

ARQUITETURA DA COLABORAÇÃO

**Estratégias para lideranças na
promoção da
interprofissionalidade no SUS**





Este é um produto técnico derivado da pesquisa de mestrado em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

A dissertação original é intitulada "Desafios e estratégias para a interprofissionalidade em enfermarias hospitalares do SUS: um estudo qualitativo e desenvolvimento de cartilha" e encontra-se no repositório institucional

Recife, 2026

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

A447a Almeida, Luiza Piereck Bradley de

Arquitetura da colaboração: estratégias para lideranças na promoção da interprofissionalidade no SUS. / Luiza Piereck Bradley de Almeida, Eduardo Falcão Felisberto da Silva, Nathaly Maria Ferreira Novaes. – Recife: Do Autor, 2026.
21 f.

Cartilha.
ISBN: 978-65-6034-198-2

1. Cartilha - Educação Interprofissional. 2. Equipe Multiprofissional. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Assistência Integral à Saúde. I. Silva, Eduardo Falcão Felisberto da Silva, orientador. II. Título.

CDU 614(81)

AUTORES

Luiza Piereck Bradley de Almeida

Psicóloga, Mestranda em Psicologia da Saúde — FPS

luizapbradley@gmail.com | <https://orcid.org/0009-0002-8341-4737>

Eduardo Falcão Felisberto

Psicólogo, Professor da FPS

eduardo.falcao@fps.edu.br | <https://orcid.org/0000-0001-9148-7827>

Nathaly Maria Ferreira-Novae

Psicóloga, Professora da FPS

nathaly.novae@fps.edu.br | <https://orcid.org/0000-0002-8371-7204>

Recife, Pernambuco, Brasil

APRESENTAÇÃO

O trabalho em saúde em ambientes hospitalares é marcado por uma complexidade crescente, que exige respostas rápidas e integradas. No entanto, a prática cotidiana muitas vezes revela o "Paradoxo da Interprofissionalidade": embora os profissionais compreendam a importância de trabalhar em equipe, barreiras estruturais, hierarquias históricas e a pressão por produtividade acabam fragmentando o cuidado.

Esta cartilha é resultado de uma pesquisa qualitativa realizada em enfermarias hospitalares do SUS e traduz os desafios reais identificados pelos próprios profissionais em orientações concretas de gestão. Ela não reproduz ideais teóricos distantes — ela nasce da escuta de quem vive o cotidiano do cuidado.

Seu diferencial está exatamente nisso: sistematizar práticas interprofissionais para lideranças do SUS com base em evidências científicas e na realidade dos serviços, oferecendo orientações que podem ser aplicadas sem depender de recursos complexos ou condições ideais.

OBJETIVO

Esta cartilha tem como objetivo oferecer às lideranças e gestores de enfermarias hospitalares do SUS estratégias práticas e fundamentadas para a construção de uma "Arquitetura da Colaboração" — um conjunto de ações concretas que transformam o ambiente de trabalho em um espaço de segurança, diálogo e excelência clínica.

Especificamente, esta cartilha pretende:

- Ajudar a identificar as principais barreiras à interprofissionalidade na sua unidade
- Oferecer intervenções práticas e passo a passo para superar essas barreiras
- Instrumentalizar a liderança para induzir e sustentar a colaboração interprofissional
- Traduzir conhecimento científico em orientação direta de atuação no serviço

PÚBLICO-ALVO

Esta cartilha foi elaborada para:

- Lideranças e coordenadores de equipes multiprofissionais em enfermarias hospitalares
- Gestores e gerentes de unidades de saúde do SUS
- Profissionais de saúde que atuam em posição de referência ou facilitação de equipes
- Equipes de Educação Permanente em Saúde que desenvolvem formações para lideranças



Nota de aplicabilidade

Esta cartilha foi desenvolvida no contexto de enfermarias hospitalares do SUS, mas suas estratégias podem ser adaptadas para outros serviços de saúde com equipes multiprofissionais — UBSs, CAPS, ambulatórios e unidades de urgência. Ao longo do material, você encontrará sugestões de adaptação para diferentes realidades.

COMO UTILIZAR A CARTILHA

Esta cartilha não é um manual rígido — é um instrumento de apoio à gestão. Para obter os melhores resultados, sugerimos os seguintes passos:

PASSO 1 — Diagnóstico Situacional

Antes de aplicar qualquer ação, reúna-se com sua equipe e identifique quais pilares são mais críticos no momento. Use as perguntas abaixo como ponto de partida:

- Existe um conflito de papéis recorrente entre as categorias profissionais?
- A alta dos pacientes é frequentemente atrasada por falta de comunicação entre profissionais?
- O paciente e a família participam das decisões sobre o cuidado?
- Os profissionais recusam reuniões por sobrecarga ou por considerá-las improdutivas?

PASSO 2 — Implementação Gradual

Não tente implementar todas as ações simultaneamente. Escolha uma ou duas estratégias de um pilar específico e avalie os impactos por 30 dias antes de avançar para o próximo. Pequenas mudanças sustentadas valem mais do que grandes transformações efêmeras.

PASSO 3 — Espaço de Diálogo

Utilize as "Pílulas Teóricas" ao longo da cartilha como disparadores em reuniões de equipe ou momentos de Educação Permanente. Elas ajudam a dar autoridade técnica às mudanças propostas e engajam os profissionais no processo.

PASSO 4 — Monitoramento de Resultados

Ao final de cada pilar, utilize os checklists disponíveis para monitorar a implementação. Observe indicadores qualitativos como: melhoria no clima organizacional, redução de conflitos entre categorias, maior satisfação do usuário e de sua família.

BASE CIENTÍFICA

As recomendações desta cartilha estão fundamentadas em evidências científicas consolidadas na literatura sobre interprofissionalidade, trabalho em equipe e segurança do paciente. Abaixo, os principais conceitos que sustentam as orientações:

O que é interprofissionalidade?

É a prática em que profissionais de diferentes áreas trabalham juntos, de forma integrada e com objetivo comum, reconhecendo a interdependência dos seus saberes para oferecer um cuidado mais seguro e resolutivo. Vai além da multidisciplinaridade (quando as categorias trabalham no mesmo espaço, mas de forma paralela) e exige comunicação ativa, negociação e decisão compartilhada (D'AMOUR et al., 2008; PEDUZZI et al., 2020).

Por que ela não acontece espontaneamente?

A interprofissionalidade não emerge de forma natural. Ela precisa ser induzida por uma gestão intencional. As principais barreiras identificadas nas pesquisas incluem: hierarquias históricas entre categorias profissionais, formação universitária fragmentada por disciplinas, pressão por produtividade quantitativa e ausência de espaços e fluxos que obriguem a interação (PEDUZZI, 2023; SCHOT et al., 2020).

Qual o impacto na segurança do paciente?

Evidências indicam que equipes que praticam a colaboração interprofissional apresentam menor índice de eventos adversos, menor tempo de internação e maior satisfação dos usuários. A comunicação falha entre profissionais é uma das principais causas de erros em saúde (CIHC, 2010; AGRELI et al., 2016).

O papel da liderança

A liderança facilitadora é o fator mais determinante para o sucesso da interprofissionalidade. Quando a liderança é percebida como um suporte — e não como um controle hierárquico —, ela fortalece a coesão da equipe, cria segurança psicológica para o diálogo e garante que as decisões sejam tomadas com base no melhor interesse do paciente (PEDUZZI et al., 2020; CIHC, 2010).

QUADRO-RESUMO DOS 5 PILARES

Utilize este quadro para uma consulta rápida. Cada pilar é desenvolvido em detalhes nas seções seguintes.

PILAR	DIRETRIZ	AÇÃO PRIORITÁRIA	SINAL DE ALERTA
 Liderança Facilitadora	Institucionalizar liderança mediadora com horizontalidade e segurança psicológica	Realizar reunião semanal de pactuação de objetivos comuns por paciente	Conflitos resolvidos apenas por hierarquia, sem espaço de mediação
 Planejamento e Logística	Organizar fluxos para induzir interdependência obrigatória entre profissionais	Mapear e ajustar fluxo de alta com validação conjunta da tríade técnica	Alta decidida por apenas uma categoria, sem consulta às demais
 Gestão do Cuidado Centrado no Usuário	Colocar o paciente e família no centro do planejamento terapêutico	Implementar Round Interprofissional com pauta estruturada e participação do paciente	Planos terapêuticos elaborados sem participação do paciente ou cuidadores
 Educação Permanente	Usar o cotidiano como espaço de aprendizagem e fortalecimento da colaboração	Realizar oficina de reconhecimento de competências entre as categorias	Sobreposição de tarefas e conflitos por desconhecimento das funções alheias
 Valorização Profissional	Mitigar pressão por produtividade quantitativa, valorizando articulação como qualidade	Integrar formalmente o tempo colaborativo à jornada e criar indicadores coletivos	Equipe recusa reuniões por sobrecarga; colaboração vista como perda de tempo



PILAR 1 — LIDERANÇA FACILITADORA

Diretriz: A gestão deve institucionalizar uma liderança que atue como mediadora, promovendo a horizontalidade e a segurança psicológica necessária para a colaboração.

Ações Práticas

1.1 Pactuação de Objetivos Comuns — Como fazer passo a passo

Objetivo: garantir que todos os profissionais estejam alinhados a um propósito único para cada paciente, e não a metas disciplinares isoladas.

- Determine uma frequência mínima: pelo menos uma vez por semana, de preferência no início do turno
- Reúna os representantes de cada categoria envolvida no cuidado daquele paciente (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, etc.)
- Apresente brevemente o quadro clínico: diagnóstico principal, tempo de internação e evolução recente (máximo 3 minutos)
- Cada profissional informa em até 1 minuto: o que observou, o que realizou e qual é sua meta prioritária para o paciente
- O líder sintetiza as falas e propõe o objetivo comum: "Nossa meta para as próximas 48 horas é..."
- Registre o objetivo pactuado no prontuário, indicando quem é responsável por cada ação
- Defina o próximo momento de revisão

1.2 Gestão de Conflitos como Oportunidade — Como fazer

Objetivo: transformar divergências técnicas em espaços de negociação interprofissional, priorizando a segurança do usuário.

- Identifique o conflito com clareza: qual é a divergência técnica? Entre quais categorias?
- Promova um espaço de escuta ativa: cada parte expõe seu raciocínio clínico sem interrupções
- Reformule o conflito como uma questão centrada no paciente: "O que é melhor para este paciente neste momento?"
- Busque o consenso baseado em evidências — quando não houver consenso, registre a divergência e acione o nível hierárquico seguinte de forma transparente
- Após a resolução, avalie: o conflito revelou uma lacuna de fluxo ou comunicação? Se sim, proponha uma melhoria estrutural



Adaptando para a sua realidade

Em serviços com equipe reduzida ou alta rotatividade, a pactuação pode ser feita em 10 minutos ao início de cada turno, com registro por mensagem no grupo da equipe. O importante não é a formalidade do espaço, mas a existência de um momento regular e intencional de alinhamento.



PÍLULA TEÓRICA

A liderança facilitadora é um domínio essencial que promove o apoio mútuo e a resolução de conflitos, sendo fundamental para que a comunicação flua sem as amarras das hierarquias rígidas. Quando a liderança é percebida como um suporte, ela fortalece a coesão da equipe e garante a segurança do paciente (PEDUZZI et al., 2020; CIHC, 2010; D'AMOUR et al., 2008).



Checklist de Implementação — Pilar 1

☐	Existe um momento formal e regular de pactuação de objetivos comuns para os pacientes da unidade?
☐	Todos os membros da equipe participam da definição das metas — e não apenas o médico?
☐	Os objetivos pactuados estão sendo registrados no prontuário com responsabilidades definidas?
☐	Existe um espaço de mediação para conflitos técnicos entre categorias profissionais?
☐	Os profissionais se sentem seguros para discordar e expressar suas perspectivas clínicas?



PILAR 2 — PLANEJAMENTO E LOGÍSTICA

Diretriz: Organizar o ambiente físico e os fluxos de trabalho para induzir a interdependência e o conhecimento mútuo entre os profissionais.

Ações Práticas

2.1 Sincronização de Fluxos de Trabalho — Como fazer

Objetivo: criar pontos de interdependência obrigatória que impeçam o isolamento profissional e tornem a colaboração uma etapa formal do processo de trabalho.

- Mapeie o fluxo de trabalho de cada categoria: quando cada profissional realiza suas avaliações? Quando registra no prontuário? Quando toma decisões clínicas?
- Identifique os pontos de sobreposição e os vazios de comunicação: há momentos em que decisões importantes são tomadas sem consulta às demais categorias?
- Estabeleça pelo menos dois pontos de interdependência obrigatória no fluxo de alta: por exemplo, a alta só é concluída após validação conjunta da tríade médico + enfermeiro + assistente social/fisioterapeuta
- Formalize esses pontos em protocolo interno da unidade e oriente toda a equipe
- Revise o protocolo a cada 3 meses com a equipe

2.2 Criação de Zonas de Interação — Como fazer

Objetivo: garantir que a interação interprofissional não seja apenas casual, mas uma etapa protegida e formal do processo de trabalho.

- Identifique os horários de menor sobrecarga assistencial na unidade (geralmente após a visita médica da manhã)
- Reserve um "espaço de tempo" protegido de 15 a 20 minutos nesses horários para discussão coletiva de casos
- Inclua esse momento formalmente na escala da equipe, para que não seja cancelado por demanda assistencial
- Se a estrutura física permitir, organize a sala de reuniões ou área de trabalho de forma que facilite o contato visual e o diálogo entre os profissionais
- Registre resumidamente as decisões tomadas nesses espaços



Adaptando para a sua realidade

Em unidades com alta rotatividade de pacientes e equipe enxuta, o fluxo de alta compartilhada pode ser operacionalizado via checklist físico no leito do paciente, onde cada

profissional assina a sua avaliação antes da saída. Isso garante a interdependência sem exigir que todos estejam presentes ao mesmo tempo.

PÍLULA TEÓRICA

A colaboração requer uma arquitetura que sustente a convivência mútua. A proximidade física e a interação frequente são dimensões que permitem aos profissionais superarem barreiras disciplinares e construir uma identidade de equipe sólida (D'AMOUR et al., 2008; OGATA et al., 2021).

Checklist de Implementação — Pilar 2

☐	O fluxo de alta da unidade exige a participação de mais de uma categoria profissional?
☐	Existe um protocolo formal que define os pontos de interdependência obrigatória entre os profissionais?
☐	Há um momento protegido na agenda da equipe para discussão coletiva de casos?
☐	A organização do espaço físico facilita o contato e a comunicação entre os profissionais?
☐	O protocolo de fluxo foi revisado nos últimos 3 meses com participação da equipe?



PILAR 3 — GESTÃO DO CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO

Diretriz: Operacionalizar a interprofissionalidade através de ferramentas que coloquem o paciente e a família no centro do planejamento terapêutico.

Ações Práticas

3.1 Round Interprofissional — Protocolo estruturado

O Round Interprofissional é a principal ferramenta de operacionalização da colaboração no cotidiano da enfermaria. Para que seja efetivo, ele precisa de estrutura, tempo definido e participação ativa de todas as categorias.

Protocolo recomendado (duração total: 25 minutos por paciente):

ETAPA	TEMPO	O QUE FAZER
1. Abertura	2 min	Líder apresenta o paciente: nome, diagnóstico principal, tempo de internação e meta da semana
2. Rodada de saberes	10 min	Cada profissional informa brevemente: o que observou, o que realizou e qual é sua meta para o paciente
3. Escuta do paciente/família	5 min	O paciente ou cuidador (quando presente) relata suas percepções e dúvidas sobre o tratamento
4. Pactuação conjunta	5 min	A equipe define o objetivo comum para as próximas 48–72h e registra no prontuário quem faz o quê
5. Encerramento	3 min	Líder sintetiza as decisões, confirma responsabilidades e define data do próximo round

3.2 Inclusão do Usuário na Negociação — Como fazer

Objetivo: garantir que o paciente e seus cuidadores sejam parceiros ativos nas decisões sobre o cuidado.

- Informe o paciente e/ou cuidador com antecedência sobre o round e convide-os a participar
- No início da rodada de escuta, pergunte diretamente ao paciente: "Como você está se sentindo? Há algo que gostaria de nos dizer sobre o seu tratamento?"
- Utilize linguagem acessível, evitando jargões técnicos na presença do paciente

- Ao final, certifique-se de que o paciente e a família compreenderam o plano de cuidado e registre no prontuário o que foi discutido
- Quando o paciente não puder participar, inclua o cuidador principal

3.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumento de corresponsabilização

O PTS é um contrato coletivo de cuidado. Para utilizá-lo de forma efetiva:

- Construa o PTS em reunião com toda a equipe e com o paciente ou cuidador
- Registre claramente: diagnóstico multidimensional, objetivos do cuidado, ações de cada categoria, prazo e critérios de avaliação
- Fixe uma cópia resumida do PTS junto ao leito do paciente (com sua autorização)
- Revise o PTS ao menos a cada 72 horas ou quando houver mudança relevante no quadro

Adaptando para a sua realidade

Em unidades com alta demanda e pouco tempo disponível, o round pode ser realizado de forma mais breve (10 minutos) apenas com as categorias diretamente envolvidas no caso naquele dia. O importante é que haja sistematização — mesmo que adaptada — e que o paciente tenha pelo menos um momento de escuta ativa por turno.

PÍLULA TEÓRICA

O cuidado centrado no paciente e na família é uma competência que exige a inclusão do usuário como parceiro nas decisões. Dispositivos como o PTS alinham condutas e garantem que a assistência contemple as dimensões biopsicossociais, sendo pilares da integralidade (CIHC, 2010; AGRELI et al., 2016).

Checklist de Implementação — Pilar 3

☐	O Round Interprofissional está sendo realizado de forma regular e com pauta estruturada?
☐	Todas as categorias profissionais participam do round — e não apenas médico e enfermeiro?
☐	O paciente ou cuidador participa ativamente do planejamento terapêutico?
☐	O Projeto Terapêutico Singular (PTS) está sendo utilizado como instrumento de corresponsabilização?
☐	O plano de cuidado está registrado de forma que todos os profissionais tenham acesso?



PILAR 4 — EDUCAÇÃO PERMANENTE

Diretriz: Utilizar o cotidiano do trabalho como espaço de aprendizagem para esclarecer competências e fortalecer a identidade colaborativa.

Ações Práticas

4.1 Oficina de Reconhecimento de Competências — Passo a passo

Objetivo: reduzir sobreposição de tarefas, fortalecer a confiança na expertise do outro e diminuir conflitos por desconhecimento de funções.

Como realizar (duração estimada: 1 hora):

- Organize um encontro com representantes de todas as categorias profissionais da unidade
- Distribua cartões ou fichas com situações clínicas comuns na enfermaria (exemplo: "O paciente apresenta recusa alimentar")
- Cada categoria escreve no verso: qual é a sua ação específica nesse caso e qual ação espera das demais categorias
- Compartilhe as respostas em grupo e identifique sobreposições, lacunas e expectativas irreais
- Construa coletivamente uma "Matriz de Competências" da equipe, indicando quem faz o quê em situações típicas
- Fixe a Matriz em local visível na unidade e revise semestralmente

4.2 Simulações de Prática Colaborativa — Como implementar

Objetivo: desenvolver competências relacionais e quebrar hierarquias rígidas em ambiente seguro.

- Selecione um caso clínico real (anonimizado) que tenha gerado conflito ou falha de comunicação na equipe
- Simule o caso em reunião de equipe: cada profissional assume seu papel e toma as decisões que tomaria no cotidiano
- Após a simulação, conduza uma análise reflexiva: o que funcionou? O que poderia ter sido diferente? Onde a comunicação falhou?
- Identifique aprendizados coletivos e incorpore ao protocolo da unidade
- Realize simulações ao menos uma vez por trimestre

4.3 Fortalecimento da Educação Permanente (EP)

A Educação Permanente deve ser parte da rotina — não um evento esporádico. Para isso:

- Reserve mensalmente um espaço de 1 hora na agenda da equipe para atividades de EP
- Use as Pílulas Teóricas desta cartilha como disparadores de reflexão
- Integre novos profissionais apresentando a "Matriz de Competências" da equipe
- Documente os aprendizados e ajustes realizados a partir das atividades de EP



Adaptando para a sua realidade

A Oficina de Reconhecimento de Competências pode ser adaptada para formatos mais rápidos: em 20 minutos, ao final de um turno, o líder pode propor uma única pergunta reflexiva ao grupo — por exemplo: "Em que momento desta semana você precisou de outro profissional e ele não estava disponível? O que aconteceu?" — e conduzir uma breve discussão. O importante é a regularidade.



PÍLULA TEÓRICA

A imprecisão conceitual compromete a prática. A Educação Permanente atua como o elo que une formação e trabalho, permitindo que a equipe desenvolva uma linguagem comum e reconheça a expertise de cada membro como complementar (PEDUZZI, 2023; FREITAS et al., 2022).



Checklist de Implementação — Pilar 4

☐	Existe um espaço regular de Educação Permanente na agenda da equipe?
☐	Os profissionais conhecem claramente as competências e atribuições das outras categorias?
☐	A unidade possui uma Matriz de Competências visível e atualizada?
☐	Foram realizadas simulações de prática colaborativa no último trimestre?
☐	Novos profissionais recebem orientação sobre o modelo colaborativo adotado pela unidade?



PILAR 5 — VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Diretriz: Mitigar a pressão por produtividade quantitativa, valorizando o tempo dedicado à articulação da equipe como um indicador de qualidade.

Ações Práticas

5.1 Institucionalização do Tempo Colaborativo — Como fazer

Objetivo: integrar formalmente os momentos de discussão de equipe à jornada de trabalho, reconhecendo a articulação interprofissional como produção efetiva.

- Mapeie quanto tempo semanal é dedicado a rounds, reuniões de equipe e momentos de articulação
- Inclua esse tempo formalmente na escala de trabalho — não como hora extra ou boa vontade, mas como parte da jornada assistencial
- Comunique à equipe que o tempo colaborativo é reconhecido como produção: "Articular com o colega é parte do seu trabalho, não é pausa"
- Ao registrar as atividades da unidade, inclua os momentos coletivos como indicadores de processo

5.2 Gestão de Desempenho por Resultados Coletivos — Como implementar

Objetivo: substituir metas puramente individuais e quantitativas por indicadores que valorizem a colaboração e a qualidade relacional.

Exemplos de indicadores coletivos que você pode adotar:

- Taxa de rounds interprofissionais realizados por semana (meta: mínimo de 3 por semana)
- Percentual de altas com participação de mais de uma categoria profissional
- Número de eventos adversos relacionados a falhas de comunicação (meta: redução trimestral)
- Feedback 360° entre os membros da equipe (aplicado semestralmente)
- Satisfação do usuário e da família com a comunicação da equipe (avaliada mensalmente)

Como iniciar o feedback 360°:

- Elabore um formulário simples com 5 perguntas sobre colaboração (ex: "Este colega me pede e oferece ajuda quando necessário?")

- Aplique de forma anônima ao final de cada semestre
- Compartilhe os resultados coletivos (não individuais) em reunião de equipe
- Construa coletivamente um plano de melhoria com base nos resultados

Adaptando para a sua realidade

Não é necessário um sistema informatizado para monitorar indicadores coletivos. Uma planilha simples fixada na sala de reuniões, atualizada semanalmente pelo líder ou por um membro rotativo da equipe, já cumpre o papel de tornar visível o esforço colaborativo da unidade.

PÍLULA TEÓRICA

A racionalidade neoliberal prioriza a produtividade em detrimento da qualidade relacional, criando uma incongruência que inviabiliza a colaboração. Superar essa barreira exige que a gestão valorize a interdependência das ações como garantia de uma assistência segura e resolutiva (PEDUZZI, 2023; SCHOT et al., 2020).

Checklist de Implementação — Pilar 5

☐	O tempo dedicado a rounds e reuniões está incluído formalmente na escala da equipe?
☐	Existem indicadores coletivos (e não apenas individuais) sendo monitorados na unidade?
☐	A equipe realiza ou tem previsão de realizar feedback 360° entre seus membros?
☐	Os profissionais percebem que a articulação interprofissional é reconhecida como trabalho?
☐	A liderança comunica regularmente os resultados coletivos para a equipe?



SINAIS DE ALERTA

Os itens abaixo indicam que a interprofissionalidade está falhando na sua unidade e que uma ou mais estratégias desta cartilha precisam ser priorizadas imediatamente:

⚠ A alta dos pacientes é frequentemente decidida por apenas uma categoria profissional, sem consulta às demais

⚠ Os profissionais de diferentes categorias não sabem o que os outros fizeram ou planejam fazer pelo paciente

⚠ Conflitos entre profissionais são resolvidos por imposição hierárquica, e não por negociação

⚠ O paciente ou a família relatam que receberam informações contraditórias de diferentes profissionais

⚠ Os momentos de discussão coletiva são cancelados com frequência por demanda assistencial

⚠ Novos profissionais não recebem orientação sobre o modelo de trabalho em equipe da unidade

⚠ A equipe refere sobrecarga relacionada à falta de comunicação e retrabalho por decisões não alinhadas

⚠ Não existem indicadores de processo colaborativo sendo monitorados na unidade

RECOMENDAÇÕES FINAIS

A implementação da interprofissionalidade não é um destino final, mas um processo contínuo de transformação da cultura organizacional. Com base nos cinco pilares desta cartilha, recomendamos:

1. Comece pelo diagnóstico

Antes de qualquer intervenção, avalie honestamente quais pilares estão mais fragilizados na sua unidade. Use os checklists desta cartilha para esse diagnóstico inicial e repita a avaliação a cada três meses.

2. Priorize o Pilar 1

A liderança facilitadora é o alicerce de todos os demais pilares. Se a gestão não promove segurança psicológica e espaços de diálogo, nenhuma das outras estratégias se sustentará. Comece por aqui.

3. Formalize o que já existe

Muitas equipes já praticam formas informais de colaboração. O papel da liderança é formalizar, proteger e reconhecer essas práticas — transformando o que é eventual em rotina institucional.

4. Envolver a equipe nas mudanças

As estratégias desta cartilha terão mais chance de sucesso se forem construídas com a equipe, e não impostas a ela. Use as Pílulas Teóricas como disparadores de discussão e co-construa os protocolos com os profissionais.

5. Monitore e celebre os avanços

Torne visível o progresso da equipe. Compartilhe regularmente os indicadores coletivos, reconheça publicamente os esforços colaborativos e comemore as melhorias — por menores que sejam. A cultura se transforma por acumulação de pequenas vitórias reconhecidas.

Mensagem final

Ao adotar as estratégias propostas nesta cartilha, a liderança assume o compromisso de romper com silos profissionais e construir um ambiente onde a colaboração é o alicerce da segurança e da qualidade do cuidado. O sucesso dessa jornada reside na persistência em cultivar espaços de diálogo, na valorização da interdependência e, acima de tudo, na manutenção do foco absoluto nas necessidades do usuário e de sua família.

REFERÊNCIAS - SUGESTÕES DE LEITURA

AGRELI HF, PEDUZZI M, SILVA MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*, 20(59):905-916, 2016.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). A national interprofessional competence framework. Vancouver: University of British Columbia, 2010. Disponível em: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

D'AMOUR D, GOULET L, LABADIE JF, MARTÍN-RODRIGUEZ LS, PINEAULT R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188), 2008.

FREITAS CC, MUSSATTO F, VIEIRA JS, BUGANÇA JB, STEFFENS VA, BAÊTA FILHO H, et al. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu)*, 26:e210573, 2022.

OGATA MN, SILVA JAM, PEDUZZI M, COSTA MV, FORTUNA CM, FELICIANO AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55:e03733, 2021.

PEDUZZI M. Barreiras da racionalidade neoliberal para a interprofissionalidade. *Interface (Botucatu)*, 27:e230365, 2023.

PEDUZZI M, AGRELI HLF, SILVA JAM, SOUZA HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(Supl. 1):e0024678, 2020.

PEDUZZI M, AGRELI H, SILVA J. Educação interprofissional: fundamentos e desafios. *Interface (Botucatu)*, 24:e190109, 2020.

SCHOT E, TUMMERS L, NOORDEGRAAF M. Working on working together: a systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3):332-342, 2020.