

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

Denys Tietbol Wolkmann Eilert

**ANÁLISE DA ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL HOSPITALAR NO
ENFRENTAMENTO DA COVID-19**

Porto Alegre

2022

Denys Tietbol Wolkmann Eilert

**ANÁLISE DA ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL HOSPITALAR NO
ENFRENTAMENTO DA COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Angela Peña Ghisleni

Co-orientadora: Prof. Graciele Sbruzzi

Porto Alegre

2022

RESUMO

As crescentes demandas em saúde no mundo exigem a busca de novos modelos de assistência. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde reconhece as práticas colaborativas como modelo para o enfrentamento das altas demandas de trabalho em saúde. A pandemia da COVID-19 catalisou a adoção desse paradigma pelos sistemas de saúde, desafiando os profissionais a desenvolver processos colaborativos e competências para o trabalho interprofissional. Assim, esta pesquisa objetiva analisar as ações de enfrentamento da COVID-19 sob a perspectiva da interprofissionalidade e da visão dos profissionais do HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil). O estudo é qualitativo do tipo estudo de caso, foram realizadas entrevistas com profissionais das equipes assistenciais COVID-19 do HCPA e a análise dos dados foi feita no sentido de compreender o corpus dos dados coletados. Observou-se que os profissionais desenvolveram as competências descritas na literatura e processos de trabalho que deixam um legado para o hospital.

Palavras-chave: Covid-19. Equipe Multiprofissional. Relações Interprofissionais.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
ARTIGO	5
Resumo	5
Introdução	6
Metodologia	7
Participantes [subtítulo].....	8
Instrumentos [subtítulo].....	8
Procedimentos de coleta [subtítulo].....	8
Procedimento de análise [subtítulo].....	8
Aspectos Éticos [subtítulo].....	9
Resultados e discussão	9
Desenvolvimento de competências colaborativas [subtítulo].....	9
Construção de processos de trabalho colaborativos e interprofissionais [subtítulo].....	20
O legado para o hospital, profissionais e usuários [subtítulo].....	28
Considerações finais	32
Referências	33
ANEXO A - INSTRUÇÕES AOS AUTORES	37

APRESENTAÇÃO

As práticas colaborativas interprofissionais consistem em um tema recorrente nas discussões que envolvem a educação e o trabalho em saúde, revelando-se um modelo capaz de entregar melhores resultados em saúde num mundo cujas demandas neste setor são cada vez maiores. Nessas circunstâncias, a pandemia da COVID-19 surgiu concebendo um cenário para este modo de trabalho prosperar e acelerando sua implementação nos sistemas de saúde.

No contexto exposto, ao longo do ano de 2020, foram apresentados relatos em jornadas científicas pelos diferentes profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), bem como iniciativas destes visando a constituição de grupos de trabalho multiprofissional imbuídos de atuar de forma interprofissional no enfrentamento da COVID-19. Nessa conjuntura, surgiu a ideia de propiciar visibilidade às ações de combate à pandemia, assim como ter a oportunidade de analisar as ações colaborativas desenvolvidas por meio deste trabalho. Assim, foram realizadas entrevistas com os profissionais da linha de frente do HCPA para cumprir o objetivo proposto.

Pretende-se dividir este trabalho em dois artigos para futura publicação na revista eletrônica “Interface – Comunicação, Saúde, Educação”, uma publicação interdisciplinar e de acesso aberto. De modo que, em um artigo pretende-se discutir a construção de competências colaborativas pelos profissionais do HCPA; e em outro, pretende-se abordar os processos de trabalho constituídos e o legado deixado para o hospital, profissionais e usuários. Ressalta-se, entretanto, que para fins de entrega aos avaliadores, o corpo deste trabalho possui a estrutura de um único artigo (resumo, introdução, resultados/discussão e considerações finais), que encontra-se formatado de acordo com as normas exigidas pela revista. As normas encontram-se nas instruções aos autores, anexas a este trabalho (ANEXO A).

ARTIGO

Análise da atuação interprofissional hospitalar no enfrentamento da COVID-19

Resumo

A Organização Mundial da Saúde reconhece as práticas colaborativas como modelo para o enfrentamento das altas demandas de trabalho em saúde. A pandemia da COVID-19 catalisou a adoção desse paradigma pelos sistemas de saúde, desafiando os profissionais a desenvolver processos colaborativos e competências para o trabalho interprofissional. Assim, esta pesquisa objetiva analisar as ações de enfrentamento da COVID-19 sob a perspectiva da interprofissionalidade e da visão dos profissionais do HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil). O estudo é qualitativo do tipo estudo de caso, foram realizadas entrevistas com profissionais das equipes assistenciais COVID-19 do HCPA e a análise dos dados foi feita no sentido de compreender o corpus dos dados coletados. Observou-se que os profissionais desenvolveram as competências descritas na literatura e processos de trabalho que deixam um legado para o hospital.

Palavras-chave

COVID-19. Equipe multiprofissional. Relações interprofissionais.

Analysis of hospital interprofessional acting in facing COVID-19

Abstract

The World Health Organization recognizes collaborative practices as a model to face the high demands of health work. The COVID19 pandemic catalyzed the adoption of this paradigm by health systems, challenging professionals to develop collaborative processes and skills for interprofessional work. Thus, this research aims to analyze the actions to face COVID-19 from the perspective of interprofessionality and the view of professionals of HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brazil). The study is a qualitative case study, interviews were conducted with professionals from the COVID-19 assistance teams of HCPA, the data analysis was carried out in order to understand the corpus of the collected data. It was observed that professionals developed the skills and work processes described in the literature that leave a legacy for the hospital.

Key words

COVID-19. Multiprofessional team. Interprofessional relations.

Análisis de la actuación interprofesional de los hospitales frente a COVID-19

Resumen

La Organización Mundial de la Salud reconoce las prácticas colaborativas como modelo para enfrentar las altas exigencias del trabajo en salud. La pandemia de COVID-19 catalizó la adopción de este paradigma por parte de los sistemas de salud, desafiando a los profesionales a desarrollar procesos colaborativos y habilidades para el trabajo interprofesional. Así, esta investigación tiene como objetivo analizar las acciones para enfrentar la COVID-19 desde la perspectiva de la interprofesionalidad y la visión de los profesionales del HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil). El estudio es un estudio de caso cualitativo, se realizaron entrevistas a profesionales de los equipos de asistencia COVID-19 de HCPA, el análisis de datos se realizó con el fin de comprender el corpus de los datos recopilados. Se observó que los profesionales desarrollaron las habilidades y procesos de trabajo descritos en la literatura que dejan un legado para el hospital.

Palabras clave

COVID-19. Equipo multiprofesional. Relaciones interprofesionales.

Introdução

As crescentes demandas em saúde no mundo exigem a busca de novos modelos de assistência. Assim, a Organização Mundial da Saúde¹ reconhece as práticas colaborativas como recurso para a redução da crise na força de trabalho em saúde, apesar de sua implementação ainda enfrentar barreiras políticas e educacionais.

Com o surgimento da pandemia da COVID-19 os sistemas de saúde foram desafiados a encontrar soluções para um alto número de internações e sobrecarga dos hospitais. Assim, foi criado um cenário propício para a implementação de novas dinâmicas de trabalho, capazes de oferecer respostas rápidas e eficazes. No Brasil, a maior parte da população conta com assistência de saúde por meio do sistema público, e desde o início da pandemia foi necessária rápida articulação com outros setores, colocando à prova a estrutura existente num momento de fragilidade devido à redução de investimentos na pesquisa científica e na saúde^{2,3}.

A necessidade de otimizar o uso de recursos conduziu os trabalhadores da saúde a adotar práticas colaborativas, que ocorrem quando profissionais de diferentes áreas prestam serviços baseado na integralidade, envolvendo os usuários do serviço para uma atenção de qualidade¹. Este novo paradigma se fundamenta

em um trabalho integrado e descentralizado, cujos objetivos principais são as necessidades do usuário.

Não há consenso quanto à distinção entre trabalho em equipe e colaboração interprofissional^{4,5}. Entretanto, constata-se que estes termos e outros correlatos estão associados, de forma que convergem para a noção de um trabalho integrado entre profissionais de diferentes disciplinas com objetivos comuns. Nesse contexto, a literatura sugere competências que precisam ser desenvolvidas para o trabalho interprofissional^{6,7}. No Brasil, a interprofissionalidade é preconizada nos dispositivos legais que orientam os programas de educação e saúde, todavia, o processo de implementação é discreto, de modo que não foi incorporado na cultura de formação em saúde⁸.

A pandemia catalisou o processo de desenvolvimento das práticas colaborativas nos serviços de saúde. Além disso, salientou a importância delas para a obtenção de celeridade e desfechos mais favoráveis nos processos de trabalho, fato corroborado pelas publicações no primeiro ano de pandemia⁹.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e assim como outros hospitais universitários, precisou se reorganizar para o enfrentamento da pandemia¹⁰. O HCPA consiste em um dos centros de referência para atendimento dos pacientes COVID-19, e tal como outras instituições públicas no Brasil, enfrenta desafios referentes aos altos custos operacionais. Nesse contexto, tornou-se imperativo às equipes do hospital desenvolver competências e processos de trabalho colaborativos para melhor enfrentamento da pandemia.

O objetivo deste estudo consiste em analisar as ações de enfrentamento da COVID-19 sob a perspectiva da interprofissionalidade e da visão dos profissionais do HCPA. Ademais, propiciar visibilidade, assim como ter a oportunidade de analisar do ponto de vista conceitual as ações colaborativas e interprofissionais desenvolvidas no HCPA poderá contribuir para os processos de trabalho e de ensino na saúde.

Metodologia

O presente estudo possui caráter qualitativo, do tipo estudo de caso¹¹.

Participantes [subtítulo]

A população de estudo foram os profissionais da saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que atuaram a partir de 2020 junto às equipes assistenciais da COVID-19 - fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos. A amostra foi constituída por três profissionais de cada área, totalizando 18 entrevistados. Para constituição da amostra foi solicitado às chefias dos serviços a indicação dos profissionais conforme o critério de inclusão, portanto a seleção ocorreu por conveniência. Também foi constituída a amostra pelo método bola de neve, ou seja, um profissional participante da pesquisa indicou outro que atendia aos critérios de inclusão. Os pesquisadores realizaram o convite via meio eletrônico.

Instrumentos [subtítulo]

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturado com questões que nortearam a conversa que tinha a intenção de compreender os processos, as relações de trabalho e as competências interprofissionais desenvolvidas.

Procedimentos de coleta [subtítulo]

As coletas foram realizadas e gravadas em ambiente virtual Google Meet. Os profissionais foram convidados a responder um roteiro de entrevista semiestruturado, com duração de cerca de trinta minutos. A entrevista foi previamente agendada para um horário conveniente. A validação das respostas ocorreu no momento da entrevista, uma vez que durante a conversa foi confirmado junto ao entrevistado o entendimento das respostas. Os dados foram armazenados no Google Drive e no computador pessoal do pesquisador em arquivos de áudio e vídeo.

Procedimento de análise [subtítulo]

A análise foi realizada no sentido de compreender o corpus dos dados coletados, ou seja, a análise começou desde o início das transcrições. A análise de conteúdo foi utilizada para tal interpretação e utilizou dos dados objetivos e

subjetivos dos participantes para compreender o tema da pesquisa. Os dados foram organizados em categorias de análise: desenvolvimento de competências colaborativas; construção de processos de trabalho colaborativos e interprofissionais; o legado para o hospital, profissionais e usuários. Tais categorias foram definidas ao longo das leituras e releituras das transcrições e das codificações do texto a partir do referencial teórico¹².

Aspectos Éticos [subtítulo]

Este trabalho foi executado após ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o CAAE nº 50950821.4.0000.5327, com base na Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde e na Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Os indivíduos participantes deste estudo receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) por e-mail e após a explicação da proposta, responderam declarando seu consentimento.

Resultados e discussão

Desenvolvimento de competências colaborativas [subtítulo]

As respostas para o enfrentamento da pandemia não surgiram de forma imediata, tratava-se de uma doença até então desconhecida, que desafiou os profissionais no campo das relações humanas e de trabalho. Assim, ocorreu um processo de aprendizado coletivo, construído a partir da necessidade de encontrar soluções para os problemas que surgiam à medida que a pandemia avançava, promovendo um aumento progressivo no número de pacientes, do volume de trabalho e da necessidade de recursos, conforme relata a enfermeira-2.

[...] aprendendo no dia-a-dia e com as situações que surgiam que a gente ia fazendo adaptação [...] em termos físicos, em termos de materiais, da logística das coisas dentro da própria unidade, porque era uma característica diferente, portas fechadas [...]. Foi uma construção a partir da própria experiência. (enfermeira-2)

Nesse contexto, as diferentes equipes precisaram se aproximar e reorganizar rotinas para atuar de forma mais integrada, visando desempenhar suas funções com maior agilidade e qualidade. Assim, o ambiente tornou-se propício para desenvolver

habilidades e para usar ferramentas que antes eram subvalorizadas, logo, começaram a ser construídas as competências colaborativas que constituem os pilares do trabalho interprofissional e que estão em consonância com aquelas identificadas na literatura^{6,7}.

A comunicação representa uma competência central para o trabalho interprofissional, e traduz-se na ideia de comunicar-se com os diferentes atores, de forma ágil e responsável para apoiar o trabalho em equipe, visando a atenção centrada nos pacientes, familiares e comunidade⁷. A aproximação das equipes oportunizou o aperfeiçoamento dessa habilidade, que deve ser frequente, informal, recíproca e efetiva¹³, representando o componente mais importante da colaboração interprofissional. Desse modo, ao longo da pandemia, a comunicação revelou-se indispensável para os profissionais do HCPA, alicerçando o trabalho interprofissional e provendo a base para o desenvolvimento das demais competências. A necessidade de maior interação a partir da implementação das novas rotinas intensificou o contato entre os diferentes núcleos, consistindo em um fato inédito para muitos trabalhadores, sendo necessário aprender a se comunicar não apenas com os colegas de outras áreas, mas também com os usuários do serviço, conforme apontado pelos entrevistados.

[...] eram pacientes que estavam com uma doença nova, muito assustados, então a gente tinha que investir um tempo muito maior conversando [...] uma coisa que era falha antes e que a gente só viu a importância dentro de uma unidade COVID, a comunicação com a família [...]. (médica-2)

[...] ganho para os profissionais acho que foi isso de aprender a ter mais diálogo com áreas que normalmente não têm diálogo [...] (médico-3)

[...] muita coisa fica de positivo, do ouvir o outro, de trocar informações, experiências [...], propiciou uma empatia maior entre as equipes, uma valorização [...]. (enfermeira-2)

O uso da tecnologia da informação por meio de ferramentas, como as chamadas de vídeo via internet, oferece a oportunidade de melhorar as interações interprofissionais¹⁴. Posto isso, é recomendado escolher ferramentas e técnicas efetivas para facilitar a interação e melhorar o funcionamento da equipe⁷. Estas foram estratégias utilizadas, como pode ser percebido no relato.

[...] a gente conseguiu estabelecer uma comunicação muito efetiva e direta [...]. a gente conversa por telefone, hangout, whatsapp, todos os meios de comunicação, a gente tá sempre junto. (nutricionista-1)

O uso das ferramentas tecnológicas desempenharam papel essencial no sentido de manter um contato constante entre equipes, pacientes e seus familiares. O uso de tais recursos pelos profissionais exigiu um aprendizado que rompeu com as rotinas estabelecidas em relação às trocas de informações; e também consistiu em uma inovação imprescindível na atenção aos pacientes, pois era necessário evitar a disseminação do vírus e conceber uma comunicação ágil e efetiva. Esta percepção pode ser identificada nas falas a seguir.

[...] a gente fez muito uso das ferramentas da comunicação, da escuta então ser realizada através dessas ferramentas de comunicação, através das videochamadas, dos teleatendimentos, isso foi uma necessidade de inovação bem importante [...]. (psicóloga-1)

Nós quebramos um grande preconceito eu diria, que nós tínhamos com informações por telefone [...] achava que só o presencial funcionava e nada mais. Nós tivemos que fazer muitas visitas virtuais, contamos muito com a equipe de Enfermagem nessa interface, talvez nós tenhamos nos aproximado mais da Enfermagem por essa via [...]. (psicóloga-3)

Condição para uma boa comunicação, o respeito ganha destaque como competência necessária às relações humanas, pois oferece garantia de escuta efetiva, possibilita reconhecimento dos diferentes papéis e responsabilidades dos demais profissionais para o trabalho cooperativo¹⁵. Mas o respeito também é a base para o desenvolvimento de outras competências centrais para a interprofissionalidade^{6,7,14}. Nesse sentido, o respeito permeou todas as ações dos profissionais, das conversas cotidianas às discussões para solucionar conflitos, contribuindo para a formação de vínculos de confiança e para a satisfação dos profissionais. Assim, o respeito e confiança são elementos importantes a serem desenvolvidos numa equipe e são construídos através das experiências compartilhadas.¹⁴ Ao contrário, a falta de reciprocidade quanto à confiança pode aumentar a tensão e prejudicar a colaboração¹⁶. Nos relatos, o respeito ficou subentendido em diversas circunstâncias, mas também foi explicitado, associado aos limites da atuação de cada um e ao sentimento de maior valorização por profissionais que em circunstâncias normais estariam menos abertos ao diálogo.

[...] a gente ocupou na pandemia um espaço de valorização que é muito legal, e de respeito, principalmente, a gente conseguiu ser escutado [...] nós estamos trabalhando muito mais em cooperação, [...] entendendo e respeitando os limites uma da outra [...] a gente aprendeu até a compartilhar mais, a poder dividir um pouco com as outras profissões, respeitar o que cada um faz. [...]. No início teve várias colegas que acabaram de alguma forma evitando atender por estar temerosas, era tudo muito incerto, muito inseguro. Então muitas colegas a gente percebia que tinham um receio maior e a gente respeitava e entendia aquele momento. (psicóloga-2)

O estreitamento das relações e a realização de um trabalho coeso passa pela necessidade de compreensão da função de cada profissional no cuidado e do seu escopo de prática, a falta de entendimento desses aspectos foi identificado como fonte de conflitos interprofissionais^{14,17}. Desse modo, a compreensão de papéis é importante para o trabalho colaborativo e consiste em competência que foi desenvolvida, conforme evidenciado nas entrevistas.

[...] um momento que aproximou as equipes e a gente pôde saber mais sobre as rotinas de trabalho de diversas equipes, Fisioterapia com certeza, a equipe de Enfermagem [...], houve uma aproximação com possibilidade de conhecimento dos processos de outras equipes. (médica-1)

[...] a gente vem ainda de uma construção em relação ao nosso papel, as equipes não tinham uma compreensão muito clara [...], quando nos acionar, então, no contexto da pandemia [...] nos deu mais visibilidade. Hoje eu vejo que se tem um processo um pouco mais automatizado de quando acionar o fonoaudiólogo, antes parecia que a gente tinha que explicar e explicar [...], os profissionais conseguiram ter esse olhar pra nossa profissão, [...] nesse sentido melhorou: 'esse é o meu papel, esse é o teu papel'. Os papéis estão hoje um pouco melhor definidos. (fonoaudióloga-1)

[...] a gente se aproximou mais ainda [da Fisioterapia], eles tiveram que entender mais do nosso trabalho para nos ajudar e a gente mais do deles [...] isso melhorou, desse processo da equipe ficar mais junta e entendendo mais os mesmos pacientes, e eu acho que essa coisa também dos outros profissionais se darem conta dos próximos passos do trabalho de cada um [...]. (fonoaudióloga-3)

A clarificação dos papéis acontece quando cada profissional compreende seu próprio papel e o dos demais, utilizando isso para atingir os objetivos dos usuários⁶. Em função das limitações no campo de prática de cada profissão, existe a necessidade de proteger sua área de expertise¹⁴, logo, o estabelecimento de papéis claros é fundamental para melhores relações e desempenho das equipes interprofissionais, ajudando na definição da natureza das tarefas de cada um, suas responsabilidades e escopo de prática; garantindo a prevenção de problemas quanto à violação dos limites de atuação. Todavia, quando as circunstâncias exigem, os profissionais têm de compartilhar papéis e trabalhar além dos limites habitualmente determinados¹⁴, o que se aplica ao contexto de restrições da pandemia. Nessa lógica, o compartilhamento de papéis fica evidente na fala da fonoaudióloga-3.

[...] nossa atuação foi muito importante com a fisio [...] em momentos bem críticos como em março deste ano que foi muito ruim, a gente teve que fazer às vezes papéis que não eram nossos. Eu ajudava, por exemplo, a fisio a sentar o paciente, a mobilizar o paciente para eu poder fazer o meu trabalho melhor. (fonoaudióloga-3)

Segundo Barr¹⁵, as competências para a prática colaborativa são classificadas em: comuns, quando podem ser realizadas por todos os profissionais; complementares, aquelas que distinguem uma profissão das demais; e colaborativas, em que cada profissão precisa colaborar com outras para realizar. A classificação de Barr¹⁵ é útil para demarcar a intersecção do escopo de atuação dos diferentes profissionais, bem como definir seus limites, e além disso, possibilita trabalhar a percepção estereotipada que cada profissão tem das demais, pois ela pode influenciar de modo negativo o trabalho colaborativo¹⁸, interferindo nos processos de tomada de decisão e impactando na atenção centrada nos usuários. A partir disso e do exposto pela fonoaudióloga-3, é relevante notar que muitas das competências que são frequentemente entendidas como complementares, na verdade poderiam ser classificadas como comuns ou colaborativas, visto que podem ser realizadas por outros ou com outros, corroborando a ideia de que é preciso conhecer as atribuições de cada profissional.

A compreensão dos papéis junto à necessidade de maior discussão para combater uma doença até então desconhecida, configuraram um ambiente favorável para a tomada de decisão compartilhada, outra competência desenvolvida e que compõe a parceria entre equipes na colaboração interprofissional⁶. Tradicionalmente dominado pelos médicos, o processo decisório tornou-se mais descentralizado e menos fragmentado, conforme evidenciado pelos entrevistados.

[...] decisão terapêutica a gente compartilha muito com o pessoal da Fisioterapia. [...], tinha muito esse diálogo especialmente com eles." [...], nos ajudar a decidir por conduta mesmo, de compartilhar essa decisão por conduta. [...] antes do COVID isso acabava sendo muito uma decisão exclusiva por parte dos médicos. (médico-3)

[...] bastante questões compartilhadas com a Fisioterapia, com a Nutrição [...] teria espaço para melhorar assim, nunca é ótimo, entende? Mas houve a possibilidade de desenvolver essa habilidade também." (médica-1)

"Então, pela primeira vez eu vi isso como descentralizado, em alguns momentos médico centrado, mas assim, 98% não foi [...]" (enfermeira-1)

"[...] se tu for ver em outras arenas, isso é só da boca pra fora, 'a equipe multiprofissional, nutricionista vem, o fisio vem, o tarara vem, o papa veio', mas a decisão é do médico. E ali não, ali todo mundo tinha o seu ponto fraco, sabe? Era todo mundo no mesmo nível, eu vejo assim. Claro que tinham algumas estrelinhas no jogo, mas na hora de discutir [...] tinha médico que não começava o round se não tivessem os outros profissionais da equipe, mesmo sabendo que o round era só da equipe médica, com o preceptor com seus alunos [...]. (enfermeiro-3)

A tomada de decisão compartilhada consiste em um elemento central para o trabalho interprofissional no campo da saúde⁶ e quando inclui os usuários e é percebida por estes, tende a repercutir positivamente na satisfação¹⁹. Nessa lógica, a assistência oferecida no HCPA refletiu na percepção dos usuários quanto à qualidade do serviço oferecido, conforme relato da psicóloga-1.

[...] essa possibilidade de uma intervenção mais integrada traz muitos ganhos em vários sentidos, eu acredito que isso promove um sentimento de mais confiança nas pessoas. [...], as pessoas percebem quando a gente está se comunicando melhor ou com mais limites, quando a gente se conhece entre si [...], os pacientes percebem isso [...] a gente acaba escutando da satisfação que os pacientes tinham, e dos familiares também nos dizendo [...]. Tinha um reconhecimento me parece dos pacientes e dos familiares desse esforço mais integrado no cuidado [...] (psicóloga-1)

As decisões compartilhadas abrangem não somente as deliberações dos profissionais, detentores do conhecimento especializado, mas devem compreender também, com seus desejos e valores, os usuários. Os profissionais, portanto, precisam comunicar-se de modo a estabelecer um diálogo inclusivo, que permita a participação de todos. Assim, o emprego do conhecimento técnico-científico compõe a ação instrumental, enquanto a busca do entendimento dos trabalhadores entre si e com usuários envolve a ação comunicativa²⁰. Desse modo, os profissionais combinam o agir instrumental e o agir comunicativo, de forma complementar⁵, visando estabelecer um diálogo e possibilitar a tomada de decisão compartilhada. Ao longo da pandemia, as equipes do HCPA se engajaram em manter a comunicação com as famílias, o envolvimento delas nas decisões sobre o manejo dos pacientes foi bastante requisitado dada a gravidade dos casos, conforme evidencia a fisioterapeuta-1.

[...] muitas vezes acabamos solicitando e tendo um familiar acompanhando, mas esses pacientes que não tinham familiar [presencialmente na unidade], que só recebiam telefonema da equipe médica, a psico também teve que por várias vezes nos ajudar e entrar em contato [com o familiar], até às vezes quanto à definição de manejo, o paciente já estava com várias comorbidades associadas, aquela questão de definir se o paciente vai ser investimento máximo [...]. (fisioterapeuta-1)

Profissionais, pacientes, família e pessoas da comunidade são detentores de informações importantes para a tomada de decisão. Dunn et al.²¹ identificou a importância da participação da família nas decisões sensíveis e Chewing et al.²² evidenciou que a maior parte dos pacientes prefere participar das decisões, indicando que a tomada de decisão não deve permanecer restrita aos profissionais.

Entretanto, para que o processo decisório conjunto aconteça é necessário que os profissionais acatem contribuições dos demais. Assim, o trabalho em equipe requer que os profissionais cedam em relação à sua total autonomia, de modo a reconhecer a dos demais e sua interdependência⁵.

O enfrentamento da COVID-19 no HCPA envolveu a todo instante a discussão de condutas. Historicamente, as decisões quanto aos tratamentos são determinadas pelos médicos, baseado nisso, é importante ressaltar que apesar das decisões compartilhadas terem prevalecido, a aproximação das equipes invocou conflitos, frequentemente associados à autonomia dos profissionais frente à prescrição de condutas, conforme apontado por alguns profissionais.

[...] no início foi bem difícil assim, eles [os médicos] pediam VNI, a gente tentava discutir para ver a real necessidade [...], como a gente faria de uma forma mais segura possível, então no início foi bem difícil assim, era muito vertical. (fisioterapeuta-2)

“[...]”, ainda é muito centrado no médico [o processo decisório], a gente até tentava se inserir nos rounds, mas era uma coisa mais... como eu vou te dizer... a gente sempre tentando fazer um esforço para participar [...]” (nutricionista-3)

Os conflitos podem ser classificados em: conflitos de tarefa, que abrangem discordâncias sobre o conteúdo e resultados das atividades; conflitos de relacionamento, que envolvem diferenças pessoais de personalidade ou valores; conflitos de processo, relacionados a questões de logística para realização das tarefas²³. Assim, no HCPA, os conflitos de tarefa e de processo ficaram evidentes nas divergências entre algumas equipes médicas e de fisioterapeutas, conforme demonstrado nas falas a seguir.

[...] a gente passou por bastante dificuldade com algumas equipes [...] por acharem que a gente deveria apenas cumprir ordens e não opinar em algumas demandas, principalmente de ventilação. Então, teve bastante conflito [...] foi uma luta diária, a gente tentando mostrar que também teríamos autonomia. [...] Ficou [o processo decisório] bastante centralizado, a gente tinha rounds que eu participei por um período [...], era mais para a gente estar presente, porque pra algumas coisas escutavam a nossa opinião, mas em outras não. (fisioterapeuta-3)

[...] entrou uma equipe para auxiliar, uma equipe médica para auxiliar no suporte ventilatório [...] a gente virou apertadores de botão só [...], não podia mais discutir [...], foi bem difícil [...], quando entrou essa equipe daí já começou briga de quem que prescreve, quem que indica [...], já começou uma guerra de egos [...]. (fisioterapeuta-2)

A partir dos relatos, as discordâncias referentes às estratégias de tratamento caracterizam conflitos de tarefa, enquanto os conflitos de processo ficam evidenciados nas questões referentes à definição de responsabilidades para operar o ventilador e prescrever condutas. Posto isso, fica claro que os profissionais precisaram desenvolver a habilidade de resolução de conflitos, outra competência essencial para o trabalho interprofissional⁶, sendo necessário lidar com as diferenças quanto ao manejo dos pacientes e tratamentos prescritos, bem como aprimorar sua habilidade de argumentação. Os conflitos no trabalho interprofissional possuem diversas causas, e embora geralmente estejam associados a consequências negativas, em determinadas situações, quando bem manejados pela equipe, podem trazer resultados positivos^{14,25}. Desse modo, é importante ressaltar que, apesar dos relatos das profissionais fisioterapeutas destacarem aspectos negativos, podemos entender o conflito como uma variável necessária ao aprimoramento das equipes para exercer o trabalho interprofissional. Assim, a gestão de conflitos nem sempre resulta na solução destes, mas tem o sentido de estimulá-los para a aprendizagem da equipe²⁴ e espera-se que haja reflexão e argumentação para buscar consensos, considerando sempre as demandas dos usuários⁵. Nessa lógica, fica evidenciado através da fala dos profissionais sua necessidade de argumentar e estabelecer acordos.

[...] tem que aprender a trabalhar com as relações interpessoais com todas as equipes [...] a gente teve algumas dificuldades, não chegou a ser um desacordo total, mas a gente via que assim, que para chegar à conclusão era um pouco difícil. (enfermeira-1)

[...] acabamos não tendo total autonomia para definir se vai ser CPAP, BILEVEL, tivemos que discutir, argumentar e às vezes quando a gente não concordava teve que usar muito da argumentação [...]. (fisioterapeuta-1)

Fatores como falta de tempo, carga de trabalho, pessoas em posição de poder menos favorecidas, evitação de confrontos, falta de reconhecimento e motivação, representam obstáculos para a resolução de conflitos¹⁷. Embora os fatores tempo e carga de trabalho tenham influenciado na dinâmica entre as equipes, fica claro que as relações de poder desiguais foram fatores determinantes para a gênese dos conflitos, questão explicitada pelos entrevistados.

[...] professores e residentes, esses eram mais difíceis de lidar. Tinha muito a questão do professor que era o comandante da embarcação e o restante era marinheiro, a gente estava ali para remar conforme ele comandasse [...] (fisioterapeuta-2)

[...] médico é soberano, ele faz a prescrição, o que a gente faz é tentar dialogar pra ver se dá ou não pra mudar alguma conduta. (nutricionista-3)

Reações em resposta ao conflito podem compreender a imposição de uma determinada visão aos outros, submissão a pontos de vista, evitação e engajamento para a solução²⁵. Os relatos demonstram que os conflitos no HCPA residem na imposição da opinião médica e submissão dos demais a ela. Todavia, é notório que os profissionais também reagem, no sentido de argumentar para fazer valer seu ponto de vista. Logo, apesar das iniquidades nas relações, elas precisam ser administradas diariamente para que a assistência possa ser prestada aos usuários de forma colaborativa¹⁴. Nesse sentido, o relato dos participantes sugere que, no decorrer do tempo, foi possível estabelecer uma relação menos vertical, com mais respeito às decisões e melhor funcionamento em equipe⁶.

[...] pensando em relações de poder [...] com o restante da equipe nós estamos no mesmo patamar, então foi sempre muito tranquilo de falar. A equipe médica tem uma coisa hierárquica que é deles, de hegemonia médica [...], é como se eles fossem o suprassumo e a gente estava aqui na base da pirâmide, e eles lá no topo. [...] achatou um pouquinho e a gente ficou mais perto deles, eu achei ótimo, porque é isso, a gente tem que trabalhar junto [...]. (psicóloga-2)

[...] eram determinações que a gente tinha ou não que cumprir [...]. Mudou depois, a gente passou a ter mais contato com a equipe médica, a gente estabeleceu que diariamente iam ter *huddles* [...]. (fisioterapeuta-2)

[...] melhorou muito essas tomadas de decisões. [...] muito comum era liberação de via oral no final de semana de uma dieta que o fonoaudiólogo ainda não tinha liberado. Era bastante comum, chegava na segunda-feira, as prescrições estavam todas diferentes, isso hoje ocorre com menor frequência. (fonoaudióloga-1)

[...] dificuldade, às vezes, de relacionamento entre equipes tiveram que ser ajustadas [...] residentes, eles não deixaram de atender, então a cada trinta dias era um grupo novo e aí a gente teve que alinhar, juntou os professores, os chefes de equipe [...], fazer algumas combinações para que isso pudesse dar certo, porque todo mundo tinha que trabalhar da mesma forma [...] acho que em relação de um ano e pouco a gente teve uns dois ou três momentos difíceis. Se tu parar pra pensar num momento de tensão é muito pouco. (enfermeira-1)

Os relatos, sobretudo o da enfermeira-1, ratificam a noção de que o conflito, apesar de enfatizar divergências, é capaz de promover o debate em busca de soluções. Assim, convém destacar que a resolução de problemas entre equipes demanda lideranças capazes de reconhecer o conflito e oportunizar a escuta, de modo a democratizar o encaminhamento de questões pertinentes. Nesse contexto, a liderança colaborativa emerge como competência que, dentre outras, tem a função

de facilitar as dinâmicas da equipe e o processo decisório, bem como estabelecer um clima de colaboração⁶. No HCPA as lideranças foram acessíveis, capazes de dialogar, demonstrando humildade e disposição para encontrar soluções, características que facilitam a resolução de conflitos¹⁷, evidenciadas pela enfermeira-1.

[...] essas lideranças [...], eu com a Enfermagem, [a chefia da Fisioterapia] na Fisioterapia, os professores com a Medicina [...] quando tinha algum desajuste entre os membros da equipe, sempre tinha esse posicionamento de sentar e conversar [...] isso foi muito positivo, porque se a gente tivesse um desses líderes que não tivesse uma escuta, que não entendesse que é importante trabalhar em grupo, ia ficar muito difícil. (enfermeira-1)

A liderança compartilhada baseia-se na ideia de que a escolha do líder depende do contexto e de que os envolvidos compartilham as responsabilidades⁶. Entretanto, a alternância de lideranças frequentemente não ocorre devido à hegemonia médica no processo de cuidado¹⁴. Assim, médicos em equipes interprofissionais tendem a vivenciar tensões, no sentido de abraçarem a ideia de uma atuação democrática, mas assumirem uma postura hierarquizada²⁶, conforme sugere a fala da médica-1.

[...] às vezes tem que ter alguém que assuma, se divide muito a decisão, às vezes a coisa tende a não ir muito pra frente. E como as coisas precisaram ser decididas muito rápido [...] eu acho que tenha ficado um pouco mais centralizado, mas não vejo isso como um ponto negativo, vejo como uma questão de necessidade do momento, não dava tempo de debater tudo [...]. (médica-1)

Embora a fala da médica-1 demonstre uma visão centralizada da liderança, ela possui um fator contextual associado. Assim, discussões que demandam mais tempo, com diversos pontos de vista, podem ser um obstáculo para iniciar o processo de tomada de decisão compartilhada, porque a equipe pode não chegar a um consenso, paralisando o processo²¹.

Para que a integração dos profissionais ocorresse, além das aptidões desenvolvidas e do papel das lideranças, foi preciso compartilhar conhecimento e habilidades. Essa competência se relaciona com a clarificação de papéis, confiança e respeito, que por sua vez, consistem em facilitadores para uma abordagem interprofissional e tomada de decisão compartilhada²⁷. A oportunidade para a troca de conhecimento ficou expressa particularmente pelo papel dos fisioterapeutas.

[...] quando chegou os alto fluxos, não sabia nem o que era, por onde chegar naquela porqueira. Daí a gente fez a capacitação e eu disse pra ele [o colega da Fisioterapia]: 'não entendi nada, me dá uma aula desse troço'. Tchê, a gente entrou num quarto: 'não, vou te explicar tudo, tu vai saber'. Meu, eu tava instalando aquilo ali de olho fechado e ainda tinha a capacidade de discutir. (enfermeiro-3)

[...] a gente aprendeu muito com eles, manejo de dispositivos [...], cateter de alto fluxo era algo que a gente nem usava e virou uma ferramenta fundamental [...] a Fisioterapia me marcou muito, a qualidade de atendimento e o enriquecimento que eles nos deram com relação ao uso de dispositivos de oxigênio, até com relação ao manejo de cateter nasal, de máscara de Hudson [...]. (médica-2)

[...] as meninas da Enfermagem entravam para tirar [a ventilação], a gente treinou muito elas, instalação, desinstalação, para não haver dispersão de aerossóis." (fisioterapeuta-1)

Os conhecimentos dos profissionais da área da saúde frequentemente se sobrepõem²⁸. No relato dos trabalhadores é possível notar que isso constrói parcerias que compreendem as especificidades de cada um e a existência de um campo comum e colaborativo²⁸. Todavia, o compartilhamento de saberes também pode contribuir para o surgimento de conflitos¹⁷, pois impõe aos profissionais a necessidade de ceder parte de sua expertise, conforme apontado pela fisioterapeuta-2, que deixa claro que a finalidade não era uma disputa, mas sim o cuidado centrado nos usuários^{6,7}.

[...] a gente fica muito mais tempo dentro do quarto do que eles [os médicos]. Às vezes era bem recebida [...] às vezes não, [...], como se estivéssemos disputando saberes, mas não era a intenção, a intenção mesmo era trazer um olhar mais integral, mais completo [...]. (fisioterapeuta-2)

A última grande competência colaborativa identificada foi o cuidado centrado nos pacientes^{6,7}. Ainda não existe um consenso claro sobre o conceito desta competência, mas ela se apresenta vinculada a uma visão de cuidado ampliado em saúde, que reconhece a necessidade de uma equipe composta por diversos profissionais contemplando todos os aspectos dos usuários⁴. Essa perspectiva consiste em um contraponto ao modelo uniprofissional e foi apontada pelo enfermeiro-3 como importante para a assistência.

[...] hoje diminui um pouco 'o meu paciente.', não teu paciente, é o nosso paciente, então vamos dividir ele hoje, um pedacinho para cada um, tu prescreve, tu avalia, mas tem que escutar o enfermeiro, o fisioterapeuta, o nutricionista, é muito importante." (enfermeiro-3)

Este tipo de assistência, que coloca o paciente como propósito central, está vinculado às formas de trabalho que envolvem profissionais de diferentes disciplinas. Assim, é importante salientar que a filosofia de trabalho do HCPA, desde antes da pandemia, contempla uma abordagem multi. Além disso, a formação de muitos profissionais também compreende este conceito, conforme demonstram as nutricionistas.

Eu venho de uma residência multiprofissional [...], a gente percebe que de fato funciona muito bem o atendimento quando tem esse vínculo. (nutricionista-1)

[...] aqui no hospital a gente exerce muito essa questão da multidisciplinaridade, a gente vê até quando sai daqui a diferença que faz essa comunicação com a equipe [...]. (nutricionista-2)

Existe, portanto, preparo organizacional e formativo prévio, que funciona como facilitador para o processo de construção da interprofissionalidade na prática e que estimula, em certa medida, o trabalho centrado nas necessidades dos usuários, corroborando a literatura, no sentido de que as políticas e a educação voltadas para o trabalho colaborativo contribuem para o desenvolvimento desta e das demais competências^{1,7}.

Construção de processos de trabalho colaborativos e interprofissionais **[subtítulo]**

O planejamento das novas rotinas no hospital teve início ainda nos meses que antecederam a pandemia. Inicialmente os profissionais atuavam paralelamente com pouca integração, conforme relatado.

[...] cada profissão no início da pandemia ela foi se adequando a algumas normativas internacionais [...] não teve como as profissões se reunirem para poder organizar alguma estratégia de trabalho multi junto [...], isso foi se construindo [...] aos poucos e na prática foi se dando essa interação com os outros [...]. (fonoaudióloga-1)

Gradualmente, o trabalho mudou de uma abordagem multiprofissional para interprofissional, designação esta que expressa maior grau de interação²⁹. Além disso, foi um processo dinâmico, cujos fluxos se remodelavam à medida que se aprimorava o conhecimento num momento de fragilidade relacionada aos recursos

para ventilação assistida e leitos, tema que envolve incertezas referentes às decisões éticas e morais³⁰, conforme aponta a fisioterapeuta-1.

[...] a gente começou a ver a experiência de fora, o que o pessoal estava usando. [...] fomos amadurecendo, conhecendo a doença, [...], conhecimento foi uma construção para saber lidar com a situação. Foi criado [...] um grupo de gestão da pandemia, onde tinha médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, tinha uma equipe multi [...] que estava trabalhando justamente para ver os processos [...] era uma escassez muito grande de recursos de ventilação quanto leitos de CTI. [...] tivemos que decidir muitas vezes aquele único aparelho para quem iria.” (fisioterapeuta-1)

Nesse contexto, torna-se relevante discutir os processos de trabalho colaborativos e interprofissionais que foram construídos no HCPA, colocando a interprofissionalidade como instrumento central de combate à pandemia. A reorganização dos hospitais no Brasil não exigiu apenas adaptações físicas, que incluem medidas como a redução da circulação de pessoas e reorientação dos fluxos da assistência¹⁰, mas também exigiu adaptações intangíveis, relacionadas à saúde mental dos trabalhadores³¹, pois verifica-se considerável prevalência de sofrimento psicológico nos profissionais da linha de frente^{32,33}. Assim, a Psicologia desempenha papel importante no enfrentamento das repercussões da COVID-19, contribuindo no apoio por meio de intervenções para minimizar efeitos negativos sobre os profissionais³⁴. Assim, as equipes foram alvo de mediações interprofissionais, que contavam com a parceira de médicos e enfermeiras, cujo objetivo era trabalhar medos e sentimentos, e envolviam temáticas desde o uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) até as inseguranças dos funcionários³⁵, conforme apontam as psicólogas.

[...] a gente via os nossos pacientes adoecendo, então isso teve uma potencialidade de mexer com essas emoções [...], obrigou que a gente se dedicasse a uma outra interface do trabalho da clínica, que não era aquele trabalho da clínica por excelência, de ficar escutando os familiares e pacientes. A gente precisou também se movimentar para escutar a nós mesmos e a nossos pares. [...] a pandemia trouxe isso à tona de um jeito muito peculiar também, porque pela primeira vez a gente estava muito exposta ao mesmo risco dos pacientes. (psicóloga-1)

[...] grupo de atenção psicossocial às equipes, que foi uma [...] ação conjunta entre Psicologia, serviço de Medicina ocupacional, controle de infecção hospitalar e gerência de risco [...], essas instâncias se reúnem ainda semanalmente para discutir quais unidades precisam de suporte. E esse é um suporte que a Psicologia sempre está. Pode ser que tenha um médico e uma psicóloga, uma enfermeira e uma psicóloga [...], os sentimentos dos trabalhadores, foram questões que o cognitivo não dava conta. [...] aí eu não tô falando nas áreas COVID só, o pessoal da

manutenção [...], seguranças, grupos com pessoal da higienização, que foram incansáveis nesta pandemia. (psicóloga-3)

Além do preparo psicológico, os treinamentos consistiram em processos de trabalho colaborativos recorrentes^{10,35}, sendo capazes de repercutir positivamente na confiança e conhecimento dos profissionais³⁶. Os treinamentos envolveram o compartilhamento de conhecimento, competência que ajudou a disseminar saberes sobre paramentação e desparamentação dos EPIs, utilização dos equipamentos de ventilação e informações referentes à Fonoaudiologia, conforme explicitado pelos profissionais.

[...] tivemos vários treinamentos com a equipe da Fisioterapia [...] essa construção foi feita por várias mãos, várias cabeças pensantes [...], um processo de muita aprendizagem, de troca, principalmente na parte de novos equipamentos, eles faziam treinamento, eles nos ensinavam, nos ajudavam, e isso foi essencial. (enfermeira-2)

[...] começaram a dar esse treinamento de paramentação e desparamentação e foi enviado também esse convite para a Fisioterapia [...], para depois a gente multiplicar isso para o restante do grupo. [...] capacitar tanto os enfermeiros quanto os técnicos sobre o suporte ventilatório [...]” (fisioterapeuta-2)

[...] a gente fez treinamento de paramentação para ver a melhor forma para não se contaminar e a gente treinava também as equipes de Enfermagem, para aprender a botar e tirar VNI, que era uma coisa que a gente não ia dar conta sozinho [...] (fisioterapeuta-3)

[...] vários treinamentos assim, teve todo um sistema de educação continuada [...] em questões de ventilação e manejo de pacientes [...] (médica-2)

[...] Equipes que não estavam acostumadas a receber pacientes traqueostomizados, ou que não utilizavam válvulas de fala e deglutição, então foi feito treinamento no CTI para eles [...] (fonoaudióloga-2)

Atribuição comum das três profissões²⁸, nota-se que fisioterapeutas se engajaram em capacitar médicos e enfermeiros para a utilização dos equipamentos de ventilação. Nesse sentido, treinamentos com enfoque interprofissional auxiliam no preparo para o trabalho colaborativo³⁷, e sendo assim, o HCPA também apoiou iniciativas com outras instituições, visando preparo para este modelo de trabalho, conforme aponta a fonoaudióloga-2.

[...] a gente tem um projeto com o Sírio Libanês, onde a gente está recebendo um treinamento bem importante dessa equipe multi. [...] para todo mundo compreender o papel de todas as áreas. [...] não vou olhar só para a fono, mas eu consigo olhar outros, outras áreas e poder não atuar na outra área, mas auxiliar os colegas [...]. (fonoaudióloga-2)

O papel da Fisioterapia no manejo do paciente COVID-19 está muito vinculado às questões respiratórias³⁸, sendo indicadas técnicas para a reabilitação dessa função. Assim, a ventilação não-invasiva (VNI) surgiu como ferramenta colaborativa fundamental na pandemia. Por meio dos relatos, a seguir, é possível perceber a importância das equipes de Fisioterapia, no sentido de compartilhar seus conhecimentos sobre dispositivos de ventilação com médicos e também com enfermeiros, que frequentemente relatam falta de conhecimento quanto à VNI em unidades de internação³⁹.

[...] [equipes médicas] ainda não tinham experiência e nos consultavam muito nas questões de VNI, [...], a gente passava [...] e discutia com todas as equipes médicas que estavam atuando dentro das unidades COVID sobre a [...] indicação da ventilação. (fisioterapeuta-1)

[...] eu não sabia manejar o aparelho de ventilação não-invasiva, nunca tinha mexido, nunca tinha instalado, e a Fisioterapia nos deu treinamento para isso, então esse manejo de via aérea e de suporte de oxigênio da Fisioterapia foi muito marcante. (médica-2)

[...] o grupo do suporte ventilatório que a gente participava; participava a Fisioterapia, participava a Enfermagem, participava a equipe médica, participava o controle de infecção hospitalar [...] tinha representante da TRR (time de resposta rápida) [...], informações de ventilação, de questão de leito, tudo a gente discutia ali no grupo e tinha essa integração, UTI também e unidade de internação. [...] a gente teve que [...] capacitar tanto os enfermeiros quanto os técnicos sobre o suporte ventilatório." (fisioterapeuta-2)

[...] a fisio foi sensacional, dividiram conhecimento de ventilação conosco, porque o nosso conhecimento na unidade era só de BiPAP e CPAP [...] tu via a equipe, os técnicos discutindo FiO₂ [...], Isso nos ajudou muito [...] a fisio foi disparada assim, a categoria que a gente mais teve aproximação. (enfermeira-1)

É pertinente notar que, segundo a classificação de Barr¹⁵, antes da pandemia a VNI poderia ser classificada somente como uma competência comum, por estar associada à Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. Entretanto, no contexto pandêmico ela pode ser entendida também como competência colaborativa, dada a necessidade de discussão constante entre os diferentes profissionais para a tomada de decisão num momento de adversidade.

Outra ferramenta que merece destaque, instituída para promover as discussões, foi o *huddle*, que consiste em uma pequena reunião, geralmente interdisciplinar, com propósito de pensar e conversar, aperfeiçoando a comunicação, colaboração e coordenação, de modo a identificar questões que requerem atenção⁴⁰. A partir disso, depreende-se que o *huddle* é um processo de trabalho que

depende das competências colaborativas para operar, mas ao mesmo tempo representa uma oportunidade para desenvolvê-las. No HCPA, profissionais de diversas especialidades participavam, conforme percebe-se nos relatos.

[...] fazia como se fosse um *huddle*, falando sobre os pacientes [...] junto com os intensivistas, com a fisio, com Psicologia, com a bioética, com a gerência de risco [...], a gente contou com várias equipes [...], não só no sentido de profissões, mas também de setores como o controle de infecção, bioética [...] (enfermeira-1)

[...] foram momentos de transição de cuidados que foram instituídos [...] a gente chama de *huddle* COVID [...] momento que ia então equipe de Enfermagem, de Fisioterapia, de Nutrição, equipe médica, [...] como se fosse uma preparação para o plantão que ia vir da noite [...]. Os *huddles* aconteciam diariamente [...] agregou qualidade ao tratamento.” (médica-1)

[...] a gente passou a ter *huddles* diários, inclusive nos finais de semana, que a gente discutia os casos, participava daí as equipes médicas, que eram mais de uma, participava a fisio, participava a Enfermagem [...] (fisioterapeuta-2)

Essa questão de poder participar dos rounds multiprofissionais é uma coisa que facilita muito o atendimento. (nutricionista-1)

[...] acho isso muito rico [as discussões no *huddle*] [...], não só no COVID, acho que como profissional, num momento que tu discute com teu colega, [...] é crescimento, e só tem uma pessoa que se beneficiou disso, o paciente. E essa percepção ali era muito vivenciado, muito próximo. (enfermeiro-3)

As decisões tomadas nos *huddles* resultam das informações provenientes das avaliações realizadas nos pacientes. No estudo de Kara et al.⁴¹ a avaliação interprofissional é testada entre estudantes de Enfermagem e Medicina. Nessa configuração, a avaliação conjunta permitiu que os estudantes de ambas as profissões percebessem a contribuição do colega com informações relevantes que anteriormente não eram percebidas dessa forma. De modo semelhante, o enfermeiro-3 enfatiza sua mudança de percepção relacionada aos achados na avaliação compartilhada com os fisioterapeutas.

[...] uma das coisas que eu aprendi muito, principalmente com os teus colegas ali [...] foi essa avaliação respiratória [...], mudou bastante na minha percepção hoje, o paciente muitas vezes que eu achava que não era grave, não valorizava algumas coisas, hoje eu valorizo diferente nessa avaliação. (enfermeiro-3)

Tradicionalmente, cada profissional avalia os pacientes isoladamente e a integração das informações acontece de modo individual por meio do prontuário. Todavia, durante a pandemia foram recorrentes práticas de avaliação e vigilância dos pacientes de forma conjunta, possibilitando aprendizado e compartilhamento de

impressões, bem como um maior engajamento dos profissionais em não cometer erros, visto que estavam sendo observados pelos colegas, conforme relata o médico-3.

[...] nunca tive tanto diálogo com a Fisioterapia, no sentido deles darem a impressão [...], essa questão de decisão terapêutica [...] foi muito mais compartilhada até no sentido de um fisioterapeuta entrar no quarto e ver um paciente que a gente nem tinha pedido avaliação, mas eles acharem que se beneficiaria dessa avaliação, sugerirem e a gente aceitar. [...] acho que a gente aprendeu a trabalhar pensando que tem outras pessoas olhando o nosso trabalho, no sentido de estar se policiando mais para tentar fazer as coisas do jeito mais correto. (médico-3)

Por fim, cabe apresentar alguns outros processos de trabalho colaborativos relacionados aos cuidados à beira-leito que foram construídos para atender os pacientes com maior segurança. Assim, devido às severas condições clínicas e consequente necessidade de atenção específica dos pacientes para realização de atividades básicas como tomar banho⁴² e se alimentar⁴³, foi necessária a atuação integrada dos diferentes profissionais, no sentido de compartilhar essas tarefas, conforme demonstrado pelos participantes.

[...] o técnico de Enfermagem muito atuante [...], as gurias iam dar banho e nos chamavam para auxiliar em função da ventilação, os alto fluxos que às vezes deslocavam e o paciente ficava ruim [...]. (fisioterapeuta-1)

[...] nos chamavam porque tinha que tirar para auxiliar o paciente a comer ou alguma questão de banho [...] os pacientes disfuncionavam muito fácil, então eles tinham medo às vezes de mexer [...]. (fisioterapeuta-3)

[...] especialmente com a equipe de Enfermagem, equipe de Fisioterapia, a gente acabou construindo uma parceria muito legal naquele início, [...] nós e equipe de Enfermagem nos ajudamos, muitas vezes coisas que a equipe médica nem faz assim, de administrar medicação, de ajudar o paciente, até na própria alimentação a gente acabava fazendo [...]. (médica-2)

[...] a Enfermagem que auxilia o paciente a comer, mas chega nesse momento a gente auxiliou muito os pacientes a comerem também, já vi fisio ofertando a dieta também, então essa integração de mobilizar no leito, a gente teve que ajudar muito [...], manobra de prono, que precisa mobilizar um monte de profissionais [...], não existia assim 'isso é tarefa só da Nutrição, isso é tarefa só do fisioterapeuta, isso é específico do enfermeiro'; não, todo mundo fazia. (nutricionista-2)

Os relatos evidenciam forte interação entre Fisioterapia, Enfermagem e Medicina, visto que dividem atribuições. Nesse sentido, ter atribuições compartilhadas é positivo para as rotinas, pois deixa claro o reconhecimento de competências comuns e da prática interprofissional²⁸. Assim, é esperado que a

interação entre estes profissionais tenha ocorrido de forma mais orgânica, o que ficou explícito também no relato do médico-3.

[...] a gente tinha uma dificuldade de coletar um exame específico, ou fazer um exame, não estava tão habituado a lidar com ultrassom ou fazer gasometria, a gente pedia ajuda. [...] muito diálogo com o pessoal da Enfermagem [...], pessoal da Fisioterapia para revisar o paciente, eles nos pediam, a gente pedia para eles, ou para ajudar a colocar uma máscara [...], foi uma [interação] entre especialidades diferentes [...] para conseguir acontecer [...]. (médico-3)

Embora marcante, a colaboração da Fisioterapia não se limitou apenas à Medicina e à Enfermagem, mas ocorreu também com a Fonoaudiologia. Ferigollo e Kessler⁴⁴ verificaram que fonoaudiólogos e fisioterapeutas reconhecem a importância da interdisciplinaridade. No HCPA a parceria vai além da relação entre disciplinas, integrando essas profissões em processos colaborativos na prática. A partir do relato das profissionais, fica evidente que elas conhecem a realidade uma da outra, sendo possível compartilhar atribuições e modificar sua prática para aperfeiçoar ações em saúde priorizando a integralidade do paciente⁴⁴.

[...]. Essa coisa das traqueostomias, por exemplo, eu tava trabalhando a parte da fisio, diminuindo o aporte de O₂, desmamando a traqueo e a fono junto me auxiliando. (fisioterapeuta-1)

[...] a Fisioterapia tinha que estimular que o paciente se movimentasse mais [...], onde que a fono também pode estar incluída nesse momento, será que a gente consegue mobilizar esse paciente pra sentar na hora de uma refeição [...]. (fonoaudióloga-2)

[...] essa parceria foi bem legal assim, de um profissional tentar fazer um pouco a atuação do outro, os fisios adaptavam a válvula de fala nos pacientes, às vezes que a gente não tinha condições de entrar cedo [...]. (fonoaudióloga-3)

Outra prática importante da assistência que foi compartilhada refere-se à questão nutricional dos pacientes, que por sua vez, influencia nas outras dimensões do cuidado. Desse modo, Yinusa et al.⁴⁵ verificaram que os diferentes profissionais têm papéis compartilhados em fornecer cuidado nutricional, e que atuando juntos exercem e desenvolvem as competências para o trabalho interprofissional^{6,7}. No HCPA a Nutrição dos pacientes não ficou restrita aos profissionais dessa área, ficando evidente uma atuação baseada na interdependência, que implica na dependência de um profissional pelo outro para fornecer a assistência⁴⁶, conforme verificado nos relatos.

[...] a fisio dizia 'olha, com a VNI tá muito difícil dele comer, mas quem sabe um canudo, não mas o canudo não passa [...]', fez também com que a gente percebesse que mudanças [...] eram necessárias. [...] a gente deixava a dieta mais na porta e a Enfermagem que distribuía os packs [...]. Os pacientes não eram quase pesados e a gente trabalha muito com o peso [...], a gente conseguiu fazer uma força tarefa com a Enfermagem de ter uma pesagem semanal [...]. (nutricionista-2)

[...] a gente teve que ter uma conversa com a nutri, porque os pacientes que estavam com esse tipo de suporte [ventilatório] eles estavam com dificuldade de se alimentar, porque ficavam dispneicos [...], tinha que ter uma alteração de dieta. (fisioterapeuta-2)

[...] a gente tentou trazer, como eu te disse, algumas coisas para facilitar pra Enfermagem, então a gente deixou alguns estoques de suplementos pra própria Enfermagem conseguir oferecer quando o paciente não conseguia ficar fora do suporte ventilatório [...]. (nutricionista-3)

De modo semelhante, a Psicologia também atuou integrada. Além de fornecer o suporte emocional, ficou claro o valor desses profissionais para estabelecer a comunicação das diferentes equipes com os pacientes e para auxiliar no entendimento das necessidades destes, fato que contribui para uma atuação mais flexível, em que os profissionais ampliam seu campo de prática, sendo capazes de promover melhor qualidade no cuidado e satisfação no trabalho²⁸. Nos relatos observa-se que os profissionais que realizavam os atendimentos passaram a atender de forma interdependente, valorizando a prática dos colegas.

Muitas vezes eu contei com a Fisioterapia, com a Fonoaudiologia, no sentido de poder discutir, de pensar se aquela pessoa tinha condições de se colocar numa escuta [...], muitas vezes eles não podiam falar, então a gente precisou intensificar esse contato, às vezes eu conseguia perceber, me aproximar daquele paciente acompanhando o atendimento da Fisioterapia, por exemplo, ou da Fonoaudiologia, que foram equipes que eu percebia muito presentes. (psicóloga-1)

"Um profissional muitas vezes que eu valorizava, mas pra mim era muito secundário no nosso processo, [...] [eu tinha] uma resistência com algumas coisas, o psicólogo [...], que algumas informações ele vai arrancar da família que tu não conseguiu [...]. (enfermeiro-3)

Constata-se, portanto, que os processos de trabalho interprofissionais construídos permitem que as decisões das condutas não recaiam sobre um profissional apenas, é uma tomada de decisão que ocorre pela colaboração e oferece aos profissionais a capacidade de tomar decisões mais bem informados²¹ e centradas nas necessidades dos pacientes. Nessa lógica, a prática colaborativa interprofissional proporciona mais segurança para os usuários¹⁴, contribuindo para a redução de desfechos negativos.

O legado para o hospital, profissionais e usuários [subtítulo]

Apesar das perdas, sobretudo humanas, o enfrentamento da pandemia tem potencial de deixar um legado, que abrange investimentos materiais e ganhos intangíveis. Assim, a maior proximidade entre os profissionais, a possibilidade de um trabalho mais integrado e centrado nos usuários são características que tendem a se manter, conforme verifica-se nos relatos.

Eu poder contar contigo que é fisio, a gente poder contar com a fono que vai nos dizer se ele vai poder voltar a beber água ou não, então são coisas que precisam de um olhar complementar de várias profissões, [...] a gente tá podendo chegar nesse momento, é com uma total liberdade de dizer... sem equipe multiprofissional não vai funcionar, isso eu acho que é outro legado.” (psicóloga-3)

[...] foi uma conversa assim, bem próxima, um trabalho bem ajustado para que a gente pudesse dar uma melhor assistência, então foi da parte de todos, não foi nada centralizado, foi tudo muito bem discutido [...] acaba ficando um pouco também de uma herança, de lição para que a gente possa fazer essa interação mais vezes [...] (enfermeira-2)

[...] o COVID veio realmente para mostrar que a gente não atua sozinho, tem que ter um grupo que fala a mesma língua, que se ajuda, senão o paciente não melhora. (fonoaudióloga-3)

[...] a questão de integração, que eu acho que algumas pessoas se deram conta que a gente tem que trabalhar junto, unida e falando a mesma língua assim. (nutricionista-3)

Embora a maior integração tenha sido identificada como legado, é importante ressaltar que fatores contextuais podem interferir na manutenção desse modo de trabalho. Assim, a fisioterapeuta-2 relata que embora houvesse uma disposição inicial para preservar as rotinas colaborativas, elas tendem a não ser mantidas em todas as áreas.

[...] o discurso da equipe médica era de [...] que isso era o ideal [...], era muito bom ter esse contato com a fisio, com a Enfermagem [...]. No entanto, [...] agora mais pro final que diminuiu demanda, começou a diminuir as equipes [...] parece que aquilo ficou muito restrito ao momento [...] (fisioterapeuta-2)

Essa mudança sugere que a ausência do contexto pandêmico têm potencialidade para inibir a implementação do trabalho colaborativo interprofissional. Assim, aspectos como cultura de trabalho, ambiente e apoio institucional são importantes para a efetividade deste modelo¹. Sendo necessário ampliar a inserção da educação interprofissional na formação em saúde para o fortalecimento da prática⁵ e para que profissionais sejam introduzidos no mercado de trabalho

imbuídos dessa lógica. O HCPA apoia as iniciativas, todavia, o pós-pandemia sugere que ainda é necessário grande empenho da instituição para incorporar esse modelo cotidianamente em todo o hospital, conforme sugerido pela médica-1, a seguir, que apesar de expressar desejo pela manutenção das rotinas, questiona sua viabilidade num contexto de normalidade, corroborando Walton et al.⁴⁷, no sentido de que apesar de reconhecer os benefícios das discussões coletivas, os desafios para sua manutenção envolvem barreiras logísticas de tempo, força de trabalho e planejamento.

[...] espero que elas [as rotinas] deixem um legado, porque elas vieram bem num momento que era necessário, mas [...] essas coisas requerem um esforço e às vezes é difícil justificar a manutenção desses esforços, mesmo que sejam pequenos quando não tem mais o que estava nos empurrando. Antes tinha o *huddle* [...], a internação começou a ficar com um, dois pacientes normalmente estáveis, e a adesão no *huddle*, por exemplo, baixou muito. [...] é uma coisa que a gente está lutando para ver o que dá para manter e tornar viável. (médica-1)

Experiências interprofissionais possibilitam a interação de diferentes perspectivas entre equipes, e a partir disso é comum profissionais de um campo passarem a valorizar os de outro^{41,45}. Assim, o reconhecimento da importância de cada profissional no cuidado e o crescimento pessoal durante a pandemia também foram apontados de modo recorrente como legado pelos entrevistados.

[...] o trabalho em equipe vai ficar muito forte assim, nesse sentido, dos médicos principalmente verem o quanto a fisio e a fono são importantes, mesmo nos pacientes não-COVID [...]. (fonoaudióloga-3)

[...] foi um aprendizado pra todo mundo assim, não só profissional, mas pessoal [...] começaram a ver as coisas de uma outra maneira. Por exemplo: 'paciente tá chamando que quer trocar tal coisa', vai lá e faz, este pode ser o último momento que ele vai conseguir tomar uma água, pode ser o último momento que ele vai conseguir comer, então o pessoal muito engajado [...] que fique esse legado para o hospital. (nutricionista-1)

[...] o legado maior é esse, o reconhecimento que cada profissão ela tem a sua importância [...], dificilmente uma equipe médica, por exemplo, hoje em dia vai querer que o paciente passe por um momento de internação hospitalar e não tenha o acompanhamento de um fisioterapeuta. (fisioterapeuta-1)

[...] essas discussões pra mim ficaram mais ricas, enriqueceu mais o meu profissional, trabalhando com uma equipe multi, principalmente na figura do fisioterapeuta, psicólogo que estavam junto conosco [...]. (enfermeiro-3)

[...] ficou a importância de entender o que é a linha de frente assim. Eu acho que a direção como um todo conseguiu ver o que é o comprometimento das pessoas, porque agilidade para montar novas unidades, UTI e tudo era muito rápido [...], era inacreditável como a gente conseguiu ser resiliente em cada período da pandemia, sabe? Eu acho que ficou isso, a resiliência. (enfermeira-1)

Muitas rotinas implementadas durante a pandemia foram ampliadas para outros setores, e além disso, investimentos de diversas ordens foram realizados ao longo dos meses, consistindo em legados tangíveis para o HCPA. Dentre as rotinas, ganhou destaque o teleatendimento, ferramenta importante para reduzir a circulação de pessoas, reduzir os custos de deslocamento e oferecer melhorias na assistência⁴⁸. Em um contexto de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e crescente necessidade de recursos³ o teleatendimento emerge como alternativa viável aos atendimentos presenciais convencionais, auxiliando no combate à pandemia, preservando a prestação de serviços e facilitando o acesso para os usuários⁴⁸. Nas entrevistas, os profissionais destacaram os ganhos materiais e a importância da manutenção dos teleatendimentos para os pacientes; e além disso, conforme aponta a fonoaudióloga-2, a herança deixada pode contribuir reduzindo os custos no sistema de saúde como um todo.

[...] hoje a gente tem a CTI maravilhosa do COVID, que eu não sei se existe no Brasil ou no mundo, porque veio a pandemia, a gente se mobilizou para ter aquela estrutura que vai ficar, tanto a estrutura, quanto os profissionais, quanto novos fluxos, quanto o trabalho em equipe. (fonoaudióloga-3)

[...] as informações médicas por telefone, porque não, né? Muitas famílias têm que se deslocar de longas distâncias [...] não tem o que me impeça pedir pro médico ligar [...], poder facilitar a vida das famílias também, então isso veio pra ficar. (psicóloga-3)

[...] vantagem para instituição esses nossos teleatendimentos e esse ambulatório de Nutrição pós-covid que foi muito solicitado, porque os pacientes foram pra casa com muita perda de peso [...], a abertura desses ambulatórios e de manejo principalmente no pós-alta, isso veio a ajudar muito a instituição. (nutricionista-2)

[...] uma coisa que mudou completamente foi a questão do teleambulatório, era algo que não existia aqui [...], para não fazer os pacientes virem de outras cidades [...], isso se mantém ainda hoje [...]. A gente conseguiu nessa pandemia mostrar como nosso trabalho é essencial e como a gente tem que estar em qualquer canto aqui do hospital para justamente isso se ver reduzido depois nessas reinternações, nesses custos que o hospital acaba tendo, que a saúde pública depois vai ter nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), [...] foram coisas que vieram pra ficar [...]. (fonoaudióloga-2)

Organismos internacionais já alertavam, antes da pandemia, sobre as dificuldades que os sistemas de saúde enfrentariam em situações de emergência, fato evidenciado na falta de recursos e ausência de protocolos para a segurança dos trabalhadores³¹. Durante a pandemia, os profissionais precisaram adotar medidas para se proteger do vírus e economizar recursos materiais, sofrendo mudanças comportamentais relacionadas ao uso de equipamentos individuais de proteção

(EPI) e ao uso mais racional de recursos. Tais medidas tendem a se manter no HCPA, conforme salientado pelos profissionais.

[...] a gente está com outro tipo de cuidado, eu acho que tem coisas que não vão mudar nunca, acho que a gente vai sempre usar máscara [...]. (psicóloga-2)

A gente teve na unidade problemas que a gente via o funcionário não usando [EPI] [...], foi uma das coisas que reforçou a gente mais ainda a ter esse cuidado [...], o uso racional de certos [recursos], um catéter, uma máscara [...]. Indiscriminadamente eu saio colocando máscara ou puxando extensão de óculos de O₂ para todo mundo? Não, não é assim, avalia o teu paciente, faz uma ausculta [...], isso foi uma das coisas que mudou e reforçou. (enfermeiro 3)

Outros ganhos que permanecem como legado referem-se ao conhecimento adquirido durante a pandemia. Hospitais universitários caracterizam-se por serem vinculados ao ensino, e desse modo, contribuíram com importante produção científica e inovação tecnológica durante a pandemia¹⁰. Assim, o HCPA cumpriu um papel relevante aportando novos conhecimentos a partir de pesquisas que permanecerão na comunidade científica³⁵, conforme verificado pela médica-2.

[...] na parte também de ciência assim, porque isso a gente traz de conhecimento, pro hospital também e pra comunidade científica. A gente fez muito estudo, então o hospital e as equipes aprenderam muito de condição de pesquisa [...], a instituição também ganha com isso como uma instituição de pesquisa. (médica-2)

Por fim, o HCPA consiste em uma instituição com mais de cinquenta anos de existência, com estrutura consolidada, cujo funcionamento envolve certa burocracia. Apesar disso, a instituição demonstrou a capacidade de se adaptar e se reorganizar em um curto espaço de tempo frente à necessidade imposta pela pandemia. Desse modo, foi também ressaltado como grande legado pelos profissionais, o aprendizado adquirido, a capacidade de mobilização e o preparo que foi construído e que poderá ser utilizado no caso de futuras crises.

[...] acho que essa mexida institucional, digamos assim, é uma potencialidade bem grande que veio com a pandemia [...], é um ganho importante, é ver que a gente pode se deslocar daquilo que a gente vinha fazendo [...] a pandemia trouxe aspectos positivos, foi exatamente esse de provocar mudanças [...]. (psicóloga-1)

[...] se tiver outra onda ou outra doença assim de caráter semelhante, a gente não vai montar uma estrutura do zero [...], já vai ter uma experiência no sentido de construir uma equipe, separar uma área, construir um diálogo assim, fazer todo um protocolo de enfrentamento, de uma maneira mais rápida [...] a gente não vai construir do zero, a gente vai usar a experiência que a gente já teve na COVID. (médico-3)

Considerações finais

A pandemia da COVID-19 representa uma das maiores crises sanitárias da humanidade e mobilizou setores da saúde a buscar meios de atender uma grande quantidade de pessoas, otimizando o uso de recursos materiais e humanos. Nesse contexto, as práticas colaborativas interprofissionais emergiram como solução capaz de atenuar as demandas em saúde¹. Entende-se que essas práticas não resolvem totalmente a complexidade dos problemas em saúde, mas tentam superar o modelo biomédico estabelecido⁵.

Para o sucesso na implementação deste modelo, faz-se necessário o apoio institucional e o desenvolvimento de competências^{6,7}. Assim, a comunicação revela-se como competência central, dada a necessidade dos profissionais de interagir com seus pares e também com os usuários dos serviços de saúde para executar o cuidado e a assistência⁵.

Baseado nesta pesquisa constatou-se que durante o combate à COVID-19 no HCPA, a partir da experiência prática, os profissionais da saúde desenvolveram e aplicaram as competências para o trabalho interprofissional preconizadas na literatura^{6,7}. A partir disso, conseguiram implementar processos de trabalho colaborativos efetivos nas rotinas do serviço, de modo a realizar uma assistência centrada nas necessidades dos usuários. Além disso, o trabalho desenvolvido deixa um legado, que compreende aspectos materiais e imateriais.

A literatura é abrangente no que se refere a publicações sobre a atuação interprofissional entre médicos e enfermeiros. Nesse sentido, sugere-se a realização de mais pesquisas que contemplem a atuação de outros profissionais do campo da saúde. Com este estudo, espera-se dar visibilidade às ações de enfrentamento da COVID-19, contribuir para o entendimento das competências colaborativas na prática e para a identificação dos processos colaborativos possíveis de serem desenvolvidos entre médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos; de modo a contribuir com processos de educação e saúde.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
2. Lana RM, Coelho FC, Gomes MF da C, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(3):e00019620.
3. Servo LMS, Santos MAB dos, Vieira FS, Benevides RP de S e. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde debate*. 2020; 44(spe4):114–29.
4. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905–16.
5. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab educ saúde*. 2020; 18(suppl1):e0024678.
6. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework: Literature Review. Vancouver: CIHC; 2010
7. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC. IPEC; 2016
8. Freire Filho, JR, Silva CBG. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida; 2017.
9. Fernandes SF, Trigueiro JG, Barreto MAF, Carvalho REFL de, Silva MRF da, Moreira TMM, et al. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Rev esc enferm USP*. 2021; 55:e20210207.
10. Santos JLG dos, Lanzoni GM de M, Costa MFBNA da, Debetio JO, Sousa LP de, Santos LS dos, et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? *Acta Paulista de Enfermagem*. 2020; 33:eAPE20200175.
11. Bauer M, Gaskell G. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: Bauer M, Gaskell G, Allum N. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. 7a ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
12. Bauer M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer M, Gaskell G, Allum N. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. 7a ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
13. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52(7):1217–30.

14. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010
15. Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*. 1998; 12(2):181–7.
16. Gregory PAM, Austin Z. Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. *Can Pharm J*. 2022; 149(4):236–45.
17. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams--can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011; 25(1):4–10.
18. Cook K, Stoecker J. Healthcare student stereotypes: a systematic review with implications for interprofessional collaboration. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*. 2014 ;4(2).
19. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*. janeiro de 2015; 35(1):114–31.
20. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):103–9.
21. Dunn SI, Cragg B, Graham ID, Medves J, Gaboury I. Roles, processes, and outcomes of interprofessional shared decision-making in a neonatal intensive care unit: A qualitative study. *J Interprof Care*. 2018; 32(3):284–94.
22. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012; 86(1):9–18.
23. de Wit FRC, Greer LL, Jehn KA. The paradox of intragroup conflict: a meta-analysis. *J Appl Psychol*. 2012; 97(2):360–90.
24. Silva IS, Arantes CIS, Fortuna CM. Conflict as a possible catalyst for democratic relations in the work of the Family Health team. *Rev esc enferm USP*. 2019 ; 53:e03455.
25. Greer LL, Saygi O, Aaldering H, de Dreu CKW. Conflict in medical teams: opportunity or danger? *Med Educ*. 2012; 46(10):935–42.
26. Lingard L, Vanstone M, Durrant M, Fleming-Carroll B, Lowe M, Rashotte J, et al. Conflicting messages: examining the dynamics of leadership on interprofessional teams. *Acad Med*. 2012; 87(12):1762–7.
27. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, Dunn S, Pluye P, Frosch D, et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *J Eval Clin Pract*. 2011; 17(4):554–64.

28. Batista REA, Peduzzi M. Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(suppl2):1685–95.
29. Costa, MVA. Potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida; 2017
30. Silva KR da, Souza FG de, Roquete FF, Faria SM da C, Peixoto BCF, Vieira A. Allocation of resources for health care in COVID-19 pandemic times: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(suppl 2):e20200244.
31. Helioterio MC, Lopes FQR de S, Sousa CC de, Souza F de O, Pinho P de S, Sousa FN e F de, et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trab educ saúde*. 2020; 18(3):e00289121.
32. Sousa L, Albuquerque JM, Cunha M, Santos EJM dos. Impacto psicológico da COVID-19 nos profissionais de saúde: revisão sistemática de prevalência. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021; 34:eAPE003775.
33. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; 88:559–65.
34. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud psicol (Campinas)*. 2020; 37:e200063.
35. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Nove meses de enfrentamento da covid-19: relato da experiência de um hospital público e universitário. Porto Alegre. 2020.
36. Nayahangan LJ, Konge L, Russell L, Andersen S. Training and education of healthcare workers during viral epidemics: a systematic review. *BMJ Open*. 2021; 11(5):e044111.
37. Turrentine FE, Rose KM, Hanks JB, Lorntz B, Owen JA, Brashers VL, et al. Interprofessional training enhances collaboration between nursing and medical students: A pilot study. *Nurse Education Today*. 2016; 40:33–8.
38. Battaglini D, Robba C, Caiffa S, Ball L, Brunetti I, Loconte M, et al. Chest physiotherapy: An important adjuvant in critically ill mechanically ventilated patients with COVID-19. *Respiratory Physiology & Neurobiology*. 2020; 282:103529.
39. Cabrini L, Monti G, Villa M, Pischedda A, Masini L, Dedola E, et al. Non-invasive ventilation outside the Intensive Care Unit for acute respiratory failure: the perspective of the general ward nurses. *Minerva Anestesiol*. 2009; 75(7–8):427–33.

40. Pimentel CB, Snow AL, Carnes SL, Shah NR, Loup JR, Vallejo-Luces TM, et al. Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. *J GEN INTERN MED*. 2021; 36(9):2772–83.
41. Kara A, DeMeester D, Lazo L, Cook E, Hendricks S. An interprofessional patient assessment involving medical and nursing students: a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*. 2018; 32(4):513–6.
42. Avilar CT de A, Andrade ÍMA, Nascimento C da S do, Viana LVM, Amaral TLM, Prado PR do. Nursing care for bed bath in patients with COVID-19: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2022; 75(suppl1):e20200704.
43. Weber TK, Leandro-Merhi VA, Bernasconi I, Oliveira MRM de. Nutritional therapy in hospital care of in-patients with Covid-19: evidence, consensus and practice guidelines. *Rev Nutr*. 2020; 33:e200212.
44. Ferigollo JP, Kessler TM. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional - prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. *Rev CEFAC*. 2017; 19(2):147–58.
45. Yinusa G, Scammell J, Murphy J, Ford G, Baron S. Multidisciplinary provision of food and nutritional care to hospitalized adult in-patients: a scoping review. *JMDH*. 2021; Volume 14:459–91.
46. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; 19(sup1):116–31.
47. Walton V, Hogden A, Long JC, Johnson JK, Greenfield D. How do interprofessional healthcare teams perceive the benefits and challenges of interdisciplinary ward rounds. *J Multidiscip Healthc*. 2019; 12:1023–32.
48. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN de, Ribeiro G da R, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(5):e00088920.

ANEXO A - INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Submissão

INDICADORES DE SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO

Artigos aprovados: 12,9% (2019);

Número de submissões/ano: 849 (2020);

Tempo médio entre submissão e avaliação: 155 dias (2020);

Tempo médio entre aprovação e publicação: 61 dias (2020).

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, de acesso aberto, exclusivamente eletrônica, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu). Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Para mais detalhes sobre a submissão no sistema *ScholarOne Manuscripts* acesse o Guia do Autor: (<https://clarivate.com/webofsciencegroup/download/41692/>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo

periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

Cartas ao editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

– Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao editor.

No ato da submissão do manuscrito é preciso que a **ordem** de apresentação dos autores esteja definida e acordada com todos, pois caso o artigo seja aprovado para publicação, os nomes dos autores serão apresentados exatamente na ordem estabelecida quando o artigo foi submetido

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores.

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 É possível incluir no manuscrito um texto suplementar, denominado **Apêndice** [de autoria do (s) próprio (s) autor (es)] ou **Anexo** (de outra autoria). Esse texto suplementar deve ser inserido logo após o item de Conclusão do manuscrito, antes das informações autorais e das referências.

10 Interface adota as regras da Convenção de Vancouver como estilo para citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

A revista Interface Comunicação, Saúde, Educação alinha-se aos critérios da chamada *Ciência Aberta* e adotará paulatinamente seus princípios e suas práticas. Esse procedimento implica na:

1 Adesão dos autores, facultativa, à divulgação de seus artigos no formato *preprint*.

2 Recomendação aos autores da divulgação dos dados primários da pesquisa que deram origem a seu artigo em *repositórios certificados*.

3 Valorização dos avaliadores, pela abertura de seus pareceres, quando assim desejarem.

Ao apresentar seu manuscrito, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela a sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

1 Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que irá garantir sua divulgação internacional imediata.

2 Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Interface Comunicação, Saúde, Educação. Os dois processos são compatíveis.

3 Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Interface Comunicação, Saúde, Educação. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

4 O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso..., indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores

7 No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

8 No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta:

O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o

caráter inédito do trabalho e o seu diálogo com a literatura internacional; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

10 Todo autor de manuscrito submetido à Interface – Comunicação, Saúde, Educação deve preencher o Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta, disponível no sistema *ScholarOne Manuscripts no momento da submissão*. Ressalte-se que, caso o autor tenha depositado os dados de sua pesquisa em um repositório, deverá mencionar nesse documento a URL e seu respectivo link

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares**. Ressalta-se que a política de avaliação por pares acontecerá adotando-se os mesmos critérios para manuscritos com submissão em servidores de Preprints ou em outras plataformas

Pré-avaliação: todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio e publicação no formato preprint (**mediante o** preenchimento do Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta no momento da submissão), só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- dialoguem com a literatura internacional em torno do tema do artigo;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto.

Notas

- . Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.
- . A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Edição de artigo aprovado: uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, **e o ID do ORCID**, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;

– revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;

– em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;

– em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Notas

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 800,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 900,00**

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

NORMAS VANCOUVER

citações e referências

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” 2 (p. 13).

Notas

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM” 1 (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. 2 (p. 42)

Nota

Fragmento de citação no texto

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

– **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

– **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OUTRAS OBSERVAÇÕES

TÍTULOS E SUBTÍTULOS

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

Nota

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS DE RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por (a), indicadas entre parênteses.

Nota

– Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser (c)).

Nota

– Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

- . se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;
- . se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se caixa baixa:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO DE NUMERAIS

Escrever por extenso:

- de zero a dez;
- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

USO DE CARDINAIS

Escrever por extenso:

– de zero a dez.