

# Transferência do Cuidado Pré-Hospitalar à luz da Tipologia da Colaboração Interprofissional

Jeanini Dalcol Miorin<sup>1</sup>, Silviamar Camponogara<sup>2</sup>, Carmem Lúcia Colomé Beck<sup>3</sup>,  
Rosângela Marion da Silva<sup>4</sup>, José Luís Guedes dos Santos<sup>5</sup>

<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7672-7191> / Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9342-3683> / Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9060-1923> / Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3978-9654> / Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

<sup>5</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3186-8286> / Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

## Resumo

Os serviços de emergência enfrentam limitações de recursos que se agravam com a imprevisibilidade e gravidade dos casos. Nesse contexto, a colaboração interprofissional tem tomado destaque, por sua potência em lidar com a imprevisibilidade e propiciar a articulação dos saberes profissionais. O estudo objetivou analisar o nível de colaboração interprofissional na transferência do cuidado pré-hospitalar, por meio da tipologia da colaboração interprofissional. Trata-se de um estudo de caso, realizado em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e em três serviços públicos. Os dados foram coletados por meio de observação sistemática não participante, análise documental e entrevista semiestruturada. Evidenciou-se colaboração interprofissional em desenvolvimento (nível 2), com ações profissionais direcionadas, principalmente, às atitudes de lideranças dos gestores. Os desafios estão relacionados à sistematização de atividades de integração entre os serviços. A colaboração interprofissional em desenvolvimento indica que já estão sendo realizadas algumas ações com tímidas transformações das práticas profissionais.

**Palavras-chave:** serviços médicos de emergência, transferência do paciente, relações interprofissionais.

## Transfer of Pre-Hospital Care in Light of the Typology of Interprofessional Collaboration

### Abstract

Emergency services face resource limitations that are exacerbated by the unpredictability and severity of cases. In this context, interprofessional collaboration has gained prominence due to its potential to deal with unpredictability and facilitate the articulation of professional knowledge. The study aimed to analyze the level of interprofessional collaboration in transfer of pre-hospital care through the typology of interprofessional collaboration. This is a case study, carried out in a mobile emergency care service (*serviço de atendimento móvel de urgência* - SAMU) and in three public services. Data were collected through systematic non-participant observation, document analysis, and semi-structured interviews. There was evidence of interprofessional collaboration in development (level 2), with targeted professional actions being mainly managerial leadership attitudes. Challenges are related to systematization of integration activities between services. Interprofessional collaboration in development indicates that some interprofessional collaboration actions are already being carried out with discrete transformations in professional practices.

**Keywords:** emergency medical services, patient handoff, interprofessional.

## Transferencia de la Atención Prehospitalaria a la luz de la Tipología de Colaboración Interdisciplina

### Resumen

Los servicios de emergencia enfrentan limitaciones de recursos que se ven agravadas por la imprevisibilidad y gravedad de los casos. En este contexto, la colaboración interdisciplinaria ha ganado importancia debido a su eficacia para abordar la imprevisibilidad y facilitar la articulación del conocimiento profesional. El estudio tiene como objetivo analizar el nivel de colaboración interdisciplinaria en la transferencia de la atención prehospitalaria, a través de la tipología de colaboración interprofesional. Se trata de una investigación cualitativa, del tipo estudio de caso, realizada en un Servicio Móvil de Atención de Emergencias (SAMU) y en tres servicios públicos. Los datos fueron recolectados mediante observación sistemática no participante, análisis de documentos y entrevistas semiestructuradas. Se evidenció colaboración interdisciplinaria en desarrollo (nivel 2), con acciones profesionales dirigidas principalmente a las actitudes del liderazgo de los gestores. Los desafíos están relacionados con la sistematización de las actividades de integración entre servicios. La colaboración interdisciplinaria en desarrollo indica que algunas acciones de colaboración interdisciplinaria ya se están llevando a cabo con tímidas transformaciones en las prácticas profesionales.

**Palabras clave:** servicios médicos de urgencia, pase de guardia, relaciones interdisciplinarias.

Os serviços médicos de emergência pré-hospitalares são conhecidos como o elemento-chave nos sistemas de saúde em todo o mundo, uma vez que desempenham um papel fundamental no atendimento às vítimas em situações críticas de vida. (Miri et al., 2023). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal é composto por uma rede ampla, que engloba os serviços de urgência e emergência. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS foi criada para articular e integrar os serviços de saúde com agilidade e humanização aos pacientes em situações de urgência e emergência (Diniz et al., 2023).

Um dos principais componentes da RUE é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que garante o acesso ao usuário no sistema de saúde, estabelecendo a interface entre a intervenção na cena onde os agravos acontecem e a rede de serviços que acolherá o paciente na sequência do atendimento. O SAMU é gerido e controlado pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências, que, por meio de uma equipe, define o grau de urgência e a mobilização dos recursos necessários para o melhor atendimento para cada quadro. (Diniz et al., 2023). Portanto, o SAMU realiza transferências do cuidado, que envolvem o intercâmbio de informações tanto verbais como documentadas, podendo ser utilizada para referenciar um paciente entre funcionários de serviços distintos (Merten et al., 2017).

Os serviços de urgência e emergência enfrentam limitações de recursos humanos, estruturais e materiais que se agravam com a imprevisibilidade e gravidade dos casos, fatores que podem interferir na qualidade da assistência. Estes aspectos podem comprometer a comunicação, a coordenação e colaboração interprofissional, consideradas fundamentais durante as transferências do cuidado pré-hospitalares. Nesse contexto, a colaboração interprofissional estabelecida entre profissionais de diferentes áreas da saúde tem tomado destaque, por sua potência em lidar com a imprevisibilidade e propiciar a articulação dos saberes técnicos de profissionais que compõem equipes de saúde (Caneppele et al., 2020).

A colaboração interprofissional baseia-se na premissa dos profissionais trabalharem junto para oferecer aos usuários do sistema de saúde o melhor cuidado, embora os profissionais tenham os próprios interesses e queiram dispor de certo grau de autonomia e de independência (D'Amour et al., 2008). Destaca-se, como iniciativa que contribui para operacionalização da prática colaborativa interprofissional (PIC), o modelo e tipologia da colaboração interprofissional, desenvolvido inicialmente por Danielle D'Amour et al. (2008)

O modelo visa compreender a estrutura da colaboração interprofissional. Embora leve em conta questões de estrutura, se concentra nas relações entre os indivíduos, permitindo analisar o nível de colaboração e identificar áreas de melhoria. Profissionais e administradores também podem usar o modelo para realizar um diagnóstico de colaboração e implementar intervenções para intensificá-lo.

O estudo sobre a colaboração interprofissional entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar ainda pode ser considerada uma lacuna a ser respondida, especialmente no que tange ao contexto dos serviços de atendimento móvel de urgência no Brasil. A maioria das pesquisas sobre colaboração interprofissional está voltada para o cenário da Atenção Primária em Saúde e são realizadas no estado de São Paulo. Em face ao exposto, objetiva-se analisar o nível de colaboração interprofissional na transferência do cuidado pré-hospitalar a luz da tipologia de colaboração interprofissional.

## Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Este tipo de investigação permite compreender um fenômeno da vida real na sua profundidade, considerando as condições contextuais (Yin, 2015).

## Participantes

Participaram enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem do SAMU 192, UPA, PAM e PS-HUSM e os condutores das ambulâncias do SAMU. Para seleção dos participantes da pesquisa, foram considerados todos os profissionais que atuam nos serviços supracitados, há mais de seis meses. O convite foi realizado por meio de abordagem direta ou das redes sociais e whatsapp, aos profissionais que estavam atuando, nestes serviços, no período de coleta dos dados.

Foi definido como caso único o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Portanto, esta pesquisa foi constituída por um caso único integrado, com quatro unidades de análise, quais sejam: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Pronto Atendimento Municipal (PAM) e um Pronto-Socorro adulto de Hospital Universitário (PS).

O SAMU, possui quatro equipes de atendimento, sendo três de Suporte Básico de Vida (SBV) e uma de Suporte Avançado de Vida (SAV) e realiza aproximadamente 1000 atendimentos por mês. A UPA realiza cerca de 10 mil atendimentos por mês e conta com 22 leitos. O PAM possui uma estrutura de 27 leitos e realiza aproximadamente nove mil atendimentos por mês. O PS realiza cerca de 2.500 atendimentos por mês e conta com 27 leitos adultos e seis de pediatria e uma sala de emergência.

## Instrumentos

Os dados foram obtidos por meio de pesquisa documental, observação sistemática não participante e entrevista semiestruturada. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro de 2021 e de abril a agosto de 2021. A análise documental teve como base: o boletim de atendimento entregue pelo SAMU ao serviço de destino e as evoluções de enfermagem e médicas, após o recebimento do paciente pelo SAMU. O levantamento documental ocorreu juntamente com a observação sistemática e as entrevistas semiestruturadas.

Foram observados os atendimentos à pacientes adultos, crianças e gestantes realizados pelo SAMU, em diferentes dias da semana, nos períodos da manhã e tarde. Observou-se 104 transferências do cuidado pré-hospitalar, desde o atendimento do SAMU na cena onde o agravo ocorreu, até a transferência nos serviços de destino, totalizando seis meses e 449 horas observadas junto às equipes. Para fins de registro, foi seguido um roteiro de observação para sistematizar as informações, as quais também foram registradas em diário de campo. O roteiro continha duas colunas, uma para situação observada: reconstrução de diálogos, descrição do local e dos participantes, relato de eventos ou atividades relacionadas com a transferência do cuidado pré-hospitalar e outra para percepções da pesquisadora: pensamentos pessoais do observador, impressões, sentimentos e ideias. Após possuía uma linha para inclusão de dados sócio-demográficos e clínicos do paciente.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em horários e datas combinados antecipadamente, após aceite

dos participantes. Parte das entrevistas foram realizadas nas próprias instituições pesquisadas, numa sala reservada, com privacidade; com data e horário estipulado pelo participante. Houve participantes que optaram por realizar as entrevistas fora do expediente de trabalho, as quais ocorreram por meio online, via plataforma *Google Meet*, com data e horário estipulado pelo participante.

As entrevistas semiestruturadas obedeceram a um roteiro elaborado pelas pesquisadoras e foram gravadas em áudio, com aparelho digital e, posteriormente, transcritas. O roteiro da entrevista foi desenvolvido principalmente com referência aos domínios, indicadores e dados empíricos a partir do modelo e tipologia da colaboração interprofissional de D'Amour et al. (2008) A primeira parte do roteiro captou os dados de identificação dos participantes, como idade, tempo de formação e de atuação no serviço. A segunda parte foi composta por 11 questões norteadoras, como por exemplo: como se dá a interação entre as equipes no momento de transferência do cuidado pré-hospitalar?

O encerramento amostral tanto da análise documental, quanto das observações e entrevistas foi determinado pela qualidade dos dados produzidos, até que fosse alcançada a reincidência e complementariedade das informações acerca do objeto de estudo (Minayo, 2017). Foram entrevistados 44 profissionais, sendo 19 do SAMU, oito da UPA, oito do PAM e nove do PS-HUSM. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos.

### Procedimentos de Coleta de Dados e Cuidados Éticos

Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466 de dezembro de 2012. Obteve a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa das instituições responsáveis e os participantes somente fizeram parte da pesquisa após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concordância com o mesmo. Os participantes da pesquisa tiveram suas identidades preservadas e foram identificados da seguinte forma: “E” para os enfermeiros, “TE” para os técnicos/auxiliares de enfermagem, “ME” para médicos e “C” para condutores de ambulância, seguidos de número relativo à ordem de realização das entrevistas (1 a 44) e do serviço que o profissional atua (Serviço 1 a Serviço 4). Para as observações utilizou-se a letra “O” e para os documentos a letra “D”, ambas seguidas de um

número que indica o serviço (Serviço 1 a Serviço 4).

### Procedimentos de Análise de Dados

Os dados foram submetidos a análise de conteúdo (Bardin, 2016). Segundo o autor, para isso, é necessário percorrer as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise consiste na organização e sistematização das ideias iniciais, cujo objetivo é a escolha dos documentos a serem analisados. Na exploração do material os dados brutos são transformados de forma organizada e agregada em unidades. A fase de tratamento dos resultados, sendo este o momento em que o pesquisador pode propor inferências e interpretações, a partir dos resultados dos seus achados e de acordo com os objetivos da pesquisa. Na interpretação, os recortes anteriormente realizados, são analisados de acordo com o referencial teórico adotado. Posteriormente foi realizado o cotejamento com o modelo e tipologia da colaboração interprofissional proposto por Danielle D'Amour et al. (2008) O modelo possui quatro dimensões e dez indicadores. (Figura 1)

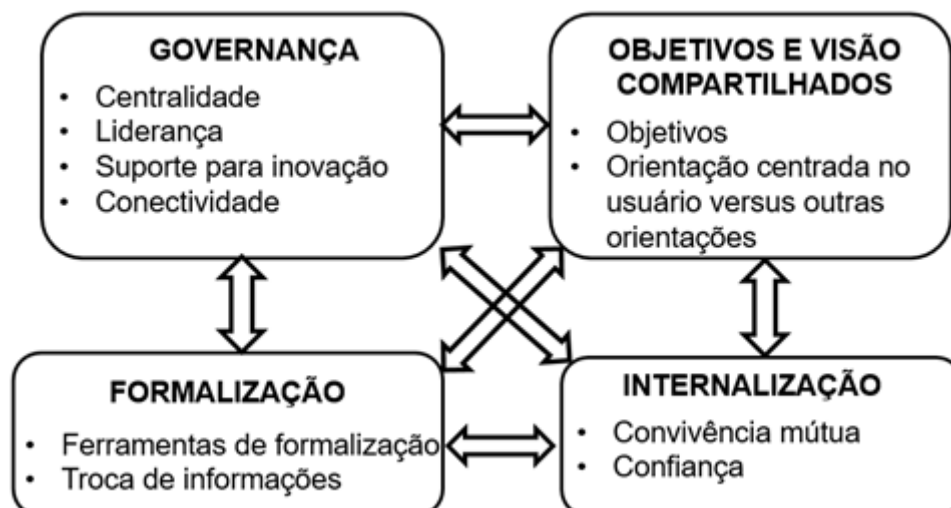
A tipologia leva em consideração o grau de colaboração, como mostram os dez indicadores das quatro dimensões do modelo de colaboração. Os dados empíricos sugerem uma tipologia tripla: colaboração ativa, colaboração em desenvolvimento e colaboração potencial ou latente. A variação do nível dos indicadores permite uma categorização que varia de 1 a 3, onde 1 representa o nível mínimo de obtenção de um indicador, correspondendo à colaboração latente e 3, o máximo, correspondendo à colaboração ativa (Tabela 1).

A colaboração ativa representa que os profissionais estabelecem com sucesso a colaboração, apesar das dificuldades presentes nos sistemas de saúde. Como resultado, as práticas profissionais são transformadas com base em uma nova divisão consensual de responsabilidades interprofissionais e interorganizacionais e na introdução de práticas inovadoras.

A colaboração em desenvolvimento significa uma colaboração que não se estabeleceu, efetivamente, nas organizações e entre os profissionais. Esse tipo de colaboração resulta em uma divisão provisória de responsabilidades entre profissionais e instituições, em tímidas transformações das práticas profissionais e, em serviços que são menos eficientes do que poderiam ser. Ao desenvolver a colaboração, observa-se que, embora a mudança demore mais, o progresso está claramente sendo feito.

Figura 1

Modelo de colaboração interprofissional e interorganizacional- dimensões e indicadores de análise (2008)



**Tabela 1***Indicadores da colaboração de acordo com a tipologia (2008)*

Indicadores	Nível 3 Colaboração ativa	Nível 2 Colaboração em desenvolvimento	Nível 1 Potencial ou Latente colaboração
Objetivos	Objetivos compreensivos e consensuais	Alguns objetivos compartilhados	Objetivos conflitantes ou ausência de objetivos compartilhados
Orientação centrada no usuário versus outras orientações	Orientação centrada no usuário	Orientações conduzidas por interesses profissionais ou organizacionais	Tendência a deixar que interesses privados promovam as orientações
Convivência mútua	Atividades regulares conjuntas	Poucas oportunidades de convivência, poucas atividades conjuntas	Sem oportunidades de convivência, sem atividades conjuntas
Confiança	Confiança fundamentada	A confiança é condicional, está começando a ser estabelecida.	Falta de confiança
Ferramentas de formalização	Acordos consensuais, regras definidas em conjunto	Acordos não consensuais, não refletem práticas ou estão em processo de negociação ou construção	Nenhum acordo ou acordo não respeitado, origem de conflitos
Troca de informações	Infraestrutura comum para coletar e trocar informações	Troca de informações incompletas. Infra-estrutura, não atende às necessidades ou é usada de forma inadequada	Ausência de qualquer infra-estrutura ou mecanismo comum de coleta ou troca de informações
Centralidade	Autoridades centrais fortes e ativas que promovem o consenso	Autoridades centrais com papéis mal definidos. Papéis políticos e estratégicos ambíguos.	Ausência de autoridades centrais ou quase ausência de um papel político destas.
Liderança	Liderança compartilhada e consensual	Liderança sem foco, fragmentada, que tem pouco impacto	Liderança não consensual e monopolista
Suporte para inovação	Conhecimentos que estimulem introdução de colaboração e inovação	Experiências inovadoras, porém esporádicas e fragmentadas.	Pouca ou nenhuma experiência à disposição para dar suporte à inovação
Conectividade	Muitos espaços para discussão e participação	Espaços de discussão relacionados a questões específica	Quase ausência de espaços de discussão

Colaboração potencial ou latente refere-se à colaboração que ainda não existe ou foi bloqueada por conflitos, que são tão sérios que o sistema não pode avançar na sua implementação. Ela é caracterizada por divergências, negociações inexistentes ou fragilizadas. Portanto, é difícil introduzir novas práticas profissionais, pois a inovação é difícil em um ambiente conflituoso.

## Resultados

Nas observações, entrevistas e na análise documental, identificou-se a presença de todas as dimensões do modelo de colaboração, mostrando a interligação presente entre eles, conforme D'Amour et al (2008). A análise documental, embora auxilie na compreensão do objeto de estudo, não ofereceu muitas informações para análise, uma vez que não havia registros suficientemente explícitos sobre o assunto, visto que a maioria dos acordos e solicitações eram realizados de forma verbal e informal.

A seguir, serão apresentados extratos de observações e entrevistas contendo a sinalização entre colchetes de cada uma das quatro dimensões do modelo de colaboração interprofissional proposto por D'Amour et al (2008), nos trechos que se relacionam com estes. Posteriormente, será apresentado um quadro sinóptico construído com base na tipologia da colaboração interprofissional, no qual consta o nível de colaboração interprofissional presente em cada indicador do modelo e a descrição da justificativa para tal nível.

Observa-se momentos de descontração durante a transferência do cuidado, falta de atenção da equipe médica nas informações que estão sendo transferidas e a regulação do SAMU como uma referência para os profissionais atuantes no pré-hospitalar:

A técnica de enfermagem do SAMU chega no destino cantando **[INTERNALIZAÇÃO]**. Dois técnicos de enfermagem e a médica vem receber. Ela começa a transferir as informações e chega outro médico e fica ao lado dela. Após a transferência ela diz: “pronto doutor”. Ele disse que não prestou atenção. A técnica de enfermagem do SAMU repete tudo novamente **[OBJETIVOS E VISÃO COMPARTILHADOS]**. Ele disse que a maca na qual o paciente ficou, acabou de ser liberada, que eles estão supertolatos e que não é mais para levar paciente. A técnica de enfermagem do SAMU disse que a reguladora que solicitou o envio para lá. Ele perguntou quem estava de reguladora, ela disse **[GOVERNANÇA]**. Falou ainda que ela não tem culpa, que ele tem que avisar a regulação do SAMU que estão superlotados **[FORMALIZAÇÃO]** (OT-SERVIÇO 03).

Por meio do diálogo observado entre a equipe do SAMU, foi relevante o entendimento de questões que envolveram relações de poder, e o quanto isso se reflete nos objetivos em comum da equipe. Ainda foi observado, a criação de acordos, porém há falta de entendimento ou transgressão destes:



[Conversa entre as equipes do SAMU na base] A técnica de enfermagem do SAMU diz que foi transferir um paciente com COVID-19 para determinado serviço e que o médico foi muito grosseiro com ela. O condutor entra na conversa e diz que estava junto com a técnica de enfermagem do SAMU naquele dia e que achou horrível aquilo. Perguntou se ela comunicou a responsável técnica do SAMU. Ela disse que inicialmente não, mas depois falou com o responsável administrativo [INTERNALIZAÇÃO]. O enfermeiro do SAMU que estava participando da conversa diz que nunca foi maltratado por aquele médico. O condutor diz para ele, que eles nunca foram pois fazem parte da equipe de suporte avançado de vida, que é diferente [OBJETIVOS E VISÃO COMPARTILHADOS]. Eles continuam a conversa dizendo que o pessoal reclama muito que não tem onde colocar paciente quando está superlotado. O enfermeiro do SAMU fala: “só quando o secretário da saúde ou a superintendente da saúde ligar e dizer que não tem mais leito, daí nós não levamos mais”. O enfermeiro ainda disse que quando os serviços receptores enviam e-mail para regulação avisando da superlotação não adianta, pois, o acordado foi o secretário de saúde avisar o SAMU [GOVERNANÇA E FORMALIZAÇÃO] (O-SERVIÇO 01).

No depoimento que segue, todas as quatro dimensões perpassam pela figura de um gestor ou de um líder, visto a importância deste para integração entre as equipes de saúde, para criação de normas e acordos, visando a qualidade do cuidado ao paciente:

Quando teve problema, os gestores tanto daqui como das unidades onde houve problema sempre se comunicaram. Eu acho que essa interação está sendo bem-feita, para tentar melhorar essa situação das portas de entrada [GOVERNANÇA]. Eu acho que os coordenadores dos locais se reunem entre eles e fazem uma padronização, [FORMALIZAÇÃO] porque cada um tem sua realidade e cada um vai ter que respeitar a realidade do outro. Conhecer a realidade um do outro, eu acho que cada um expando, [INTERNALIZAÇÃO] numa reunião que eles façam, porque a gente tem que ter um bem em comum e hoje não acontece isso, a gente trabalha para o paciente, ninguém pensa no paciente [OBJETIVOS E VISÃO COMPARTILHADOS] (E 13- SERVIÇO 01).

Identificou-se a criação de uma ferramenta de formalização por meio de uma pactuação informal. Ela refere que, quando possível, o SAMU avisará, por meio do núcleo de regulação interna (NIR) do hospital ou por meio de telefonema direto para sala de emergência, sobre a transferência do cuidado. Porém, os profissionais têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e a continuidade dos cuidados em saúde. Estas dificuldades na troca de informações foram relatadas no depoimento que segue:

Desde quando a regulação do hospital recebe, que as vezes não chega para nós na emergência ou, às vezes, o SAMU tenta ligar e a regulação do hospital não atende, daí eles ligam para emergência e a gente fica naquela dificuldade de dizer vem e aí depois chega e o médico não quer atender. Essa questão da comunicação e de ter uma coisa formalizada [FORMALIZAÇÃO]. Paciente SAMU, não tem que negar atendimento, tem que receber, lá não é um hospital privado, é um hospital do SUS. Mesmo a gente sabendo que isso é um parâmetro legal, é descumprido, é um entrave muito ruim, porque já teve caso de o paciente chegar dentro da emergência e o médico de plantão brigar e não atender e mandar o paciente embora e a equipe do SAMU levar para outro lugar. Aí a gente fica com a cara no chão, eu já presenciei, mais de uma vez [OBJETIVOS E VISÃO COMPARTILHADOS]. A equipe que trouxe se sentiu coagida com tantas brigas que pegou, resolveu, “bom, não querem atender a pessoa, vou achar um lugar que possa atender esse paciente” [INTERNALIZAÇÃO]. [...] tenho certeza que legalmente isso não pode acontecer, mas acabou que ninguém fez denuncia ou a equipe do SAMU também não levou isso para regulação [GOVERNANÇA] (E 24 –SERVIÇO 04).

No depoimento que segue é citada a importância da integração entre os níveis de atenção da rede de saúde, destacando que isso também é um desafio contínuo, visto as características presentes nos serviços de urgência e emergência, como por exemplo, a superlotação:

Enquanto rede de atenção à saúde de urgência e emergência, eu acho que nós somos um pouco ilhas, eu não vejo muitos nós que se entrelaçam, por exemplo, é o SAMU lá, nós aqui [INTERNALIZAÇÃO]. Deveria ter uma maior integralização, acho que deveríamos investir mais em, por exemplo, treinamentos em conjunto, que os gestores, município, enfim, ofertassem cursos que a gente pudesse fazer juntos para que tivesse uma fala mais unificada [GOVERNANÇA] ou que tivesse um médico que ficasse fixo na sala vermelha, um técnico que ficasse fixo na sala vermelha, mas, por vezes, é difícil por que tem uma série de outras coisas, “ah os pacientes em maca, ah os pacientes no corredor”. Então, acaba não ficando ninguém fixo para isso, [FORMALIZAÇÃO] mas todos sabem que, no momento que chega o SAMU tem que ir lá atender, o objetivo é o paciente, mas aí um está fazendo medicação, um está fazendo eletrocardiograma [...] [OBJETIVOS E VISÃO COMPARTILHADOS] (E 29-SERVIÇO 02).

Portanto, diante dos achados explicitados por meio de análise documental, entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática não-participante, conclui-se que a colaboração interprofissional na transferência do cuidado pré-hospitalar está em desenvolvimento, sendo classificada com nível 2, segundo a tipologia da colaboração interprofissional (Tabela 2).

## Discussão

No indicador liderança e centralidade, da dimensão governança, destacou-se a regulação do SAMU, que tem papel fundamental para a existência de direção clara e explícita, que coordena as ações, no sentido da colaboração. A governança foi enfatizada pela liderança do médico regulador, visto que,

Tabela 2

*Estruturação da colaboração interprofissional na transferência do cuidado pré-hospitalar segundo os níveis da tipologia da colaboração interprofissional proposta por D'Amour et al (2008):*

Indicadores	Nível 2 — Colaboração em desenvolvimento
Objetivos	<p><b>Alguns objetivos compartilhados</b></p> <p>As diferenças nos objetivos de trabalho estão relacionadas a falta de interesse profissional na transferência do cuidado. A falta de atenção das equipes que recebem as informações transferidas pelo SAMU e a superlotação dos serviços foram considerados prejudiciais para objetivos em comum entre as equipes. Objetivos compartilhados ocorrem com mais frequência entre a mesma classe profissional.</p>
Orientação centrada no usuário versus outras orientações	<p><b>Orientações conduzidas por interesses profissionais ou organizacionais</b></p> <p>A ocorrência de conflitos foi considerada, pelos participantes, prejudicial para a existência de objetivos em comum que se relacionam aos pacientes. Enfermeiros, técnicos de enfermagem e principalmente médicos do intra-hospitalar realizam, às vezes, a transferência do cuidado sem ver o paciente, pois a mesma ocorre em outros espaços que não junto ao paciente. Discussão sobre negar o aceite na frente do paciente. Raramente médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem recebem conjuntamente o SAMU, na maioria das vezes está presente somente um profissional ou é necessário chamar algum.</p>
Convivência mútua	<p>Poucas oportunidades de convivência, poucas atividades conjuntas</p> <p>O fato de os profissionais da rede de urgência e emergência não conhecerem como é funcionamento dos outros serviços e competência dos outros profissionais dificulta a convivência. Raramente a gestão de algum serviço tenta a integração dos representantes de cada componente da RUE. A convivência foi identificada pela relação entre os profissionais, como por exemplo, a presença do canto, de frases de descontração. Há xingamentos, reclamações, brigas, maltrato entre profissionais. Foi sugerido para melhorar a convivência entre as equipes, a realização de capacitações conjuntas.</p>
Confiança	<p><b>A confiança é condicional, está começando a ser estabelecida</b></p> <p>Há momentos em que a confiança é frágil entre as equipes, pois em certas circunstâncias a equipe que recebe questiona a competência de certos profissionais do SAMU.</p>
Ferramentas de formalização	<p><b>Acordos não consensuais, não refletem práticas ou estão em processo de negociação ou construção</b></p> <p>A falta de pactuação de qual profissional da rede irá participar da transferência do cuidado pré-hospitalar gera desgaste na equipe do SAMU, pois a mesma passa o caso clínico para diversos profissionais aleatoriamente, sem que algum seja referência para a transferência. Foi criado um acordo entre o SAMU e o pronto-socorro do hospital terciário, que este avisaria via telefonema sobre a transferência do cuidado. Foi criado um acordo que o SAMU não transfere paciente, somente quando o serviço superlotado avisa o secretário da saúde ou a superintendente da saúde e estes ligam para o SAMU e informam que não tem mais leito em determinado serviço. Porém este acordo não é de ciência e clareza de todos, bem como não é respeitado.</p>
Troca de informações	<p><b>Troca de informações incompletas. Infraestrutura, não atende às necessidades ou é usada de forma inadequada</b></p> <p>Espaço físico inapropriado para transferência do cuidado. O local onde o profissional do SAMU encontrar alguém da equipe de enfermagem ou médica, ele realiza a transferência do cuidado. A troca de informação ocorre de forma muito rápida e simplória, informações essenciais não são transmitidas, o que pode interferir na continuidade do cuidado. Ocorre de maneira mecanizada, não havendo, muitas vezes, espaço para perguntas e questionamentos da equipe receptora. Foi relatado necessidade de melhorar as trocas de informações, visto que os meios de comunicação utilizados atualmente não são eficientes como os profissionais gostariam que fossem.</p>
Centralidade	<p><b>Autoridades centrais com papéis mal definidos. Papéis políticos e estratégicos ambíguos.</b></p> <p>Regulação do SAMU como uma referência para os profissionais atuantes no pré-hospitalar. Necessidade dos gestores em se reunirem com as equipes para clarificar os papéis profissionais. Presença de liderança hierárquica de alguns profissionais, principalmente médicos. Isto leva a relações geradoras de conflitos em virtude da postura e das decisões de alguns colegas.</p>
Liderança	<p><b>Liderança sem foco, fragmentada, que tem pouco impacto</b></p> <p>A regulação do SAMU assume uma figura de liderança, pois quando os conflitos não conseguem ser resolvidos entre as equipes os profissionais relataram solicitar apoio destes. Não há clareza sobre qual profissional assume a liderança na transferência do cuidado.</p>
Suporte para inovação	<p><b>Experiências inovadoras, porém, esporádicas e fragmentadas.</b></p> <p>As ideias dos profissionais para melhorar o serviço são aceitas e avaliadas pela gestão. As gestões dos serviços de menor porte são mais dispostas para dar suporte para inovação do que aqueles de maior porte. Por vezes, existe o suporte para inovação, porém alguns profissionais não são adeptos as mudanças.</p>
Conectividade	<p><b>Espaços de discussão relacionados a questões específicas</b></p> <p>Os entrevistados citaram que a conectividade deveria romper os limites de cada serviço e acontecer junto dos outros serviços da rede de urgência e emergência do município, entre os profissionais. A conectividade ocorre entre os serviços por meio da comunicação efetiva entre os gestores, porém há pouca conectividade entre os profissionais da saúde.</p>

legalmente, ele é o responsável pela tomada de decisão frente a equipe de Suporte Básico de Vida.

Nota-se a importância da comunicação, principalmente entre os gestores e com as equipes. Estudo realizado com trabalhadores da vigilância sanitária e da atenção primária, no município de Fortaleza, no Brasil, constatou que, entre os gestores, foi percebido maior grau de conectividade, pois existem diálogos e vínculos entre eles nos encontros periódicos,

quando são discutidas as ações de cada núcleo (Lopes et al., 2021).

Isso demonstra, assim como no presente estudo, que a conectividade necessita ser intensificada no plano dos trabalhadores. Com amparo nesse fato, entende-se oportuno destacar a ideia de que, para haver colaboração no sentido de tomar decisões em conjunto com o objetivo de resolver problemas comuns, são essenciais as oportunidades frequentes

de encontros e discussões horizontais.

Por meio das entrevistas e observações notou-se que a regulação do SAMU não está a parte de todos fatos ocorridos na transferência do cuidado pré-hospitalar, principalmente aqueles relacionados a situações de agressão verbal entre trabalhadores. As agressões físicas e verbais sofridas pelos profissionais do SAMU, podem desencadear estresse relacionado ao trabalho. Em pesquisa realizada em unidade de emergência, os participantes relataram a hostilidade dos profissionais de saúde para com os socorristas nos serviços de referência (Martins & Gonçalves, 2019).

Cabe aos líderes e gestores adotarem medidas favoráveis para a prevenção ou redução da violência no trabalho. Deve-se garantir a presença de profissionais da segurança capacitados e em número adequado para regular entrada e saída e o fluxo de pessoas, resolução de desentendimentos e procurar melhorar o relacionamento interprofissional, inclusive entre a chefia e os profissionais. É importante capacitar os profissionais com relação aos direitos dos trabalhadores, maneiras adequadas para enfrentar ou superar insultos e para manejar situações conflitantes, incentivar a denúncia dos casos de violência no trabalho e existir punições ao agressor e elas serem aplicadas, independentemente de sua posição hierárquica (Bordignon & Monteiro, 2021).

Portanto, a comunicação é um elemento interacional que influencia o grau de colaboração. Ela deve ser desenvolvida como um processo de escuta ativa e empática, contribuindo para redução de conflitos. Ter momentos para aprimorar a comunicação, com o uso de técnicas específicas e da comunicação não violenta, pode melhorar as relações, aumentar a empatia e confiança, expandir o suporte social e repercutir diretamente na colaboração interprofissional. A comunicação entre os profissionais orientada para as necessidades de saúde dos pacientes é uma condição indispensável do trabalho em equipe e da prática interprofissional colaborativa. (Kanno et al., 2023).

A conectividade entre as equipes é prejudicada por falhas de comunicação. De acordo com os depoimentos dos participantes, estas estavam relacionadas as dificuldades do contato telefônico. Estudo americano sugeriu o uso da telemedicina, alternativa que permite maior eficiência e agilidade no gerenciamento de transferências inter-hospitalares, além de possibilitar que profissionais ganhem tempo para realizar o atendimento clínico necessário aos pacientes (Hayden et al., 2020).

As dificuldades no processo de transferência dos pacientes para o hospital, desde o contato com os profissionais da referência à efetiva transferência, são marcadas por consequências: atraso do atendimento no local adequado com possíveis prejuízos no estado de saúde do paciente; comprometimento do cuidado às pessoas que aguardam atendimento; alteração no processo de trabalho; estresse e frustração nos profissionais (Hayden et al., 2020).

Estas dificuldades indicam a necessidade de mudanças e de suporte para a inovação. D'Amour et al. (2008) apontam que a colaboração, necessariamente, implica mudanças nas práticas clínicas e na partilha de responsabilidades entre parceiros. Em conformidade com os resultados do presente estudo, observou-se que emergiu, como necessidade para suporte para inovação e para conhecimento sobre a atuação dos outros profissionais da RUE, a realização de momentos de integração e capacitação conjunta das equipes.

Para a conectividade entre os serviços e centralidade das ações na transferência do cuidado pré-hospitalar foi citada, pelos entrevistados, a importância da realização de ações voltadas

para dimensão formalização, como por exemplo realização de reuniões programadas, por meio de encontros mensais ou semestrais envolvendo as gestões e os profissionais. Ressalta-se, que momentos como esses deveriam acontecer com maior periodicidade para que fossem possíveis o fortalecimento dos vínculos e o debate acerca dos demais aspectos que demandam atuação conjunta (Lopes et al., 2021).

É necessário consolidar as ferramentas de formalização, visto que não estão claros os acordos, regras, protocolos que direcionem o profissional em caso de superlotação. Estas dificuldades no processo de transferência dos pacientes para o hospital são marcadas por consequências, como por exemplo, possíveis prejuízos no estado de saúde do paciente; comprometimento do cuidado às pessoas que aguardam atendimento; alteração no processo de trabalho; estresse e frustração nos profissionais (Hermida et al., 2022).

No que se refere a infraestrutura para troca de informações, foi observado inadequação do espaço físico, falta de privacidade para realizar atendimentos e insuficiência de materiais, como macas, por exemplo. Estes também foram problemas observados em outro estudo realizado em hospitais da Etiópia. Pacientes internam em macas e cadeiras, atendidos nos corredores em leitos provisórios que se tornam permanentes. Em um contexto de desorganização dos serviços de emergência, estes fatores se articulam tornando o trabalho hospitalar especialmente difícil de vivenciar (Geleto et al., 2020).

Foi observada, também, falta de padronização de um local para a transferência das informações, visto que estas ocorrem em qualquer espaço físico, independente do movimento, barulho e trânsito de pessoas, familiares, pacientes e profissionais. Uma queixa presente nos depoimentos de um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem, atuantes em pronto-socorro de um hospital universitário, refere-se à estrutura física da emergência, uma vez que os trabalhadores consideram que o espaço físico não comporta a demanda atendida diariamente. Muitas macas se localizam nos corredores, dificultando o trânsito e os cuidados ao paciente e favorecendo, ainda, a infecção cruzada (Miorin et al., 2018).

Este contexto implica também na dimensão, objetivos e visão compartilhados, pois se constituem como motivos que geram insatisfação, desmotivação e sofrimento psíquico. Identificou-se falta de atenção, principalmente da equipe médica, na troca de informações realizadas pelos técnicos de enfermagem do SAMU. Isto pode ser reflexo do que o indicador orientação centrada no usuário versus outras orientações representa. Isto revela que existe uma estrutura complexa de interesses envolvendo uma variedade de tipos diferentes de fidelidade: à clientela, à profissão, à organização e aos interesses confidenciais. Porém, estudo confirma que a superlotação dos serviços de urgência e emergência, assim como a sobrecarga dos profissionais, é fator que prejudica a comunicação (Alted et al., 2021).

Além da comunicação, nas relações interprofissionais, é relevante o entendimento de questões que envolvam relações de poder, a fim de subsidiar posicionamentos críticos e empoderar os trabalhadores da enfermagem frente ao enfraquecido reconhecimento social e profissional que permeiam a profissão da enfermagem. Outrossim, não pode ser ignorado que esse processo causa impacto no grupo de trabalhadores ao comprometer o valor social, a organização e o poder político de determinada categoria, reforçando desigualdades socialmente construídas, expressadas por meio de relações laborais desiguais (Dias et al., 2019).

O ambiente hospitalar enseja hierarquia velada com a resultante relação de poder e domínio. O sistema social envolve os fatores sociais, que são a fonte das diferenças de poder que podem existir entre os profissionais de uma equipe e isso têm impacto sobre como a prática colaborativa se desenvolve. A igualdade entre os profissionais, uma das características básicas da prática colaborativa, é prejudicada quando existem diferenças de poder baseadas em estereótipos de gênero e status social díspar entre os profissionais de uma equipe (D'Amour et al., 2005).

No cotidiano do trabalho hospitalar, geralmente os enfermeiros tinham suas práticas voltadas à gestão de documentos, e as práticas médicas eram mais focadas na propedêutica e terapêutica dos pacientes. No entanto, a posição do enfermeiro no contexto hospitalar vem se modificando e o profissional adquirindo cada vez mais visibilidade por estar envolvido na gestão do cuidado. Essa conformação leva a uma reconfiguração das práticas e relações profissionais estabelecidas entre médicos e enfermeiros e, conseqüentemente, à reconfiguração das relações de poder constituídas. Assim, é preciso que se compreenda as relações que se estabelecem nesse contexto, pois elas interferem na dinâmica do trabalho e na qualidade das práticas do cuidado. Nesse sentido, cabe considerar que o poder advindo do saber circula constantemente, reconfigurando as relações de acordo com a composição de forças constituídas a partir de conhecimentos e práticas postos em jogo (Silva et al., 2020).

O trabalho interprofissional com orientações centradas no usuário desafia os serviços de saúde a incluírem os prestadores de serviços que compartilham decisões sobre intervenções ou o gerenciamento dos problemas de saúde com seus pacientes, e um foco no paciente como pessoa, e não apenas à doença (Dias et al., 2019). As observações e os depoimentos, ratificam que as orientações centradas no usuário, ainda são um desafio para os profissionais dos serviços de emergência. Nota-se o predomínio da atuação profissional em que prevalecem os interesses próprios, rompendo com a convergência de interesses centrados no paciente.

A internalização permeia nos depoimentos, sobre a importância do conhecimento dos profissionais da saúde sobre a atuação de cada um. Estudo que objetivou descrever a colaboração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde em uma capital brasileira, concluiu que, em ambos serviços, os trabalhadores desconhecem os colegas e os trabalhos por eles desenvolvidos (Sales Neto et al., 2021). Essa configuração dificulta a confiança entre os profissionais, pois o conhecimento do trabalho do outro é essencial para que sejam propostas operações que possam ser desenvolvidas de maneira colaborativa. Além disso, foi citado que habilidades procedimentais levam à confiança interprofissional e a eficácia dos processos que envolvem as relações dentro da equipe (Mendes et al., 2022).

Além disso, a colaboração requer dos trabalhadores a vontade de cooperar. Em um estudo realizado com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, estes compararam a Vigilância Sanitária com o “bicho papão”, que está na Unidade apenas para punir (Sales Neto et al., 2021). Esta metáfora também se aplica no presente estudo, no qual o SAMU, muitas vezes, é considerado pelas equipes intra-hospitalares como o responsável pela superlotação dos serviços. Essa situação, na medida em que pode provocar rejeição entre os trabalhadores, não contribui para o estabelecimento de um clima de trabalho provedor da colaboração e da convivência e confiança entre os membros das equipes.

Foram observados momentos em que os técnicos de enfermagem do SAMU chegavam no serviço de destino cantando. Isto pode ser reflexo do que o indicador convivência mútua representa; sentimento de pertencimento ao grupo e familiaridade com os colegas de equipe. Porém, a organização tecnológica do trabalho em serviços de emergência apresenta alta dinamicidade, cujo cotidiano é demarcado pela oferta de cuidados complexos. O estresse advém da interação do indivíduo com os fatores do ambiente, quando percebe situações desafiadoras como excedentes à capacidade de enfrentamento. Esse cenário requer cotidianamente a utilização de estratégias de enfrentamento, denominadas de coping (Santana et al., 2021).

Na tentativa de combater o estresse e minimizar os efeitos deletérios, as estratégias de coping emergem como mecanismos e atitudes cognitivas e comportamentais que conduzem à adaptação às situações estressoras com o potencial de modificar, controlar, tolerar ou reduzir a evolução delas. (Santana et al., 2021).

A integração, necessária entre as equipes, mencionada nas entrevistas, relaciona-se com a dimensão internalização, a qual envolve interação social constituída por componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. No componente afetivo, há uma tendência de experimentação de sinais de simpatia e de compaixão. No cognitivo há concepção da capacidade de interpretar e compreender a perspectiva do outro. No componente comportamental, há a caracterização da comunicação verbal ou não verbal como uma forma explícita de reconhecimento dos sentimentos e perspectivas da outra pessoa (Albuquerque et al., 2019).

A prática colaborativa no ambiente hospitalar é complexa e requer processos relacionais. Diante disso, indica-se que durante a formação profissional já seja abordado sobre o assunto. Estudantes que experienciam a educação interprofissional poderão ser futuros profissionais que praticam a colaboração interprofissional nos serviços de saúde, que serão capazes de atender às demandas dos usuários com maior clareza de seus papéis profissionais e com maior capacidade para trabalhar em conjunto, promovendo melhor qualidade do cuidado.

## Conclusão

Evidenciou-se colaboração interprofissional em desenvolvimento (nível 2) na transferência do cuidado pré-hospitalar. Isto indica que já estão sendo realizadas algumas ações no sentido da colaboração interprofissional e resulta em uma divisão provisória de responsabilidades entre profissionais e instituições, em tímidas transformações das práticas profissionais e, em serviços que são menos eficientes do que poderiam ser.

É preciso destacar atitudes de lideranças que, favoreceram a centralidade política dos gestores no desenvolvimento da colaboração interprofissional, o que gerou a criação dos acordos formais e informais. Os desafios para a colaboração interprofissional estão relacionados à sistematização e gestão das atividades de integração entre os serviços, com a possibilidade do desenvolvimento de ferramentas de tecnologia da informação para apoio a colaboração interprofissional; aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, com vistas a melhorar a troca de informações durante a transferência do cuidado pré-hospitalar; segurança e o respeito à privacidade do paciente; adaptação da estrutura física dos serviços para a transferência do cuidado; implementação de incentivos para profissionais da saúde.



A obtenção no nível 3 (colaboração ativa) durante as transferências do cuidado pré-hospitalares é algo possível, entretanto ainda é um desafio a ser conquistado. É necessário inserir na agenda de ações dos gestores e profissionais a construção de novas práticas profissionais que propiciem a colaboração interprofissional, com vistas a qualidade do cuidado e as próprias relações entre os trabalhadores. Sugere-se o estabelecimento de espaços para a discussão de casos e construção de competências colaborativas, com momentos de clarificação interprofissional, são uma importante estratégia às maneiras de agir e interagir no trabalho em saúde interprofissional.

Espera-se que os resultados possam contribuir para criação de instrumentos de padronização das transferências do cuidado pré-hospitalares, que contenham itens relacionados a colaboração interprofissional. A implantação destes processos padronizados, por meio acordos, formulários, checklist ou fluxogramas, contribui para qualidade e segurança das transferências do cuidado pré-hospitalares, bem como para continuidade do cuidado durante a permanência do paciente no setor de emergência.

### Limitações do Estudo

Centraram-se na impossibilidade de inferência do estudo para outros contextos, por se tratar de um estudo de caso único. Além disso, a análise dos documentos se restringiu aos Boletins de Atendimento do SAMU e a evolução médica e de enfermagem no recebimento do paciente, visto que não foram encontrados outros documentos que servissem para análise.

### Referências

- Albuquerque, M. C. dos S., Souza, D. F. S., Maynard, W. H. C., Bezerra, L. F. D., Cassimiro, A. R. T. S., & Cavalcante, J. C. (2019). Nurses' empathy in an emergency hospital service. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 28, e20170406. <http://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0406>
- Alted, R. T., Villarroya, S. R., Segura, E. M., Pablo, C. L., & Poblet M. B. (2021). Emergency handover of critical patients. A systematic review. *International Emergency Nursing*, 56. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100997>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (edição 70, Ed. Rev. e Ampl.).
- Bordignon, M., & Monteiro, M. I. (2021). Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20190406. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190406>
- Caneppele, A. H., Cucolo, D. F., Mininel, V. A., Meireles, E., & Silva, J. A. M. (2020). Interprofessional collaboration in urgency and emergency network teams in the Covid-19 pandemic. *Escola Anna Nery*, 24(spe), e20200312. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0312>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- D'Amour, D., Ferrada, V. M., San Martín Rodríguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- Dias, M. O., Souza, N. V. D. O., Penna, L. H. G., & Gallasch, C. H. (2019). Perception of nursing leadership on the fight against the precariousness of working conditions. *Journal of school of nursing: university of São Paulo*, 53, e03492. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018025503492>
- Geleto, A., Chojenta, C., Taddel, T., & Loxton, D. (2020). Perceptions of midwives on the quality of emergency obstetric care at hospitals in Ethiopia: A qualitative explanatory study. *Midwifery*, 90, 102814. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102814>
- Hayden, E. M., Boggs, K. M., Espinola, J. A., Camargo, C. A. J., & Zachrisson, K. S. (2020). Telemedicine Facilitation of Transfer Coordination From Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 76(5), 602-608. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32534835/>
- Hermida, P. M. V., Nascimento, E. R. P., Malfussi, L. B. H., Lazzari, D. D., Galetto, S. G. S., & Torres, G. M. (2022). Eases and hindrances of reference in an emergency care unit. *Escola Anna Nery*, 26, e20210038. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0038>
- Kanno, N. de P., Peduzzi, M., Germani, A. C. C. G., Soárez, P. C. D., & Silva, A. T. C. da. (2023). A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cadernos De Saúde Pública*, 39(10), e00213322. <https://doi.org/10.1590/0102-3111XPT21332>
- Lopes, N. M. S., Paiva, F. M., Sales, M. R., Gondim, A. P. S., & Lôbo, C. D. A. (2021). Health Surveillance and Primary Health Care: collaborative dimensions and practices in a capital. *Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology*, 9(3), 84-91. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01653>
- Merten, H., Galen, L. S. V., & Wagner, C. (2017). Safe handover. *BMJ*, 359(4328), 1-5. <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j4328/r-r-0>
- Miri, K., Sabbaghi, M., Mazlum, S. R., & Namazinia, M. (2023). The trend of change in the role of prehospital emergency medical services in Iran's healthcare system: a situational analysis. *BMC Emergence Medicine*, 23(99). <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00861-3>
- Martins, D. G., & Gonçalves, J. (2019). Estresse Ocupacional em Profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3), 3-17. <http://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.618>
- Mendes, F. A. J., Figueira, L. G. R., & Silva, M. A. M. (2022). Os efeitos da educação interprofissional na prática em saúde. *Revista Pró-UniverSUS*, 13(1), 02-06. <https://doi.org/10.21727/rpu.v13i1.3180>
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 01-12, 2017. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
- Miorin, J. D., Camponogara, S., Pinno, C., Beck, C. L. C., Costa, V., & Freitas, E. O. (2018). Pleasure and pain of nursing workers at a first aid service. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002350015>
- Rocha, V. L. S., Faria, J. M. M., Moretzsoh, J. S., Coelho, B. A. G., Silva, R. M. (2023). Regulation of hospital admissions from a fictitious clinical case -experience of medical students. *Revista Revoluca*, 2(2), 312-319. <https://revistarevoluca.emnuvens.com.br/revista/article/view/45>
- Sales Neto, M. R., Paiva, F. M., Lopes, N. M. S., Lôbo, C. D. A., Gondim, A. P. S. (2021). Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde: dimensões e práticas colaborativas em uma capital. *Vigilância Sanitária em Debate*, 9(3), 84-91. <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1653>
- Silva, C. P. G., Aperibense, P. G. G. S., Almeida, F. A. J., Santos, T. C. F., Nelson, S., & Peres, M. A. A. (2020). Da educação em serviço à educação continuada em um hospital federal. *Escola Anna*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0380>
- Santana, T. S., Servo, M. L. S., Sousa, A. R., Fontoura, E. G., Góis, R. M. O., & Mercês, M. C. (2021). Coping strategies used by hospital emergency nurses. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 30, e20200435. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0435>
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (5ª ed.). Bookman.

### Informações sobre os autores:

#### Jeanini Dalcol Miorin

Universidade Federal de Santa Catarina  
R. Delfino Conti, S/N, Trindade  
88040-370 Florianópolis, SC, Brasil.

Contribuições da autora: conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, administração do projeto, recursos, visualização, escrita – rascunho original, escrita – revisão e edição.

E-mail: jeaninidmiorin@hotmail.com

#### Silviamar Camponogara

Contribuições da autora: conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, administração do projeto, recursos, visualização, escrita – rascunho original, escrita – revisão e edição.

E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br

#### Carmem Lúcia Colomé Beck

Contribuições da autora: visualização, escrita – rascunho original, escrita – revisão e edição.

E-mail: carmembeck@gmail.com

**Rosângela Marion da Silva**

Contribuições da autora: visualização, escrita – rascunho original, escrita – revisão e edição.  
E-mail: cucasma@terra.com.br

**José Luís Guedes dos Santos**

Contribuições do autor: visualização, escrita – rascunho original, escrita – revisão e edição.  
E-mail: santosjlg29@gmail.com

**Conflitos de interesse:**

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização e na comunicação dessa pesquisa.