(s1), 116–131. doi:10.1080/13561820500082529. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096150/>. Acesso em: 3 fev. 2022.

FREIRE FILHO, J.R; SILVA, C.B.G; COSTA, M.V. da; FORSTER, A.C. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate* 43 (spe1), Ago 2019, <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8n8Vf9HXr4fZwJ8fHwrVDbg/?lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2022.

GHISLENI, A.P. **A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional**: Uma análise de fisioterapeutas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva. 2010. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do

Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1-7OpGhjqlI-hzGiomy5NxfoqFZWD6kW7>. Acesso em: 17 dez. 2021.

GREGORY, P.A.M; AUSTIN, Z. Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. **Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada**. 2016;149(4):236-245. doi:10.1177/1715163516647749. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1715163516647749?journalCode=cphc>. Acesso em: 12 abr. 2022.

HONG, Q.N. **Revision of the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT):** A mixed methods study. 2018. (Doctoral dissertation). Department of Family Medicine, McGill University, Montréal. Disponível em: <http://mcgill-fammedstudies-recherchemedfam.pbworks.com/w/file/fetch/132734205/HONG%202018.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2022.

HONG, Q.N; PLUYE, P; FÀBREGUES, S; BARTLETT, G; BOARDMAN, F; CARGO, M; DAGENAIS, P; GAGNON, M-P; GRIFFITHS, F; NICOLAU, B; O’CATHAIN, A; ROUSSEAU, M-C; VEDEL, I. **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018.** Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada. Disponível em: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/fetch/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf; Acesso em: 11 fev. 2022.

JONES, A; JONES, D. Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. **Journal of Interprofessional Care**, 2011, 25(3), 175–181. doi:10.3109/13561820.2010.520248. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21043559/>. Acesso em: 3 fev. 2022.

KANE, R.A. The Interprofessional Team as a Small Group. **Social Work in Health Care**, 1975, 1(1), 19–32. doi:10.1300/J010v01n01_04. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1976-21257-001>. Acesso em: 11 abr. 2022.

KHALILI, H; ORCHARD, C; LASCHINGER, H.K; FARAH, R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. **Journal of Interprofessional Care**. 2013 Nov;27(6):448-53. doi: 10.3109/13561820.2013.804042. Epub 2013 Jun 18. PMID: 23777592. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23777592/>. Acesso em: 3 fev. 2022.

KHALILI, H; PRICE, S.L. From uniprofessionality to interprofessionality: dual vs dueling identities in healthcare. **Journal of Interprofessional Care**, 2021, doi: 10.1080/13561820.2021.1928029. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1928029>. Acesso em: 31 jan. 2022.

KHAN, A.I; BARNSLEY, J; HARRIS, J.K; WOODCHIS, W.P. Examining the extent and factors associated with interprofessional teamwork in primary care settings, **Journal of Interprofessional Care**, 2022, 36:1, 52-63, DOI: 10.1080/13561820.2021.1874896. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1874896>. Acesso em: 29 jan. 2022.

MATUDA, C.G; AGUIAR, D.M. de L; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saude soc.** 22 (1). Mar 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/VNzbPNmY3rDP6r7Pfhwrtr/?lang=pt>. Acesso em: 7 fev. 2022.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

MITCHELL, R.J; PARKER V; GILES M. When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. **Human Relations.** 2011;64(10):1321-1343. doi:10.1177/0018726711416872. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0018726711416872>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MYRON, R; FRENCH, C; SULLIVAN, P; SATHYAMOORTHY, G; BARLOW, J; POMEROY, L. Professionals learning together with patients: An exploratory study of a collaborative learning Fellowship programme for healthcare improvement, **Journal of Interprofessional Care**, 2018, 32:3, 257-265, DOI: 10.1080/13561820.2017.1392935. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1392935>. Acesso em: 29 jan. 2022.

NAGELKERK, J; THOMPSON, M.E; BOUTHILLIER, M; TOMPKINS, A; BAER, L.J; TRYKTO, J; BOOTH, A; STEVENS, A; GROENEVELD, K. (2018) Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program, **Journal of Interprofessional Care**, 2018, 32:1, 4-13, DOI: 10.1080/13561820.2017.1372395. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1372395>. Acesso em: 29 jan. 2022.

NOGUEIRA, J.W.S; RODRIGUES, M.C.S; Comunicação Efetiva no Trabalho em Equipe em Saúde: Desafio para a Segurança do Paciente. *Cogitare Enferm.* 2015 Jul/set; 20(3): 636-640. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Organização Mundial da Saúde.** Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <http://untref.edu.ar/uploads/Marco%20formacion%20interprofesional%20OMS-portugues.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

PEDUZZI, M. O SUS é Interprofissional. **Interface** 20 (56), Jan-Mar 2016, <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYzQVLHM/?lang=pt#:~:text=Neste%20sentido%20%C3%A9%20que%20o,%2C%20equidade%2C%20universalidade%20e%20participa%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 1 fev. 2022.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu) 22 (Suppl 2), 2018, <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jan. 2022.

PEREIRA, A. L. L; SANTOS, J. C. dos; MOCCELLIN, A. S; SIQUEIRA, R. L. de. Interprofessional communication as an important tool of the work process in Primary Health Care. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e338101018942, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.18942. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18942>. Acesso em: 11 apr. 2022.

PLUYE, P; GAGNON, M-P; GRIFFITHS, F; JOHNSON-LAFLEUR, J. A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in mixed studies reviews. **International Journal of Nursing Studies**, 2009, 46(4), 529-546. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19233357/>. Acesso em: 11 fev. 2022.

REINDERS, J.J; KRIJNEN, W.P; GOLDSCHMIDT, A.M; OFFENBEEK, M.A.G. van; STEGENGA, B; SCHANS, C. P. van der. Changing dominance in mixed profession groups: putting theory into practice. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, 27:3, 375-386, DOI: 10.1080/1359432X.2018.1458712. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1359432X.2018.1458712>. Acesso em: 29 jan. 2022.

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2007, maio-junho; 15(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 mar. 2022.

SIFAKI-PISTOLLA, D; MELIDONIOTIS, E; DEY, N; CHATZEA, V-E. (2019). How trust affects performance of interprofessional healthcare teams. **Journal of Interprofessional Care**, 2019, (), 1–7. doi:10.1080/13561820.2019.1631763. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31390238/>. Acesso em: 3 fev. 2022.

SOUTO, R.Q; LIMA K.S.A; PLUYE, P; HONG, Q.N; DJOGOVIC, T; ARAÚJO, G.K.N. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Mixed Methods Appraisal Tool ao contexto brasileiro. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online); 12: 510-516, jan.-dez. 2020. tab.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein** (São Paulo) 8 (1). Jan-Mar 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=en>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SUTER, E; ARNDT, J; ARTHUR, N; PARBOOSINGH, J; TAYLOR, E; DEUTSCHLANDER, S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**, 2009, 23(1), 41–

51. doi:10.1080/13561820802338579. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19142782/>. Acesso em: 3 fev. 2022.

SUTHERLAND, B.L; PECANAC, K; LABORDE, T.M; BARTELS, C.M; BRENNAN, M.B. Good working relationships: how healthcare system proximity influences trust between healthcare workers, *Journal of Interprofessional Care*, 2021, DOI: 10.1080/13561820.2021.1920897. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1920897>. Acesso em: 11 fev. 2022.

VATN, L; DAHL, B.M. Interprofessional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards, **Journal of Interprofessional Care**, 2021, DOI: 10.1080/13561820.2021.1890703. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1890703>. Acesso em: 29 jan. 2022.

ANEXOS

Anexo 1: Perguntas da ferramenta MMAT.

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non- randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Figura 2: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Hong et al; 2018.