

# TRABALHO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

## INTERPROFESSIONAL WORK AND COLLABORATIVE PRACTICES IN HEALTH DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Graciela Soares Fonseca<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-9506-0409>

Bernarda Cesira Cassaro<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-2028-5467>

Emanoeli Rostirola Borin<sup>3</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-1498-4760>

Maurício Lanzini<sup>4</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-6685-9032>

Viridiane Klabunde Carabagielle<sup>5</sup>

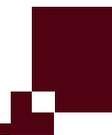
<http://orcid.org/0000-0001-8204-520X>

Carolina Rogel de Souza<sup>6</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-7064-7040>

Fabiana Schneider Pires<sup>7</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-6545-524X>



<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista, Mestre e doutora em Ciências Odontológicas – Faculdade de Odontologia da USP. Docente do Curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó-SC. E-mail: [graciela.fonseca@uffs.edu.br](mailto:graciela.fonseca@uffs.edu.br).

<sup>2</sup> Enfermeira, Esp. em Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização - Faculdade Inspirar. Enfermeira Assistencial - Hospital Regional do Oeste. E-mail: [bernardaadm44@gmail.com](mailto:bernardaadm44@gmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMULTISF) da Escola de Saúde Pública (ESP) de Florianópolis-SC. E-mail: [emanoeliborin@gmail.com](mailto:emanoeliborin@gmail.com).

<sup>4</sup> Médico. Membro da Estratégia da Saúde da Família - Atenção Básica Prefeitura Municipal de Rondinha-RS, Médico hospitalista do Hospital Padre Eugênio Medicheschi, Rondinha-RS. E-mail: [lanzinimauricio123@gmail.com](mailto:lanzinimauricio123@gmail.com).

<sup>5</sup> Psicóloga, especialista em atenção oncológica - residência multiprofissional em atenção oncológica - ALVE, psicóloga clínica e psicanalista, professora docente do curso de psicologia e odontologia da UCEFF Faculdades – Chapecó-SC. E-mail: [viridiane.carabagielle@unoesc.edu.br](mailto:viridiane.carabagielle@unoesc.edu.br)

<sup>6</sup> Fonoaudióloga, Mestre em Ciências - Faculdade de Odontologia da USP - e doutora em Saúde Pública -Faculdade de Saúde Pública da USP. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC. E-mail: [carolrogel@yahoo.com.br](mailto:carolrogel@yahoo.com.br)

<sup>7</sup> Cirurgiã-Dentista, Mestre em Saúde Coletiva – Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, e Doutora em Ciências – Faculdade de Odontologia da USP – Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: [fabianaspres@gmail.com](mailto:fabianaspres@gmail.com)

## RESUMO

**Introdução:** desde 2020, muito se tem discutido sobre a organização das práticas de saúde para enfrentamento da covid-19, incluindo a prevenção e recuperação das dezenas de sequelas atribuídas aos casos de doença na população. Diante desse contexto, é necessário desenvolver ações de vigilância epidemiológica de prevenção e promoção de saúde em conjunto com a Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** analisar o trabalho interprofissional e colaborativo na Atenção Primária à Saúde Atenção Básica frente aos agravos em saúde e a inter-relação com a pandemia de covid-19. **Metodologia:** estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde localizada em um município de médio porte do estado de Santa Catarina. Participaram do estudo trabalhadores, dos níveis superior, técnico e médio. A amostra foi definida, por conveniência, pelos dados coletados por meio de Grupos Focais. A análise foi realizada por meio da análise de conteúdo temática. **Resultados:** emergiram do material coletado as seguintes categorias de análise: concepções de interprofissionalidade e práticas colaborativas; a pandemia de covid-19 e o estímulo ao trabalho interprofissional; principais dificuldades enfrentadas para concretização do trabalho interprofissional durante a pandemia de covid-19. **Discussão:** a atuação multiprofissional foi vista como positiva, como forma de os profissionais conhecerem mais as demandas dos usuários e o trabalho dos demais colegas, ao passo que a sobrecarga de trabalho, por conta das grandes demandas geradas pela pandemia, comprometeu o trabalho colaborativo dentro e entre as equipes de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; pandemia; equipe de saúde; práticas colaborativas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Since 2020, there has been a lot of discussion about the organization of health practices to combat Covid-19, including the prevention and recovery of dozens of sequelae attributed to cases of the disease in the population. Therefore, it is necessary to develop epidemiological surveillance actions for prevention and health promotion in conjunction with Primary Health Care (PHC). **Objective:** to analyze interprofessional and collaborative work in PHC Primary Care in the face of health problems and the interrelationship with the Covid-19 pandemic. **Methodology:** Qualitative study, case study type, developed in a Basic Health Unit (UBS) located in a medium-sized municipality in the State of Santa Catarina. Workers at higher, technical and secondary levels participated in the study. The sample was defined by convenience, by data collected through Focus Groups (FG). The analysis was carried out using thematic content analysis. **Results:** The following categories of analysis emerged from the collected material: Conceptions of interprofessionalism and collaborative practices; The COVID-19 pandemic and the encouragement of

interprofessional work; Main difficulties faced in carrying out interprofessional work during the COVID-19 pandemic. Discussion: Multidisciplinary action was seen as positive, as a way for professionals to better understand the demands of users and the work of other colleagues, while work overload, due to the great demands generated by the pandemic, compromised collaborative work within and between health teams.

**Keywords:** Primary Health Care; Pandemic; Patient care team; Interdisciplinary practices.

## INTRODUÇÃO

Diante da disseminação crescente da covid-19 por todos os continentes, que se iniciou em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o surto da doença como pandemia. Em decorrência dessa situação, a dinâmica econômica, social, política, sanitária e cultural em todo o mundo foi modificada e, em parte, novos arranjos para a atenção em saúde também se fizeram necessários, em especial, na atenção Primária em Saúde (APS) (Sarti *et al.*, 2020).

Desde 2020, muito se tem discutido sobre a organização das práticas de saúde para o enfrentamento da covid-19, incluindo a prevenção e a recuperação das dezenas de sequelas atribuídas aos casos de doença na população. Di Wu *et al.* (2020) realizaram estudos sobre alterações metabólicas e suas aparentes correlações com o desenvolvimento da covid-19, indicando que afetam todo o corpo, com reflexos desde o nível celular aos diversos sistemas orgânicos. Em um estudo sobre complicações agudas e crônicas da covid-19, Mônica Campos *et al.* (2020) destacam que os órgãos-alvo já relatados incluem pulmões, rins, fígado, trato gastrointestinal, alterações na cascata de coagulação e sistema hematopoiético, coração e sistema cardiovascular, além do cérebro e sistema nervoso central e outros órgãos. No cenário pandêmico ou transpandêmico, considerou-se necessário pensar e desenvolver ações de vigilância epidemiológica nos territórios com a APS, para as ações de prevenção e assistência e também para a vacinação (Carvalho; Lima; Coeli, 2020).

No Brasil, perante um debate intenso abrangendo a área acadêmica, política e econômica, existiu uma disputa sobre os modelos de atenção que deveriam ser adotados para cumprir com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Cabral *et al.*, 2020). As complicações da covid-19 variam de acordo com o grau de limitação e comprometimento da autonomia das pessoas, impactam na qualidade de vida e possivelmente no aumento da demanda pela atenção de média e alta complexidades (Campos *et al.*, 2020).

A distribuição e a organização dos serviços de saúde são pontos centrais na discussão sobre acesso e cobertura do SUS, pois a distância entre a localização da demanda e da oferta impõe dificuldades para a utilização desses serviços. Centros urbanos tendem a ofertar mais serviços, em diferentes níveis de complexidade, mas não garantem a integralidade por limitações, muitas vezes, de suas capacidades instaladas. Nesse processo, municípios

com menores áreas de influência tendem a não efetivar o atendimento, mesmo na atenção básica, por falta de recursos ou falhas de gestão/ineficiência (Machado; Lima, 2021). A cobertura espacial do SUS é essencial para o investimento e a reorganização da rede de saúde nas esferas municipal, estadual e federal, de forma a potencializar a complexa rede pública de saúde e mais bem estruturá-la para enfrentar os desafios que a pandemia de covid-19 impôs aos serviços e trabalhadores (Machado; Lima, 2021).

A APS, sendo a porta de entrada e a coordenadora do cuidado no SUS, tornou-se um pilar indispensável frente à situação pandêmica. Dessa forma, potencialidades inerentes à APS, como o conhecimento do território, a vinculação entre usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, a vigilância das famílias vulneráveis e o acompanhamento dos casos suspeitos e leves, são fundamentais neste contexto.

Ressalta-se que outros agravantes foram potencializados durante a pandemia de covid-19, como o comprometimento da saúde mental, o etilismo e a violência doméstica, impulsionados também pela fragilização econômica e social. Essas são questões que perpassam o trabalho e as ações no nível da APS (Sarti *et al.*, 2020).

O desenvolvimento de estratégias colaborativas para atender às demandas sociais e de saúde das pessoas tornou-se prioritário nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde. A cooperação internacional, política, econômica e científica foi primordial para abordar os problemas decorrentes dessa crise. Além disso, a provisão de profissionais de saúde capacitados para trabalharem de forma interprofissional, parcerias intersetoriais e a melhoria da comunicação entre os níveis de atenção são relevantes para novos desenhos assistenciais, que incluam a carga global de doenças gerada pela covid-19. Do mesmo modo, a informação e a classificação das perdas econômicas e de saúde são necessárias para a reestruturação e realocação de recursos de forma a reduzir estes impactos (Fan *et al.* 2021). O objetivo, neste texto, é o de analisar o trabalho interprofissional e colaborativo na APS frente aos agravos em saúde decorrentes da pandemia de covid-19.

## METODOLOGIA

O estudo, de abordagem qualitativa, foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um município de médio porte do Estado de Santa Catarina. Essa unidade de saúde conta com três equipes de saúde da família (ESF) e o apoio de uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), somando em torno de 40 profissionais, responsáveis por uma população adscrita de cerca de 12.000 pessoas. Para tanto, foram convidados trabalhadores que atuam nesse cenário, dos níveis superior, técnico e médio. A amostra foi definida, por conveniência, em função do aceite para participar. Os dados foram coletados por meio de Grupos Focais (GF) – um para cada equipe da UBS – conduzidos por um roteiro orientador construído intencionalmente a fim de permitir um debate participativo sobre as temáticas propostas e a construção de narrativas que respondam aos objetivos do estudo.

Foram organizados três GFs, um para cada equipe do serviço, com a participação de dois dos profissionais do NASF-AB em cada um deles. O objetivo dessa distribuição foi a garantia do caráter interprofissional do grupo e da discussão. Os diálogos e discussões foram audiogravados com o auxílio de diferentes dispositivos (notebooks, tablets e celulares) utilizados em conjunto, com o intuito de gerar um produto com boa qualidade que permitisse a transcrição com facilidade e sem grandes perdas.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática, definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa a obter, por meio de métodos pré-definidos, a descrição do conteúdo das mensagens, permitindo, dessa forma, a dedução dos conhecimentos e a atribuição de significados relacionados a essas mensagens. O ponto de partida dessa análise é o objeto empírico acerca de determinado tema que permite, com compreensão e interpretação, a obtenção de material teórico. Ainda, pode-se criar um ciclo que vai do empírico para o teórico e retorna do teórico para o empírico, dessa forma, enriquecendo os conteúdos da pesquisa (Minayo, 2010). O projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo aprovado por meio do parecer número 4.301.348, de 26 de setembro de 2020.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Emergiram do material coletado as seguintes categorias de análise: 1) concepções de interprofissionalidade e práticas colaborativas; 2) a pandemia de covid-19 e o estímulo ao trabalho interprofissional; 3) principais dificuldades enfrentadas para concretização do trabalho interprofissional durante a pandemia de covid-19.

### CONCEPÇÕES DE INTERPROFISSIONALIDADE E PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE

A compreensão da fragmentação na assistência prestada à população frente à crescente complexidade das necessidades de saúde fez emergir a importância de uma abordagem ampliada e de uma prática interprofissional e colaborativa para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde (Peduzzi *et al.*, 2020). Na prática, para serem resolutivos e alcançar uma ação integral, os profissionais da ESF devem compreender conceitos úteis para o entendimento da prática interprofissional e colaborativa, tornando-se flexíveis e colaborativos (Escalda; Parreira, 2018).

Os GF foram iniciados a partir da pergunta norteadora: o que são interprofissionalidade e práticas colaborativas? Nos três grupos, foi notória a dificuldade dos participantes para conceituar essas duas questões, conforme as falas a seguir:

É que eu acho que a questão, o problema é que são termos que a gente não usa, ninguém tem conhecimento assim (P05-GF01).

É que nem tem como responder uma coisa que a gente não entendeu nem a questão (P09-GF01).

Interprofissionalidade, interprofissionalidade? (P12-GF01).

É uma pessoa que desenvolve várias profissões? (P12-GF01).

Não estou entendendo seus termos, por isso que estou de boca fechada (P12-GF01).

Na verdade, nunca tinha escutado isso aí, nunca tinha ouvido essa palavra (P12-GF01).

E que tem vários termos. O Interprofissional parece ser mais abrangente (P01-GF03).

Segundo Marina Peduzzi (2001), o trabalho em equipe de saúde é uma modalidade de trabalho coletivo que se desenvolve em encontros e diálogos frequentes entre pares, em busca das articulações necessárias de suas ações no ato de cuidar. O trabalho interprofissional, por sua vez, consiste no desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de disciplinas distintas, pautada em reflexões e problematizações acerca da prática laborativa e operações articuladas e integradas para a execução de um trabalho capaz de responder às necessidades da comunidade (D'amour; Oandasan, 2005). Em suas falas, os profissionais demonstram desconhecimento de conceitos úteis ao desenvolvimento do trabalho em equipe, demonstrando uma desarticulação entre teoria e prática.

O trabalho interprofissional vem ganhando destaque junto às políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere à educação interprofissional (Ceccim, 2018). Para alguns dos participantes, a noção de interprofissionalidade e práticas colaborativas aparece atrelada ao “trabalho em conjunto”, em que todos contribuem para a resolução dos problemas. Exemplos dessa compreensão podem ser verificados nos recortes a seguir:

Eu acho que é a gente poder discutir uma situação, onde todo mundo na equipe entenda que pode contribuir (P02-GF01).

As práticas colaborativas acho que é o que a gente faz e a gente não percebe. Às vezes, é o que vocês fazem, o que as agentes de saúde trazem, alguma questão de um paciente e aí a gente vai ver com o médico e vai tentar resolver (P05-GF01).

Trabalhar em mais de um profissional, juntos, que nem aqui (P01-GF01).

Eu achei que era o que nós estamos fazendo aqui, fazendo um pouco de tudo, às vezes, até médico nós tamo sendo (P09-GF01).

Um dos profissionais expressou um conceito de interprofissionalidade próximo ao que a literatura apresenta e atribui esse conhecimento à sua participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que, em 2020, lançou um Edital temático sobre a interprofissionalidade:

A gente tem contato agora através do PET. Só que assim, nós somos um ou dois profissionais por unidade que faz o PET e é bem difícil a gente envolver uma equipe agora, com a visão interprofissional. Tem gente que não sabe nem o que é multiprofissional, que o nome parece que já te diz: multi, muitas profissões. Então, tu imagina o interprofissional, que é trabalhar junto, que é entender a profissão do outro, que é valorizar, que é respeitar, que é entender que todo mundo tem importância dentro da equipe, que todo mundo tem o seu trabalho, que precisa ser valorizado. A gente vê muito as Agentes de Saúde, elas são essenciais, mas às vezes elas não têm esse valor aqui dentro (P02-GF01).

Corroborando esse conceito, uma profissional que não integrou o PET-Saúde aponta as diferenças entre o multiprofissional e o interprofissional:

O multiprofissional seria um monte de pessoas e categorias diferentes, profissões diferentes, tudo na mesma sala. Como cada um trabalharia não teria necessariamente um trabalho integrado. Isso seria o multiprofissional. E o interprofissional seria como, na minha cabeça, parece que é a gente trabalhando junto, mas junto como uma equipe que integra e que consegue organizar todo o processo do paciente, por exemplo. O trabalho colaborativo ele parece ser além disso, mais ainda do que só interprofissionalidade (P01-GF03).

Para um dos profissionais, a dificuldade para conceituar a interprofissionalidade e as práticas colaborativas se deve ao distanciamento existente entre academia e serviços, no sentido de que o que se conceitua, em termos teóricos, nas universidades, apesar de presente nos serviços, não é percebido a partir dessas nomenclaturas, o que justifica o estranhamento apresentado pelos profissionais.

São termos muito técnicos da academia, que não é uma realidade nossa do dia a dia. Por exemplo eu, 11 anos de atuação, 12, 13 de formada, muita coisa muda, são coisas que, às vezes, é difícil você especificar porque é uma coisa que você pratica mas, você não sabe o termo técnico da coisa, principalmente, nesse ramo mais acadêmico, que é uma distância infinita, entre o trabalho do dia a dia nosso e essa coisa mais acadêmica de termos e coisarada [...] Não é que eu não acho que seja a nossa realidade, mas é que o termo em si não reconhecemos, as vezes, não é uma coisa usual nossa, não que a gente não pratique” (P05-GF01).

As diferenças presentes nas falas dos profissionais que participam do PET-Saúde e dos profissionais que não participam demonstram como o PET-Saúde, ao integrar ensino e serviço, contribui para a educação continuada e permanente dos trabalhadores da saúde. Ademais, o fato de não haver compartilhamento de questões trabalhadas no PET-Saúde com toda a equipe pode demonstrar falta de diálogo e de troca de experiências dentro da equipe, podendo perpetuar uma assistência fragmentada. O trabalho em equipe na saúde é um modo de organização das práticas para uma abordagem ampliada das necessidades em saúde, priorizando a integralidade como pilar (e princípio doutrinário) do SUS. Nessa perspectiva, ampliar o escopo das práticas profissionais no trabalho em saúde é fundamental para a qualidade na atenção à saúde (Brasil, 2017). Do mesmo modo, analisar a carga de doenças e a importância de uma metodologia que identifique o quanto a pandemia da

covid-19 impactou (e ainda tem efeitos) nas condições de saúde da população é crucial, a partir de aspectos como gravidade, duração, potencial de gerar complicações crônicas por faixa etária, sexo e local de ocorrência, para a reestruturação de práticas e de arranjos tecnológicos para o cuidado em saúde no SUS (Campos *et al.*, 2020).

## A PANDEMIA DE COVID-19 E O ESTÍMULO AO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

O trabalho interprofissional ocorre quando os profissionais da saúde – médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, entre outros – conseguem trabalhar de forma grupal, compreendendo as especificidades de cada área, mas pensando como cada um consegue contribuir para o cuidado em saúde (Batista *et al.*, 2018). Os desafios derivados da pandemia da covid-19 reforçaram a importância do trabalho interprofissional e da prática colaborativa para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral. Nessa prática, os profissionais, de forma colaborativa, realizam ações voltadas a tarefas consideradas comuns, as quais podem resultar em uma atenção de maior qualidade para atender às necessidades das pessoas, das famílias e da própria comunidade, levando em consideração o âmbito dos cuidados primários à saúde (D'Amour; Oandasan, 2005; Reeves, 2016).

Diante disso e da necessidade de novas formas de organização desses serviços, os participantes dos GF revelaram diversas percepções relacionadas ao trabalho interprofissional no contexto da pandemia. Dentre as contribuições, destaca-se o contexto pandêmico como um estímulo às práticas colaborativas, conforme os discursos que seguem:

As práticas colaborativas na pandemia, eu acredito que se fortaleceram muito, principalmente, no início porque todo mundo teve que sair da sua caixinha, da sua rotina para ajudar em tudo. Todo mundo teve que fazer monitoramento, todo mundo teve que aprender mexer na recepção, desde imprimir um exame de sangue até incluir um paciente, coisas que rotineiramente tu não tinha contato. Tu teve que ajudar porque a equipe ficou dividida, ficou metade de manhã, metade de tarde, então, tu tinha que dar uma mão. A gente teve que lidar com trabalho de colegas e isso hoje em dia, na prática diária, isso aí permite com que você saiba. Muitas vezes, economiza e ajuda no trabalho do colega. Porque venho aqui na frente, no lugar de dizer pro paciente 'ah, pede ali pra que te marque um retorno aqui 30 dias', tu vem, já marca o retorno, já alivia o trabalho de quem tá aqui na frente resolvendo outros problemas e tu sabe que uma coisa a mais e uma coisa a menos que tu tá aliviando. Acho que teve muita colaboração e todo mundo teve que mexer um pouco com o trabalho de todos. Quem não sabia da farmácia teve que ir pra farmácia, às vezes, ajudar em diferentes lugares do posto, diferentes papéis, meu ponto de vista (P07-GF02).

No cenário analisado, a organização do processo de trabalho foi modificada em função da pandemia. As três equipes de Estratégia de Saúde da Família foram divididas em dois turnos de trabalho: um das 07h às 13h e outro de 13h às 19h, ou seja, a UBS passou a funcionar em horário corrido, sem interrupções no almoço e estendendo o atendimento

até o período noturno. Os atendimentos ficaram restritos, inicialmente, às questões caracterizadas como urgência e o monitoramento dos casos de covid-19 confirmados no território de abrangência da UBS.

Nesse cenário, percebe-se que os profissionais de saúde tiveram de se adaptar à demanda existente no território de sua UBS. Por mais que alguns não tivessem conhecimento de determinadas práticas, foi necessário compartilhar conhecimentos e desenvolver habilidades que facilitassem o fluxo de trabalho nesse período e difundissem o trabalho interprofissional. Tal fato vai ao encontro dos resultados do estudo de Rodrigues e Lima (2021), realizado em uma UBS do Distrito Federal, que destaca a mobilização dos profissionais para adaptações na estrutura física e logística de atendimentos para que a unidade de saúde continuasse ofertando os cuidados rotineiros da APS de forma segura, tanto para os profissionais quanto para os usuários que a frequentam.

A despeito de todas as dificuldades que essa nova organização trouxe para o serviço – elas serão analisadas no próximo tópico –, os trabalhadores entendem que ela permitiu maior aproximação entre “seus fazeres”, com uma melhor compreensão das atribuições comuns e colaborativas no âmbito do trabalho em saúde, sobretudo porque os profissionais experienciaram o trabalho dos colegas:

Eu acho que uniu a equipe, dividiu, ficaram dois horários mas, quem ficou se uniu mais. Todo mundo tá ajudando, tá fazendo multi função, aprendendo. O médico tá agendando consulta, tá atendendo aqui na frente, a enfermeira tá fazendo várias coisas, agente de saúde tá atendendo lá na frente! Então, todo mundo trabalhando junto, a equipe bonita, unida. Claro, tem problemas, tem dificuldades mas, a gente se uniu, ficou mais próxima dos médicos, mais próximo das enfermeiras, mais próximo das auxiliares, do pessoal da farmácia e da coleta, da vacina. Eu acho que a equipe ficou mais unida (P05-GF02).

A pandemia deu essa quebra de paradigma da gente aprender a fazer o que o outro faz. Eu já tinha ficado na recepção em outros momentos por falta de funcionário, mas não tão frequente quanto eu fico agora. Eu tava pensando: ‘nossa, quantas vezes eu lá de dentro do meu consultório, atendendo, atendendo muito, ficava indignada com quem tava ali na frente, que passava um monte de paciente pra mim?’. E daí, você vim e ficar na posição do outro, no ponto de vista do outro, você vê que não é bem assim. Então, serviu pra aprender muito, mas antes a gente não tinha essa visão de saber o que todo mundo faz. Como que é ir na casa do paciente que as agentes de saúde vão, sabe? (P08-GF02).

Eu acho que o principal foi conhecer um pouco do trabalho do outro dentro da Unidade, porque antes cada um ficava mais no seu setor e não tinha conhecimento sobre o que o outro fazia. E a partir do momento que a gente teve que parar nossos atendimentos e ajudar um pouco cada um, a gente pode conhecer um pouco mais a função do outro e compreender muitas vezes porque ele está tão atarefado ou porque tem um pouco menos de tarefa. Entender como é isso dentro da Unidade. Então, acho que isso foi um ponto bastante positivo, porque a gente pode entender aquilo que o outro passa todos os dias no seu trabalho de ambiente específico. E não em toda a Unidade. Pra mim, ao meu ver, foi um dos pontos positivos que a gente pode ter durante esse momento diferente (P03-GF03).

Eu não tinha muita ideia de outras funções aqui dentro, a partir do momento que a gente teve que se dividir em várias funções, isso ficou muito mais claro para mim, muito mais fácil de entender (P03-GF03).

Um dos participantes apontou o contexto pandêmico como uma oportunidade para conhecer mais os usuários e as demandas que eles levam ao serviço:

Então, um tempo atrás eu já vinha ajudando na recepção, já entendia um pouco mais como era fora, porque ali na odonto ficamos o dia todo atendendo, é aquilo, volta e fica dentro da sala, fica sempre ali. Mas, a partir do momento que a gente saiu da sala, estamos conhecendo mais os pacientes também, a gente conheceu o que cada paciente necessita e precisa, porque além de estar aqui na recepção, a gente tem que entrar no prontuário para saber realmente o que o paciente precisa naquele momento e entender (P04-GF03).

Essa saída de dentro da sala, porque ali dentro do consultório era só abrir a porta e ‘bom dia’, paciente entrava e saía, não tinha relação de pessoa-pessoa, não que hoje tenha uma relação pessoal íntima, eu digo o fato de você conversar um pouco mais com o paciente, entender um pouco mais da situação, eu acho que isso é para vida da gente também (P04GF03).

As falas remetem ao conceito de clínica ampliada, que se constitui como uma prática de cuidado que busca humanizar o cuidado, visualizando o usuário do serviço de saúde como alguém integral, fugindo de uma padronização diagnóstica, considerando o sujeito dentro do local que ele ocupa (Carnut, 2017). Quando o participante fala sobre “ter uma relação ‘pessoa-pessoa’”, torna-se possível visualizar uma clínica de afetos, na qual não existe uma posição neutra e de hierarquia. Nessa visão, cada qual envolvido no cuidado traz aspectos de sua história e formação para que a integralidade em saúde seja alcançada da melhor forma possível, superando a clínica tradicional que foca unicamente no sintoma (Amaral; Escossia, 2021).

Para que a clínica ampliada se constitua, torna-se necessária a compreensão da prática do trabalho interprofissional, de modo que o cuidado não foque apenas em um cuidador – normalmente relacionado à figura do médico – e sim, que utilize conhecimento e técnicas de outras áreas, bem como tecnologias leves de saúde para sua realização (Fonsêca *et al.*, 2018).

A partir da fala a seguir, observa-se que os profissionais perceberam maior resolubilidade no serviço em decorrência do novo processo de trabalho adotado, que descentralizou a figura do médico:

Mas foi resolvido bem mais, eu acho, mais problema na pandemia do que antes. Chegavam aqui sem receita e era arrumado na hora, o médico atendia sempre com a agenda cheia, difícil mandar alguém pra casa, pra voltar em outro turno (P05-GF02).

[...] E aqui a gente tá numa ilha. Tá em um lugar aberto, e eu falar com o paciente, o acolhimento dele aqui na frente. Isso são coisas que a gente tem que adaptar e parece ser mais possível neste momento o qualifica. Essa experiência de agora me pareceu que é possível mudar algumas coisas (P01-GF03).

O trabalho colaborativo e interprofissional apoia-se na comunicação da equipe que precisa estar alinhada com as necessidades do usuário para que a demanda seja atendida de forma resolutiva.

## PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS PARA CONCRETIZAÇÃO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços, considerando processos como: planejamento de serviços, estabelecimento de prioridades, redução da duplicação dos serviços, geração de intervenções mais criativas, redução de intervenções desnecessárias por falta de comunicação, redução da rotatividade etc. Apesar dos benefícios, algumas dificuldades e problemas vêm sendo identificados, tornando-se objeto de estudo, por exemplo, a intensa divisão social e técnica do trabalho na área da saúde, resultando em alta especialização e compartimentalização do saber (Pinho, 2016).

Nesse sentido, a pandemia da covid-19 também pode ser encarada como dificultadora do trabalho em equipe e do trabalho interprofissional, sendo que o principal obstáculo apontado pelos participantes está ligado à mudança no processo de trabalho, já citada no item anterior. Para eles, a divisão da equipe de saúde em duas deixou o serviço “desfalcado” em alguns momentos e interferiu nos vínculos estabelecidos entre os profissionais:

Na verdade, antes da pandemia a gente tinha uma equipe que era composta por médico, enfermeiro e agente de saúde. Agora, depois da pandemia, a gente continua, mas vamos supor as enfermeira e os médicos trocam de horário. Então, a gente vai, essa semana, eu fico a enfermeira da minha equipe, semana que vem, com outra. Depois da pandemia mudou muito. A gente tá todo relacionado com médico enfermeiro, mas pra quem que tiver na unidade naquele momento, ele que vai resolver o problema (P09-GF01).

Eu acho que há uma má divisão de profissional, porque na hora do maior pico, às vezes, a pessoa tá sozinha. Você tem que entrar e dizer: ‘oh, tu tem que reclamar porque não dá pra continuar assim mesmo’. Tem uma má divisão de profissional, entendeu? Tem muita gente num horário, tem pouca gente em outro. Sendo que o fluxo da unidade tem horas que é maior, é maior em um horário que se sabe que tem coleta, tem um monte de coisa, e daí fica uma pessoa só sozinha, eu não acho justo isso aí (P12- GF01).

É isso aí! Tem que dividir a equipe, divide completamente. Duas enfermeiras de manhã, duas enfermeiras de tarde. Quatro médicos, dois de manhã, dois de tarde. Porque a gente é dezoito e tem que ser nove de manhã e nove de tarde. O dia que falta uma, tem que fazer escala pra subir outra pro horário. O agente comunitário tem que suprir a necessidade do outro, a enfermeira que, às vezes, leva o posto nas costas (P12-GF01).

Eu não tô vendo a diferença entre trabalhar seis horas e ficar em casa e seis horas depois, se eu vejo um monte de gente se aglomerando aqui. Não tá diminuindo a quantidade de contaminação, trabalhar oito horas ou seis. Eu preferiria voltar às oito horas. Eu consigo me dividir, tem mais colegas, a gente consegue atender mais livre demanda. Eles param de reclamar lá na frente também que não tem médico, não tem consulta (P07-GF01).

A reunião de equipe é ferramenta comum a diversas áreas e profissões. Em se tratando da área da saúde e, mais especificamente, da ESF, as reuniões de equipe são momentos de

encontro para avaliação dos processos de trabalho e pressupõe uma comunicação dialógica – não só de opiniões mas também de planos de atendimentos individuais e coletivos –, com garantia de direitos, participação e controle social, reconhecida como dimensão imprescindível para pensar as diretrizes do SUS e suas articulações com o serviço, o meio universitário e a comunidade (Neves, 2018).

Nessa perspectiva, um estudo realizado por Adriano Belarmino *et al.* (2020) sobre práticas colaborativas para o enfrentamento da pandemia de covid-19 no Ceará demonstrou que reuniões da equipe de saúde, de apoio e administrativa culminam na melhoria da interação e comunicação intraequipe. Já fatores como a não interação entre equipe, o desalinhamento de condutas entre os profissionais e a comunicação ineficaz podem culminar em desfechos altamente negativos diante da pandemia, aumentando os custos do sistema de saúde, a morbidade e a mortalidade, dificultando a interação entre equipe e, conseqüentemente, corroborando o desalinhamento da linha de cuidado e da gestão do trabalho, ou seja, gerando falhas nos atendimentos (Belarmino *et al.*, 2020).

Os profissionais apontam a não realização de reuniões de equipe e as dificuldades de comunicação entre os profissionais durante os primeiros meses da pandemia, o que afeta o desenvolvimento do trabalho interprofissional:

A equipe é dividida em três, a gente tinha reunião de equipe, a gente tratava o assunto dos pacientes daquela equipe. Agora, a gente tá tendo uma reunião geral, mas não é uma coisa a equipe, não existe mais equipe, existe uma unidade de saúde com uma equipe só! Não tem mais três áreas, microáreas como nós tinha antes (P09-GF01).

Há quanto tempo, nós estamos sem reunião de equipe? (P01-GF03).

Antes, se o agente de saúde precisasse falar comigo, eu tava na minha sala, eu tinha tempo pra escutar. Agora, o agente de saúde quer falar comigo, eu tô na recepção, o telefone tá tocando, alguém tá me chamando ali, e eu, infelizmente, não consigo ter controle (P05-GF01).

A gente tinha as reuniões de equipe antes de começar a pandemia. A gente conseguia se reunir toda semana, eu e minha equipe, e conversar sobre os pacientes da área. Agora, eu mal consigo dar um tempo. Os pacientes também ficam desassistidos e fica ruim a comunicação também. É bem complicado (P07-GF01).

No rol das limitações, desponta ainda a suspensão de atividades essenciais para a garantia dos princípios da APS e, conseqüentemente, para o trabalho interprofissional, como as visitas domiciliares e atividades relacionadas à promoção de saúde e prevenção de agravos:

Me parece que a gente trabalhava mais integrado antes, hoje, o olhar que eu tenho é que talvez, a minha ideia anterior era como se fosse um mundo cor de rosa e não era tão lincado assim quanto que eu imaginei. Hoje, eu consigo ver melhor as trincas. A gente se aproximou, mas teve algumas outras situações que a gente também se afastou. Então, a questão da visita domiciliar que a gente conseguia ir e fazer interprofissional, agora, isso não existe mais. As visitas domiciliares são em menor número possível e normalmente vai o profissional que consegue ir (P01-GF03).

Quantas outras coisas trincadas a gente tem aqui dentro? A gente conhece muito o trabalho um do outro e isso pode ser muito bom, mas ao mesmo tempo, a gente também deixou de fazer o nosso trabalho, de uma certa forma, mais homogênea, como era antes. Aí me parece que todo dia a gente tá, a gente já apagava muito fogo, a gente não trabalhava na prevenção, a gente trabalhava apagando fogo, mas que agora a gente não tá nem conseguindo apagar esse fogo e o fogo que tinha há seis meses, quase oito meses, ele só piorou, ele só tá com mais gás e é isso (P01-GF03).

Nesse momento mais difícil, é possível visualizar que tá todo mundo cansado. Tá todo mundo sobrecarregado. E eu acho que faz parte do instinto humano quando se sente desse jeito, de evitar o máximo de coisas a fazer. Você já tem um monte de coisa pra fazer que não tem mais onde você colaborar. Então, é difícil ver uma situação assim, eu não consigo ver qual seria a solução colaborativa. Vocês imaginem, em tempos normais de oito horas de trabalho com 40 profissionais juntos já é puxado. Agora, você trabalhando seis horas, com metade da tua equipe, sendo que, seria ideal, ótimo, maravilhoso, que tivesse duas enfermeiras de manhã e duas de tarde. Teria que contratar mais uma. Dois médico de manhã, dois de tarde. Teria que contratar mais um, mas acredito que a secretaria de saúde não vai fazer um negócio desse, porque depois vão enfiar aonde essas pessoas? Terminou a pandemia, aí tem um monte de profissional ali que eles vão ter que demitir. Tudo gera custo, tanto contratar quanto demitir. A única coisa que eu vejo a solução é voltar às oito horas com a equipe toda. Não vejo outra possibilidade de solução, porque são seis horas que você trabalha, você chega em casa moída. Tem dias que eu chego em casa, se eu deitar no sofá eu não saio mais de lá! Que sobrecarrega a gente de uma forma emocional que não tem como descrever (P05-GF01).

Nos três GF, os profissionais apontaram a sobrecarga sentida por eles desde que a pandemia se instalou no município. Parte dessa sobrecarga, na visão dos participantes, deve-se à divisão da equipe, visto que, em um dos turnos, permaneciam menos profissionais, especialmente médicos e enfermeiros:

Eu to achando que é número de pessoas. Porque assim, quando eu tô à tarde, que o médico tá aqui à tarde, ele acaba tendo que dar conta da demanda inteira do posto. [...] Às vezes, não tem tempo, às vezes, eu tô realmente sobrecarregada. Tem tardes que não consigo ir ao banheiro. Eu acredito que isso acontece porque falta muito profissional à tarde. Mas, como que a gente vai lidar com isso se o pessoal de cima não tá mandando mais profissional? (P07-GF01).

No início, quando a gente tava atendendo só casos sintomáticos, a população não tava sendo atendida, tava bem legal! A gente conseguia ficar todo mundo meio que junto e resolvendo os problemas, tava bem. A partir do momento que começou o atendimento no geral, a demanda veio como normal, pra demanda que tá chegando, não existe pandemia mais. Elas tão vindo de forma normal. E a gente tá trabalhando em menos horas e menos profissionais. Então, os últimos quatro a cinco meses tão sendo tenebrosos. Por que as agentes de saúde tiveram que assumir uma outra responsabilidade que é ajudar a gente na recepção ali dos pacientes. Já foram feitas diversas mudanças. Primeiro, elas tinham que perguntar tudo, depois trazer pra gente, aí agora o paciente entra e a gente conversa que tá ali na recepção. Recepção vive faltando profissional, nunca tem por que é um afastado, um atestado. Então, eu já cheguei, como enfermeira, a ter que ficar na recepção atendendo telefone, atendimento de enfermagem, triagem, quatro, cinco coisas ao mesmo tempo. Então, tem momentos que a vontade é de sair correndo. Todo mundo tá passando por esse processo, alguns mais alguns menos, depende da visão de cada um. Então, nesse período de pandemia, eu não sei nem o que dizer. Falta funcionário e de manhã cedo não tem ninguém pra ficar na farmácia e na vacina, a vacina e a farmácia têm que fechar para fazer a coleta dos exames laboratoriais. Vai até umas oito e meia nove horas, dependendo da

demanda, por que a demanda continua igual. São de vinte a trinta e poucos pacientes pra tirar o sangue, como antes da pandemia, porém antes tinha quatro funcionários para fazer isso, agora tem duas, que ainda tão atendendo farmácia e vacina. Aí, os pacientes chegam e têm que esperar até as oito e meia da manhã pra pegar a medicação que já foi prescrita na consulta que começou sete horas da manhã. A vacina também chega, tem que esperar só depois das oito e meia e aí quem tá ali na frente, vai recebendo as pauladas (P05-GF01).

Emerge dos discursos a falta de profissionais em quantidade suficiente para as demandas do serviço de saúde, conforme o relato do profissional acima. Essa questão foi agravada com a pandemia.

Os profissionais ainda apontaram um incremento de novas atribuições, além daquelas derivadas da pandemia, como mais um motivo para a sobrecarga sentida por eles:

A secretaria tá mandando muita coisa pra gente como se fosse vida normal. 'Ah, tem que reavaliar paciente de aparelho de ouvido'. Agora que a gente tá sobrecarregado! Não é uma coisa urgente! E vão mandando mais pra Atenção Básica, pra gente se virar. Tem que preencher papel, tem que atender paciente, daí não tem agenda. Isso não existe, acho que é falta também de compreensão da secretaria de ficar mandando mais coisa pra gente fazer. Isso é bem complicado. Lá de cima parece que eles não tão entendendo o que tá acontecendo aqui embaixo (P07-GF02).

Tem muita coisa saindo da secretaria e vindo pra Atenção Básica. Por exemplo, planejamento familiar, antes, a clínica da mulher fazia todo o processo pra mulheres que gostariam de fazer laqueadura, vai vir pra unidade básica, teste do pezinho também é feito lá na clínica da mulher, vai vir pra unidade. Difícil! Feridas crônicas eu não tenho certeza se é boato ou se é verdade, mas tavam dizendo que não teria mais o setor, os ostomizados, feridas crônicas viriam pra Unidade Básica, fora a questão burocrática. Por exemplo, a mulher chega aqui na minha frente hoje e ela precisa de uma mamografia: eu tenho que abrir três sistemas pra um pedido de mamografia. Aí é equipamento que não funciona, a internet lenta, a impressora, muita coisa burocrática pra se resolver. Eu disse esses dias pras outras enfermeiras: eu me sinto assim só resolvendo pepino o dia inteiro, porque ninguém mais tem responsabilidade de nada e joga tudo na mão da Atenção Básica. O paciente não sabe das coisas, vem aqui imprimir o exame: 'quem que pediu o teu exame?' 'Foi especialista? Foi o clínico?' 'Não sei, se vire, olha aí, não tá aí no papel? Olha aí! Entra aí!' Então, para tudo, você tem que abrir prontuário de paciente, olhar quem que foi que pediu os exames, aí olhar se já tem SISREG, se já tem retorno, explica pro paciente: 'não, o papel do retorno você segurou pra trazer de volta quando o exame estivesse pronto' 'eu não tenho papel nenhum na minha casa!' É o dia inteiro resolvendo só pepino, abre o sistema oficial de comunicação e tu abre lá 'busca ativa: regulação pede pra buscar paciente que tem procedimento agendado e não conseguiu contato. Nossa agente de saúde telefonou atualizando o cadastro. Disseram que não conseguiram contato pra ela e que era pra nós, da Atenção Básica, entrar em contato com o paciente. Então, não sei, será que até eles entram em contato com o paciente ou é mais fácil só jogar pra Atenção Básica?' (P05-GF02).

Esse negócio da mamografia prejudica porque assim, eu tinha o hábito de todo ano, fazer para as pacientes todo ano mamografia. Não é uma recomendação do Ministério da Saúde, mas segundo a Sociedade Brasileira de Câncer de Mama, eles recomendam fazer anual, eu fazia isso. Agora, não dá tempo! As pacientes saem prejudicadas por que se eu for pedir todo ano de todas as pacientes, eu vou ficar só preenchendo SISREG, SISCAN e não vou parar. Então assim, prejudica os pacientes também toda essa burocracia que a gente tem que fazer. Eu não sei qual é a solução pra isso (P07-GF02).

Isso é uma falta de respeito com quem tá aqui trabalhando, tendo que fazer mais coisas ao mesmo tempo, tendo que atender outras coisas mais importante e essas coisinhas mínimas. Será que não tem uma pessoa que entre no cadastro? A gente procura nome de mãe, nome de pai, tio, primo, prima, todo mundo pra achar um encaminhamento, será que lá de cima eles não podem fazer a mesma coisa? (P06-GF02).

Eu me vi coagido a ter que assumir essa responsabilidade a mais. Claro, a gente se esforça porque sabe que se esse trabalho for mal feito ou falho, vão haver problemas pra saúde de outras pessoas que não é você, ou seja, outras pessoas podem pagar por sua negligência. Mas, mesmo assim, se tivesse mais suporte da secretaria quanto a essa questão, seria muito mais interessante (P06-GF03).

**Em conjunto com as novas atribuições e a limitações para desempenhar as funções, os participantes evidenciaram problemas de estrutura física como limitantes para o trabalho interprofissional na APS no período da pandemia:**

Nós somos a Atenção Básica, a gente é a porta de entrada e seria o primeiro contato com o paciente. Não é básica de básico, é base de base de fundamento. Seria ótimo a gente poder fazer tudo aqui, porque a gente sim tem o contato mais próximo, mas a gente precisa de mão de obra pra isso. Seria ótimo a gente poder atender os pacientes no telefone que agora com a pandemia foi estimulado os pacientes a fazerem aqui no telefone e a gente não tem condições porque o telefone nem sempre funciona e porque teria que ter uma pessoa o tempo todo só ali pra conseguir. Seria ótimo! Eu adoraria que a gente pudesse fazer isso, mas a gente precisa de profissional. A gente conseguiu até um telefone, a gente roteia a nossa internet do nosso celular pro celular do posto pra ter contato com dos pacientes. Eu desisti, eu não faço mais isso, não faço mais por que é dinheiro do meu bolso que tá saindo da minha internet que tá saindo. Eu saí de fora de férias, quando eu voltei, tinha 70 mensagens não lidas que não tem como a gente dar conta de lê e responder todo mundo, mas é maravilhoso a gente poder conversar com as pessoas ali, resolver mas tem que ter alguém ali só pra fazer isso porque como facilita pro paciente, ele vai procurar esse recurso, e daí você não tem o profissional que consiga ficar ali fazendo isso, seria ótimo que tudo viesse pro posto, que o pezinho viesse pra cá, que a ferida crônica viesse pra cá, mas a gente não tem nem estrutura física, a gente já tá com posto de saúde que tem mais de 15 mil habitantes com três equipes de saúde da família, o posto de saúde novo, que eu desses anos, eu nunca vi um posto de saúde que na época foi feito com um acabamento tão bom quanto esse, mas eles fazem já precário com 3 salas, aí se precisa aumentar não tem mais sala, tinha NASF já na época e não foi nem pensado no espaço pro NASF, na época que isso aqui foi construído já existia um NASF e a gente não tem espaço físico, as meninas não têm mais sala de agente de saúde, a gente tem que dividir sala (P05-GF02).

O sistema de informática do município tá uma vergonha! Telefone não funciona, impressora dentro da unidade não funciona. Os médicos têm que fazer receita, perde tempo. Já presenciei as pessoas saírem da consulta e têm que ficar esperando 5 a 10 minutos a impressora voltar a funcionar. Aí, tu liga, ninguém sabe, passa pra fulano, passa pro beltrano. Aí já tem mais um pouco de falta de respeito. A pessoa já tá desanimada e ainda vai trabalhar e não tem as ferramentas pra trabalhar. Tu vai fazer o cadastro, a pessoa não pode ser atendida aqui, ou vem de outro município e precisa o atendimento. Eu vou fazer o cadastro, eu não posso porque eu não tenho como desbloquear, eu não tenho como fazer nada porque a informática não tá valendo nada! (P12-GF02).

Meu computador estragou em fevereiro, eu fiquei seis meses sem computador no consultório. Só deu pra trabalhar porque a gente tava dividido, porque se tivesse todo mundo junto, seis meses sem um computador que é tipo onde você faz a consulta, com o sistema. É muito desanimador (P05-GF02).

Sabe-se que, devido à alta transmissibilidade do coronavírus, diversas medidas de segurança e prevenção foram recomendadas. Entre as pessoas com maior risco de desenvolver a infecção, estão os trabalhadores da saúde, devido ao contato muito próximo com pacientes sintomáticos. Daí a importância e a recomendação prioritária da utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais da saúde (Soares *et al.*, 2020). Entende-se por EPI todo equipamento, complemento ou acessório, que se destina à proteção dos trabalhadores para sua segurança e saúde.

A esse respeito, outro fator dificultador foi o fato de haver uma demanda acima da capacidade inicial de produção dos EPI. Raphael Carvalho *et al.* (2020) descreveram em seus resultados de pesquisa que essa oferta insuficiente, associada à sobrecarga de exposição à covid-19 faz com que os profissionais de saúde sejam considerados uma população altamente vulnerável ao contágio. Nesse sentido, e em consonância ao contexto internacional e nacional, o cenário deste estudo também foi afetado com o desabastecimento e, por vezes, a baixa qualidade dos EPI aos quais os profissionais tinham acesso. Nos recortes de falas que seguem, a questão dos EPIs é explicitada pelos participantes:

Bem do começo, o fluxo de EPI não tava bem estabelecido. A quantidade de EPI não era suficiente e isso era uma das coisas que me deixava mais alucinada: 'ah, atrasou a entrega da máscara'. Como que a gente vai seguir trabalhando? Como que vamos manter em funcionamento, atendendo, se não chegou a máscara? Depois, tinha que trocar a máscara cirúrgica pra PFF2 e aí não vinha suficiente e parece que aquilo desmontava a gente porque era o período que a gente mais tinha medo (P04-GF02).

O pior que eu fiquei mais desesperada foi quando faltou, que não tavam entregando máscara, que eu não tinha pra fornecer pros profissionais que chegavam e eu queria assim, que afastassem todos os profissionais que tivessem em um grupo de risco (P08-GF02).

Algumas categorias profissionais, como a equipe de saúde bucal, afirmaram sentir-se ainda mais desprotegidas com relação aos EPIs em função das particularidades do atendimento odontológico:

A gente ali com paciente com aqueles sprays, a boca direto ali dentro e os EPI's não vinham e a gente sabia que pra ter uma cobertura, os EPI's tinham que ser bem superiores àqueles que tavam vindo. Na realidade, se a gente não tivesse o corpo fechado, a gente já tinha pego, eu acho, porque ali, do jeito que a gente tá trabalhando, a gente tá trabalhando praticamente normal, atendendo urgência e emergência. Mas, todo mundo que chega na porta diz que tá com dor de dente. A gente tá exposto, a gente tá na fogueira e se queimar vai queimar, porque não é isso aqui (apontando para a máscara no rosto) que vai segurar. Eu tô trabalhando com spray direto, com alta rotação direto, então, eu tô na loteria. Enquanto eu via as pessoas, pra fazer uma coleta, bota toda indumentária, eu tava ali abrindo dente (P06-GF02).

Além disso, por tratar-se de um vírus novo, pouco conhecido, as orientações relacionadas aos EPI foram mudando ao longo do processo. A fala que segue exemplifica essa questão:

Bem no começo, as agentes de saúde tinham que usar avental, era pra ter usado óculos, era pra usar essa máscara (PFF2), era pra usar luvas. Dali a pouco, não precisa mais da luva. Meu Deus! Mas, como que eu vou pegar o papel da pessoa sem uma luva? Dali a pouco, não precisava mais do avental, mas eu vou com uma blusa de manga. A gente mandou fazer os jalequinhos até pra nós. De medo que nós tínhamos no começo, mas daí assim foi bom até que na verdade deu uma tranquilizada pra gente poder trabalhar um pouco mais aliviada (P04-GF02).

As mudanças foram constantes também nos protocolos e nas orientações relacionadas ao manejo dos casos suspeitos e confirmados de covid-19, o que também configura uma dificuldade enfrentada pelos profissionais nesse período. A seguir, alguns recortes que ilustram essa situação:

Essa dificuldade a gente vem tendo desde o início da pandemia, muita troca de informação, uma coisa é hoje, dali uma semana não é mais, dali mais uns quinze dias é outra. Muita coisa mudou. No início da pandemia, eram 14 dias de atestado, agora são 10 dias de atestado. Aí, agora, o paciente que fez teste rápido e deu positivo e tá assintomático não é afastado. Então, tem coisas que você já nem sabe mais o que fazer, porque daí você vai ver jornal, vai ver artigo, a pessoa mesmo assintomática transmite a doença, aí o paciente faz o teste rápido deu positivo, mas tá assintomático não é afastado. Então é muita informação mudando o tempo todo que a gente nem consegue acompanhar e todo mundo, às vezes, se sente perdido com essas informações (P05-GF01).

Às vezes, duas vezes na semana, surgia uma nova orientação, uma mudança de protocolo e de fluxo e aí, a gente tentava se adaptar e acabava conversando muito mais por whatsapp e não podia parar, fechar a unidade pra se reunir, então, a gente ia fazendo conforme dava, mudava, dali na outra semana tinha que mexer de novo e reorganizar (P01-GF02).

Às vezes, o que era verdadeiro de manhã, não era de tarde (P06-GF02).

Nota-se, portanto, que as principais dificuldades encontradas para a concretização do trabalho interprofissional durante a pandemia de covid-19 foram aquelas relacionadas às fragilidades pré-existentes no próprio trabalho em saúde (falta de profissionais, estrutura física debilitada, má comunicação entre os diversos atores em saúde) e também aos novos desafios impostos pela pandemia (sobrecarga de trabalho, sobrecarga emocional, mudanças constantes de protocolos de acordo com novos estudos sobre a Sars-cov-2).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde tem sido objeto de estudo e reflexão por muito tempo, em diferentes países, em suas diversas conformações. Pensar sobre as necessidades em saúde que advêm de um período trans ou mesmo pós-pandêmico é um desafio para os serviços de

saúde, para pesquisadores e gestores, tanto na esfera local, ajustando protocolos e fluxos nas unidades de saúde e na rede de serviços, quanto na perspectiva macropolítica de formação e reestruturação de políticas de saúde.

As ações e o trabalho colaborativo, interprofissional, formam um conjunto de competências que pode oportunizar aos profissionais e à rede de serviços outras formas de abordar os problemas de saúde, tanto no nível coletivo, nos territórios, como no nível individual. Desse modo, é possível identificar necessidades de saúde próprias desse período histórico caracterizado pela carga global de doenças resultante de fatores contextuais, como desemprego e diminuição de renda, violências, isolamento social; e de fatores individuais, como adoecimento mental, complicações sistêmicas pós-covid, covid longa, entre outros agravos que crescem nos diferentes territórios no país.

Outros estudos sobre a APS e seu papel na rede de serviços, principalmente no cenário atual, são importantes para compreender de que forma as equipes de saúde poderão qualificar as ações, focando na resolução e no enfrentamento dos agravos. É importante fortalecer também a formação em saúde e as políticas públicas na direção de minimizar os impactos desse imenso problema de saúde pública; e ainda para que a rede pública de saúde possa mapear e compreender as complicações agudas e crônicas da covid-19 na população.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, Mariane Marques Santos; ESCOSSIA, Liliana da. Por uma clínica de(s) território no contexto do SUS. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 31-40, abr. 2021. doi: 10.22409/1984-0292/v33i1/5782.
- BATISTA, Nildo Alves *et al.* Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1.705-1.715, 2018.
- BELARMINO, Adriano da Costa *et al.* Collaborative practices from health care teams to face the covid-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 1-5, 2020. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0470.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF: MEC, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 28 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete do ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete%20do%20ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017). Acesso em: 28 set. 2023.
- CAMPOS, Mônica Rodrigues *et al.* Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bHbdPzJBQxfwkwKWYnhccNH/?lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2023.
- CABRAL, Elizabeth Regina de Melo *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **InterAm J Med Health**, p. e202003012, 2020.
- CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. doi: 10.1590/0103-1104201711515.
- CARVALHO, Marília Sá; LIMA, Luciana Dias de; COELI, Cláudia Medina. Ciência em tempos de pandemia. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, p. e00055520, 2020. doi: 10.1590/0103-1104201711515.

CARVALHO, Raphael Salomão de *et al.* Utilização de equipamentos de proteção individual em época de COVID-19. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 1, p. 1-7, jul. 2020. doi: 10.5935/2675-5602.20200006.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1.739-1.749, 2018.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. A interprofissionalidade como campo da prática interprofissional e da educação interprofissional: Um conceito emergente. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, supl. 1, p. 8-20, 2005. doi: 10.1080 / 13561820500081604.

ESCALDA, Patrícia; PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1717-1727, 2018.

FAN, Chiao-Yun *et al.* Estimating global burden of COVID-19 with disability-adjusted life years and value of statistical life metrics. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 120, p. S106-S117, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664621002345>. Acesso em: 28 set. 2023.

FONSÊCA, Graciela Soares *et al.* Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, p. 1.174-1.185, 2018.

MACHADO, Carolina Silveira Rocha; LIMA, Ana Carolina da Cruz. Distribuição espacial do sus e determinantes das despesas municipais em saúde. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 52, n. 4, p. 121-145, 2021. Disponível em: <https://www.bnb.gov.br/revista/index.php/ren/article/viewFile/1305/911>. Acesso em: 28 set. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEVES, Teresa Cristina de Carvalho Lima. A reunião de equipe como propulsora de processos comunicacionais na Estratégia de Saúde da Família - ESE. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 12., 2018, Rio de Janeiro. **Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2018. v. 1, p. 1-2. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/38175/2/Teresa\\_Cristina\\_de\\_Carvalho\\_Lima\\_Neves.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/38175/2/Teresa_Cristina_de_Carvalho_Lima_Neves.pdf). Acesso em: 9 mar. 2021.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020. doi: 10.1590/1981-7746-sol00246.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINHO, Maria Cristina Gomes de. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, ago. 2016. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/582/364>. Acesso em: 09 mar. 2021.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 185-197, 2016.

RODRIGUES, Graciene Paulino; LIMA, Rodrigo Luciano Bandeira. Adaptações em uma Unidade Básica de Saúde durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Health Residencies Journal HRJ**, v. 2, n. 10, p. 140-149, 2021.

SARTI, Tiago Silva *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SOARES, Samira Silva Santos *et al.* Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 28, n. 1, p. 1-6, maio 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50360/34044>. Acesso em: 25 mar. 2021.

WU, Di *et al.* Plasma metabolomic and lipidomic alterations associated with COVID-19. **National Science Review**, v. 7, n. 7, p. 1157-1168, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/nsr/article-pdf/doi/10.1093/nsr/nwaa086/38919023/nwaa086.pdf>. Acesso em: 28 set. 2023.