



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE, COM ÊNFASE
EM TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

JULIANE CAIRES DOS SANTOS

A INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO CONTEXTO DA COVID-19 EM UM MUNICÍPIO
NO INTERIOR DA BAHIA

Salvador
2022

JULIANE CAIRES DOS SANTOS

**A INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO CONTEXTO DA COVID-19 EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR
DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA, como requisito para titulação de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Trabalho e Educação em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ednir Assis Souza

Salvador

2022

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S237i Santos, Juliane Caires dos.

A interprofissionalidade na Atenção Primária no contexto da COVID-19 em um município no interior da Bahia / Juliane Caires dos Santos. – Salvador: J.C. Santos, 2022.

77 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ednir Assis Souza.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Educação Interprofissional. 2. Práticas Colaborativas. 3. Cuidados em Saúde. 4. Atenção Primária em Saúde. I. Título.

CDU 37:614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Juliane Caires dos Santos Macêdo

A INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DA COVID-19 EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA BAHIA.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 07 de julho de 2022

Banca Examinadora:

Profa. Ednir Assis Souza – EEUFBA

Profa. Silvana Lima Vieira– UNEB

Profa. Giselle Alves da Silva Teixeira – EEUFBA

Profa. Liliana Santos – ISC/UFBA

Salvador 2022

À minha amada filha Maria
Rafaella. Meu anjo na terra.

Amor que me ensina a ser forte e
me faz ir além. Colo que afaga,
abraço que acalma, sorriso que
aquece e me ilumina a alma.

(...)

*Acredite no poder da palavra desistir
Tire o D, coloque o R
Que você tem Resistir*

*Uma pequena mudança
Às vezes traz esperança
E faz a gente seguir*

*Continue sendo forte
Tenha fé no Criador
Fé também em você mesmo
Não tenha medo da dor*

*Siga em frente a caminhada
E saiba que a cruz mais pesada
O filho de Deus carregou.*

Bráulio Bessa

AGRADECIMENTOS

À minha linda e amada filha, por todo o seu apoio e compreensão das minhas ausências, por seus conselhos e injeções de ânimo.

À minha amada mãe Celina, pelo seu exemplo de vida, resiliência e fé, e por todas as suas orações pelas idas e vindas na estrada.

À minha “irMãe” Cris, por todo o incentivo e cuidado, pelo exemplo de profissional que é, e por acreditar em minha capacidade até nas vezes em que eu mesma duvidei.

Ao meu querido pai Jairo, pelo exemplo de vida e ensinamentos, de que com dedicação e afinco, podemos ir muito além.

Aos meus amados irmãos Sara e Edu, por toda torcida e vibração à cada conquista, e por serem meus protetores e guardiões (*quem mexer comigo se vêm com eles! Rsrs*)

Ao meu ex-esposo Arcucio, pela trajetória de vida que nos rendeu meu maior tesouro e por todos os aprendizados que nossa convivência me permitiu.

Às lindas coordenadora e vice do Curso MP TES 2019/2021, Isabela Pinto e Liliana Santos, por toda competência na condução do curso, por todos os ensinamentos nas aulas, e por todo carinho e cuidado nas particularidades impostas pelo cenário da pandemia. Vocês são exemplos de pessoas e profissionais a serem seguidos.

À maravilhosa equipe docente do Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA, a qual represento no querido Prof. Dr. Jairnilson Paim, pelos maravilhosos momentos de construções, os quais nos aprimoraram não apenas academicamente, mas humanamente também.

À querida orientadora Prof^a. Dr^a. Ednir Assis Souza, por não desistir de mim e acreditar em minha capacidade, quando eu mesma duvidei.

À querida Soninha (Sônia Malheiros), por toda dedicação e zelo com a nossa turma, como uma verdadeira mãezona.

À D. Vilma, por todo cuidado e pelos lanches e almoços maravilhosos, que nos reenergizavam para a maratona de estudo.

À toda equipe ISC/UFBA, que direta ou indiretamente contribuíram para o nosso crescimento acadêmico.

Aos fantásticos discentes da turma MP TES 2019/2021, pelas ricas discussões presenciais e

virtuais também. Vocês são diferenciados! Felizes dos serviços que os possuam como colaboradores.

Ao meu grupo de trabalho, pesquisa, hospedagem e resenha: Ceanny, Júnior, Gleison, Túlio, Samara, Josi, Sócrates e Valéria, vocês são verdadeiros presentes que a vida me trouxe.

Compartilhar dos momentos com vocês, e tê-los por perto ainda de geograficamente distantes, fez toda a diferença nesta jornada. Os levarei por toda vida!

Ao Grupo PET-Saúde Interprofissionalidades – UESB/Jequié, na pessoa da querida Ms. Loiana Gomes, pelas construções de conhecimento e acolhida no projeto. Vocês têm responsabilidade sobre este trabalho, pois foi no PET que voltei o olhar para a Educação e Prática Interprofissional e me encantei com a temática.

Às colegas de trabalho, Lícial Vidal, Talita Silva e Gilmara Chaves, pela parceria estabelecida na fase embrionária do projeto, pelos acalourados e produtivos debates no Núcleo de Ações Estratégicas para o Controle ao Coronavírus – NAESCC e por toda torcida.

Aos profissionais que compõem os Departamentos de Assistência à Saúde e Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié/BA, pela brilhante atuação no enfrentamento à pandemia da Covid-19.

Aos profissionais que compõem às Equipes de Saúde da Família eleitas para este estudo, por contribuírem com minha formação acadêmica bem como possibilitarem vislumbrarmos horizontes para melhorias das ações e serviços de saúde.

Por fim, mas não menos importante, à DEUS, Jesus e Maria, por estarem sempre ao meu lado me guiando, fortalecendo e me colocando de pé frente aos desafios e tropeços da vida.

DEUS NÃO DISSE QUE SERIA FÁCIL, MAS PROMETEU QUE VALERIA A PENA!
(Rm 8;18) “18. Eu penso que os sofrimentos do tempo presente **não** têm proporção com a glória que há de ser revelada em nós.”

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS), espaço de ordenação do cuidado e coordenação da rede de atenção à saúde, configura-se como responsável pela articulação entre os pontos de atenção e a interação entre os profissionais. Sobretudo, frente à complexidade imposta pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, a qualidade em tal articulação e interação tornaram-se imprescindíveis. Na busca pela eficiência nos serviços de saúde, o desenvolvimento e aplicação de competências colaborativas para a atuação em equipe ganha destaque, onde aspectos que buscam assegurar a qualidade da atenção, a otimização de recursos, o evitar da duplicidade de ações e viabilizar a segurança do usuário, são apontados como forma de efetivar a produção do cuidado de maneira harmônica, ordenada e resolutive, favorecendo as respostas que a situação requer. Para tanto, faz-se necessário que os instrumentos normativos desenvolvidos para atuação dos profissionais no contexto da pandemia contemplem tais aspectos, de modo que as práticas do cuidado reflitam este direcionamento. Nesse sentido, o presente estudo almejou promover uma análise à luz do referencial teórico metodológico da Educação e Prática Interprofissional na perspectiva das competências colaborativas, das estratégias para a produção do cuidado à saúde, propostas no Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus - (COVID-19), do município de Jequié/Ba e demais instrumentos utilizados, bem como a aplicação dos mesmos no trabalho de quatro Equipes de Saúde da Família. Os resultados apontam que frente a situação de Emergência em Saúde Pública, imposta pela Covid-19, as competências colaborativas como comunicação interprofissional; atenção centrada no paciente, família e comunidade; funcionamento da equipe; clareza de papéis; foram consideradas na formulação das ações voltadas ao enfrentamento e produção do cuidado. A incorporação de tais competências, previstas nos documentos, na produção do cuidado no trabalho das Equipes de Saúde da Família ocorreu através de educação permanente, apoio matricial e uniformização das práticas, via estabelecimento de protocolos. Conclui-se que a integração ensino-serviço, a qualidade da comunicação e as práticas colaborativas entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, foram fundamentais para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde e configuram fatores importantes para o enfrentamento do agravo de saúde, como o vivenciado na atualidade.

Descritores: Educação Interprofissional. Práticas Colaborativa. Cuidados em Saúde. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC), a space for ordering care and coordinating the health care network, is responsible for the articulation between the points of care and the interaction between professionals. Above all, given the complexity imposed by the pandemic of the new coronavirus (SARS-CoV-2), which causes Covid-19, the quality of such articulation and interaction has become essential. In the search for efficiency in health services, the development and application of collaborative skills for teamwork is highlighted, where aspects that seek to ensure the quality of care, the optimization of resources, the avoidance of duplicity of actions and enable the safety of the user, are pointed out as a way to effect the production of care in a harmonious, orderly and resolute way, favoring the responses that the situation requires. Therefore, it is necessary that the normative instruments developed for the work of professionals in the context of the pandemic include such aspects, so that care practices reflect this direction. In this sense, the present study aimed to promote an analysis in the light of the theoretical methodological framework of Education and Interprofessional Practice from the perspective of collaborative competences, strategies for the production of health care, proposed in the Municipal Contingency Plan to Combat Human Infection by the New Coronavirus - (COVID-19), from the municipality of Jequié/Ba and other instruments used, as well as their application in the work of four Family Health Teams. It is concluded that the teaching-service integration, the quality of communication and the collaborative practices between the different professionals involved in the care were fundamental for the solvability of the services and the effectiveness of health care and constitute important factors for coping with the problem of health, as experienced today

Descriptors: Interprofessional Education. Collaborative Practices. Health Care.
Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------|--|----|
| Quadro 1 | Caracterização do Município de Jequié quanto à regionalização (BAHIA, 2012)..... | 32 |
| Quadro 2 | Caracterização da Rede analisada quanto à estruturação..... | 33 |
| Figura 1 | Categorias profissionais entrevistados..... | 35 |
| Quadro 3 | Demonstrativa codificação dos entrevistados..... | 36 |
| Quadro 4 | Categorias de Análise..... | 40 |
| Figura 2 | Fluxo assistencial dos casos suspeitos de doença pelo coronavírus (Covid-19) no âmbito da APS..... | 49 |
| Quadro 5 | Perfil dos profissionais entrevistados..... | 51 |
| Gráfico 1 | Contato prévio com o termo: Educação e Prática Interprofissional..... | 58 |
| Gráfico 2 | Circunstância de primeiro contato com o termo: Educação e Prática Interprofissional..... | 58 |
| Gráfico 3 | Competências prioritárias segundo entrevistados..... | 61 |
| Gráfico 4 | Avaliação nível de interação e comunicação na equipe de saúde..... | 62 |
| Gráfico 5 | Avaliação de funcionamento da equipe de saúde..... | 63 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|------------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAIPE | <i>The Centre for the Advancement of Interprofessional Education)</i> |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CIB/BA | Comissão Intergestores Bipartite – Bahia |
| CINAEM | Comissão Interministerial Nacional de Escolas Médicas |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| EIP | Educação Interprofissional |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| ESPII | Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional |
| ESPIN | Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional |
| IDA | Programa de Integração Docente Assistencial |
| IES | Instituições de Ensino Superior |
| MS | Ministério da Saúde |
| NAESCC | Núcleo de Ações Estratégicas para o Controle ao Coronavírus – SMS Jequié/Ba |
| NEPS | Núcleo de Educação Permanente em Saúde |
| NOAS-SUS | Norma Operacional da Assistência à Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde - |
| OPAS | Organização Pan Americana da Saúde |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PCCR | Plano de Cargos, Carreira e Remuneração |
| PET- Saúde | Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde |
| PIP | Práticas Interprofissionais |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| POP | Protocolos Operacionais Padrão |
| PROMED | Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina |

| | |
|------------|---|
| PRÓ-SAÚDE | Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SAPS/MS | Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Ministério da Saúde |
| SARS-CoV-2 | Novo coronavírus |
| SESAB | Secretaria da Saúde do Estado da Bahia |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Consentido |
| UESB | Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia |
| UPA 24h | Unidade de Pronto Atendimento – 24h |
| USF | Unidades de Saúde da Família |
| VIEP | Vigilância Epidemiológica |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 20 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 20 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 20 |
| 3 | ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS | 21 |
| 3.1 | EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP) | 21 |
| 3.2 | EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO BRASILEIRO | 24 |
| 3.3 | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PRÁTICAS COLABORATIVAS NO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19 | 27 |
| 4 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 31 |
| 4.1 | LÓCUS DO ESTUDO | 32 |
| 4.2 | SUJEITOS DO ESTUDO | 34 |
| 5 | PROCEDIMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS | 37 |
| 5.1 | ETAPAS DA COLETA DE DADOS | 37 |
| 5.1.1 | Pesquisa e Análise documental | 37 |
| 5.1.2 | Seleção dos entrevistados e realização das entrevistas | 37 |
| 5.2 | ANÁLISE DE DADOS | 38 |
| 5.3 | ASPECTOS ÉTICOS | 41 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 43 |
| 6.1 | A APS E A INTERFACE DA INTERPROFISSIONALIDADE NOS DOCUMENTOS OFICIAIS PARA O ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM JEQUIÉ/BA | 43 |
| 6.2 | O SUJEITO CRÍTICO E A COLABORAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA DE JEQUIÉ/BA | 50 |
| 6.3 | INCORPORAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS TRANSFORMANDO-AS EM PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS FRENTE A PANDEMIA COVID-19..... | 56 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 66 |
| | REFERÊNCIAS..... | 68 |
| | Apêndice A – Matriz de Análise..... | 71 |
| | Apêndice B – Ficha de identificação do sujeito da pesquisa..... | 72 |
| | Apêndice C – Roteiro semi-estruturado para entrevista..... | 73 |
| | Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 74 |
| | Anexo 2 – Termo de Anuência..... | 77 |

1 INTRODUÇÃO

Com vistas a alcançar os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil optou-se por uma organização hierárquica de serviços (BRASIL, 2010), sem prescindir da atuação de profissionais de diversas áreas de formação em saúde, de modo a promover a integralidade e efetivação do cuidado, estabelecendo-se uma organização sob forma de rede.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) em sua estrutura operacional, expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (da rede de atenção à saúde) (MENDES, 2009).

Possui a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, de maneira que seu funcionamento seja responsivo às necessidades de saúde apresentadas pela população circunscrita e referenciada ao seu atendimento.

Nessa organização, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o primeiro nível de atenção e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Desse modo, assume a condição de ordenadora da rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010).

Por suas características e capilaridade, a APS é o nível imediato, por excelência, de acesso mediante as necessidades de saúde da população, constituindo-se ainda como centro de comunicação com os demais níveis.

Para tanto, a APS necessita está apta a responder tanto às necessidades crônicas de saúde apresentadas, em decorrência da transição epidemiológica observada, quanto às necessidades emergidas diante de situações sanitárias de surtos, epidemias e/ou pandemias, como à exemplo da pandemia da Covid-19 observada na atualidade.

No contexto vivenciado desde dezembro de 2019, em razão da disseminação do vírus SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19 a nível mundial, caracterizada pela Organização Mundial de Saúde - OMS em março/2020 como pandemia, a APS assume lugar de destaque, tendo as ações de gestão em saúde voltadas de modo a potencializá-la em cumprir seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, assim como responsável pela produção de educação permanente em saúde de maneira a impactar em mudança de hábitos profissionais e comunitários, favorecendo o cumprimento do seu efetivo papel de promover, prevenir e recuperar a condição de saúde.

Deste modo, incorporando a saúde em seu conceito mais amplo de modo a contemplar o bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, para tal alcance há de se evoluir da atenção uniprofissional, centrada no médico, para uma atenção interprofissional e interdisciplinar, cuja equipe assuma a responsabilidade sanitária e compartilhe o cuidado integral do usuário, de modo colaborativo, baseando-se em evidências.

Para tanto, é necessário observar o modo de produção do cuidado, sobretudo na Atenção Primária, para que as relações se instituíam entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos serviços, com vistas a atender às suas necessidades, havendo a participação da família e o apoio da comunidade, estabelecendo-se as relações de co-participação e coresponsabilidade frente ao estado de saúde individual e coletivo.

A origem da discussão sobre Educação Interprofissional em Saúde é amplamente divulgada a partir de um grupo de experts da Organização Mundial de Saúde (OMS), no final da década de 1980 (BARR, 2015). No entanto, esse debate já começava de uma forma mais localizada, na década de 60 do século passado, quando um grupo de professores do Reino Unido iniciou a discussão sobre o processo de formação dos profissionais da saúde, observando que algo precisava ser feito para repensar a formação dos silos profissionais (REEVES, 2008).

A concepção dos silos profissionais, comum ao modelo de formação dominante, é amparado em práticas de saúde fragmentadas e relaciona-se a tendência em formar profissionais com ênfase em competências específicas (REEVES 2008). Isso leva a barreiras que impedem a colaboração e a comunicação da equipe, reduzindo a eficiência e dificultando o fluxo de informações.

O conceito de autonomia profissional é discutido por referência ao trabalho coletivo, ou seja, realizado por um conjunto diversificado de profissionais (Schraiber e Peduzzi, 1993). Dado a natureza das necessidades de saúde, verifica-se que no trabalho em saúde um profissional sozinho não é capaz de responder a todas as situações potencialmente exigidas, apontando-se para a necessidade do trabalho em equipe, o qual requer o domínio de múltiplas competências, classificadas em específicas, comuns e colaborativas (BARR, 1998).

Segundo o autor, as competências específicas são aquelas inerentes a cada profissão, configura-se na identidade profissional. As competências comuns por sua vez, são competências que perpassam todas as profissões, mas não necessariamente rompendo barreiras de atuação do outro profissional. Já as competências colaborativas são aquelas necessárias a serem trabalhadas de modo intencional, a fim de que se possa efetivamente alcançar a colaboração, sendo elas distribuídas em: comunicação, atenção centrada no usuário, clareza de papéis, funcionamento em equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos (BARR, 1998).

A colaboração ocorre quando dois ou mais profissionais atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementariedade dos atos em saúde (COSTA, 2016). Tal comportamento representa a essencialidade do trabalho em equipe, vindo a interferir diretamente no resultado da ação em saúde.

Conforme definição apresentado pelo CAIPE (*The Centre for the Advancement of Interprofessional Education*), a Educação Interprofissional (EIP) ocorre quando alunos ou membros de duas ou mais profissões aprendem com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado (CAIPE, 2002). Por essa definição, observa-se a correspondência entre EIP e as relações interpessoais no ato de formação e no processo de trabalho em saúde, entendendo-se que o conceito 'processo de trabalho em saúde' diz respeito à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Após quase 50 anos de pesquisa, a OMS e seus parceiros reconhecem que há evidências suficientes para reconhecer a educação interprofissional como indutora da prática colaborativa eficaz, evidenciando que seu desenvolvimento viabiliza a otimização dos serviços de saúde, fortalecimento dos sistemas de saúde e melhora os resultados das ações em saúde (OMS, 2010)

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho desenvolve-se com a mediação dos meios de produção, que são as tecnologias, materiais ou imateriais, orientadas por projetos. No contexto da saúde, visto se constituir através das fortes relações interpessoais entre profissional-usuário e profissional-profissional, o trabalho em saúde é caracterizado por sua complexidade, dado a imprevisibilidade do resultado final, onde as necessidades de saúde são compreendidas como objetos de trabalho, resultando em produtos, no caso, a melhoria da qualidade de vida e do estado de saúde de indivíduos ou coletividades ou mesmo a promoção da saúde, de forma mais ampla.

Frente ao cenário sanitário vivenciado diante da disseminação do SARS-CoV-2, vírus causador da Covid-19, observado em todo o mundo, na data de 22 de março de 2020 contabilizava-se número superior a 14 mil mortes decorrentes da doença e 335 mil casos de infecção pelo vírus. O município de Jequié, situado na região sudoeste do estado da Bahia, teve o seu caso número zero registrado, confirmado através da metodologia laboratorial RT-PCR (VIEP/JEQUIÉ, 2020).

Um complexo cenário em nível local passou a se configurar, diante do crescente número de casos registrados, implicando na necessidade de maior densidade estrutural e tecnológica na composição da RAS, de modo a atender às complexidades inerentes ao seu próprio território, bem como cumprir o papel de rede referenciada às cidades adjacentes, haja vista tratar-se cidade pólo de região de saúde.

De acordo com a NOAS-SUS 01/02 (BRASIL,2002), o status de município pólo, em conformidade com a definição da estratégia de regionalização estadual, determina que o município assume o papel de referência em média e alta complexidade para os demais municípios integrantes de sua região de saúde. Tal condição confere a estes municípios, uma maior estruturação da rede local através de ampliada disponibilidade de equipamentos em seu território, sejam eles municipais, estaduais, mistas e/ou regionais. Interfere ainda na circulação de pessoas e usuários do SUS através dos processos migratórios, fator que, por um lado, favorece a movimentação da economia local, mas que, potencialmente, vem a impactar em cenários epidemiológicos.

Deste modo, o município de Jequié, além de ordenar sob sua gestão uma rede de cuidados primários em saúde, também abriga um conjunto de dispositivos de densidades tecnológicas distintas que servem à população da região à qual constitui referência, possuindo uma RAS com composição mesclada entre unidades municipais, estaduais, complementares

(privadas) e filantrópica. Tal característica observa os princípios fundamentais que estruturam o SUS, uma vez que o Brasil, ao adotar um sistema público e universal de saúde, assume a responsabilidade em garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não se admitindo a limitação de seus atendimentos em serviços mínimos destinados à parcela menos privilegiada economicamente da população (BRASIL, 2011).

Até o dia 31 de julho de 2020, o município de Jequié contabilizava o número de 3.245 casos confirmados de infecção pelo vírus SARS-CoV-2, 4.663 casos em monitoramento e 83 óbitos por Covid-19 (VIEP/Jequié/BA, 2020). O quadro epidemiológico descrito requereu ações governamentais de cunho a mobilizar as equipes gestão e atenção à saúde, a traçarem estratégias componentes de seu respectivo Plano de Contingência para o Enfrentamento da Covid-19, com vistas a estruturar as ações e serviços de saúde de modo a promover a interlocução entre os pontos de atenção dispostos na rede local, objetivando o atendimento às necessidades de saúde de sua população, de maneira adequada e em tempo oportuno. Especificamente no campo da saúde, o plano de contingência buscou contemplar ações planejamento, assistência e de educação permanente, com fins de qualificar as equipes de saúde no diagnóstico e manejo dos casos de Covid-19.

Diante da gravidade e complexidade representada pela pandemia, a articulação intersetorial e interinstitucional, assim como a colaboração interprofissional configuraram fatores imprescindíveis para o enfrentamento do agravo de saúde como o vivenciado. A qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado configuram estratégias fundamentais e imprescindíveis para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

Para tanto, o ordenamento dos processos de trabalho e adoção de procedimentos para a produção do cuidado e enfrentamento à Covid-19 no âmbito da RAS no município de Jequié, foram propostos através de instrumentos de gestão, a exemplo: Protocolos Operacionais Padrão (POP), Planos de Contingência, Notas Técnicas, Notas de Recomendação, Fluxos e Protocolos Assistenciais, Painel Epidemiológico dentre outros. A elaboração de tais instrumentos assim como sua implementação pelas equipes assistenciais, implicaram, ainda que inconscientemente, no exercício da prática interprofissional colaborativa.

As equipes gestoras concomitantemente às equipes assistenciais se viram impulsionadas à soma de saberes e esforços, para a organização dos serviços no

enfrentamento à pandemia da Covid-19, de modo a promover o reordenamento dos processos de trabalho nas diversas unidades que compõe a RAS, primando pela busca de eficiência e qualidade da atenção.

A partir do contato com a temática da interprofissionalidade através da preceptoria do Programa PET Saúde Interprofissionalidade – UESB/Jequié 2018-2020, onde fora oportunizado vislumbrar toda a potencialidade de mudança e alcance de qualidade que a adoção das práticas interprofissionais colaborativas podem promover, na condição de trabalhadora da gestão de saúde no município de Jequié, inserida no Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e membro do Núcleo de Ações Estratégicas para o Controle ao Coronavírus (NAESCC), imergiram inquietações com vistas a aferir a presença da temática interprofissionalidade frente ao enfrentamento à pandemia da Covid-19.

Muito embora a formatação da Atenção Primária em Saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, favoreça ou ao menos impulse à necessidade das práticas colaborativas, a ausência da consciência teórica por parte dos profissionais bem como a carência da abordagem do tema em seu processo formativo, vêm a configurar barreiras na adoção das práticas colaborativas, fato que, de certo modo, pode vir a comprometer o alcance do princípio constitucional da integralidade do SUS.

Nesse sentido, o presente estudo ganha relevância por intencionar produzir uma análise se tais competências encontram-se presentes nos instrumentos norteadores para as ações de enfrentamento à Covid-19, bem como verificar a incorporação destas nas práticas dos profissionais selecionados.

Assim, o estudo tem como questão central de investigação: Quais competências colaborativas são consideradas na formulação das ações voltadas ao enfrentamento e produção do cuidado frente ao contexto da Covid-19 no município de Jequié/Ba? De que maneira se deu a incorporação de tais competências, previstas nos documentos, na produção do cuidado no trabalho das Equipes de Saúde da Família selecionadas?

Acredita-se que o presente estudo venha a abrir um leque de oportunidade para a aproximação da rede local à temática da EIP e PIP, de modo a lançar mão da prática consciente da interprofissionalidade e práticas colaborativas como mecanismos de melhorias dos serviços de saúde ofertados à população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as competências colaborativas presentes na formulação das estratégias e na produção do cuidado à saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto da Covid-19, no município de Jequié/Ba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as competências colaborativas presentes no Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) do município de Jequié/Ba e demais documentos municipais elaborados para o setor saúde;
- ✓ Apontar o percurso formativo dos profissionais das Equipes de Saúde da Família selecionadas;
- ✓ Verificar a incorporação das competências colaborativas na produção do cuidado à saúde de equipes de Saúde da Família, frente à pandemia da Covid-19.

3 ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

3.1 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP)

A Educação Interprofissional (EIP) é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde (REEVES, 2016).

Já a aprendizagem colaborativa, por sua vez, é uma metodologia de ensino pautada na interação, colaboração e participação ativa dos indivíduos. Ambas possuem direta aproximação com teoria educacional sócio interacionista desenvolvida por Lev Vygotsky, cuja ênfase recai no papel da interação social no desenvolvimento do homem. Essa teoria se concentra na relação causal entre a interação social e o desenvolvimento cognitivo do indivíduo. Na interpretação de Rego (apud VALASKI, 2003,p. 24): “ele [Vygotsky] considera que o indivíduo é um ser social e que constrói sua individualidade a partir das interações que se estabelecem entre os indivíduos, mediadas pela cultura”.

Nesse entendimento pedagógico o aluno não é apenas sujeito da aprendizagem, mas aprende com o outro aquilo que seu grupo social produz, observa-se um movimento de trocas no processo do aprendizado, onde o indivíduo aprende e ensina simultaneamente, tratando-se de uma abordagem histórico-cultural do desenvolvimento humano.

Contudo, conforme aponta Reeves (2008) há dificuldades entre os trabalhadores de saúde quanto à coordenação das ações na atuação em conjunto. Tais dificuldades, em sua grande maioria, encontram-se atreladas à concepção dos silos profissionais, como produto do modelo de formação amparado em práticas fragmentadas, evidenciada pela ênfase nas competências específicas e também apontada como motivadora das disputas por espaços profissionais (REEVES, 2008).

Frente a tais dificuldades, a educação interprofissional é apontada como potencial estratégia para promover a integração dos profissionais de saúde, considerando-se tal necessidade, a fim de alcançar a atenção integral ao indivíduo, sua família e comunidade. No entanto, ao explorar o conceito da educação interprofissional, estudos mais ampliados demonstram certa variabilidade de definições decorrentes das variadas interpretações, terminologias sobrepostas e falta da uniformidade de uma definição de EIP.

A Organização Mundial da Saúde declara que a EIP “ocorre quando dois ou mais

profissionais aprendem sobre, com e entre si para permitir uma colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde” (YAN, 2008). Já o Centro para o Avanço da EIP (CAIPE) define a EIP como “um processo de ensino e aprendizagem que fomenta o trabalho colaborativo e melhora a qualidade do atendimento entre duas ou mais profissões (CAIPE), EIP ocorre quando os alunos aprendem uns com os outros, com eles e sobre eles”. Tal definição também é adotada pelo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), e apontada por alguns autores como a mais amplamente aceita. O CIHC acrescenta que a EIP ocorre quando os profissionais de saúde aprendem de forma colaborativa dentro e entre as disciplinas para adquirir conhecimentos, habilidades e valores necessários para trabalhar em equipe.

Já Hugh Barr (1998), não adota uma definição, no entanto, ao discutir a EIP utiliza o termo competências, classificadas como: as específicas, representativas da identidade profissional, que são as se referem à atuação em obediência à divisão dos silos profissionais; as comuns, que são as que podem ser desenvolvidas entre indivíduos de variadas profissões, representando certa complementariedade da ação; e as colaborativas, ou seja, aquelas que são trabalhadas e motivadas intencionalmente para o desenvolvimento da atuação conjunta, entre profissionais e usuários.

Essas competências colaborativas definidas por Barr (2008) apontam alguns domínios afirmados como essenciais, dentre os quais, a comunicação interprofissional foi reconhecida como primordial e mais presente que os demais domínios, que são: cuidado centrado no usuário, cliente e família; clarificação dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais; e liderança colaborativa (CIHC, 2010).

A comunicação interprofissional, conforme apontado por Barr (2008), é encarada como domínio que viabiliza a interação entre as pessoas, de modo a favorecer o intercâmbio profissional x profissional e profissional x usuário/cliente/família/comunidade. A comunicação adequada entre os membros da equipe, torna-se premissa básica para o sucesso terapêutico.

De tal maneira, tais elementos são apontados como chave para o equilíbrio e a efetiva atuação em equipe, de modo a exercer a missão da promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Outros domínios como: **cuidado centrado no usuário, cliente e família**; implica o desenvolvimento da atenção à saúde de modo a apoiar a participação de usuários, famílias e comunidades na produção dos serviços de saúde, contribuindo em sugestões e ações para a melhoria dos processos de cuidado, nas quais é valorizado o compartilhar de informações bem como o exercício da escuta respeitosa.

Continuamente, a partir da concepção de que o cuidado em saúde implica essencialmente no trabalho em equipe, a **clarificação dos papéis** e o **funcionamento da equipe**, refere-se ao conhecimento do papel um do outro para o funcionamento de todo o processo do cuidado, assim como reconhecimento da importância mútua e respeito às diversidades e pensamentos dos outros profissionais.

Temos ainda dentre as competências colaborativas, a **resolução de conflitos** e a liderança colaborativa. Costa (2014) aponta que os conflitos interpessoais foram encarados por muito tempo como inadmissíveis. No entanto, em um contexto atual onde os conflitos são apontados em certo nível como construtivos, à medida que sugerem ideias inovadoras, gerenciá-los compreende habilidade competitiva, vez que tal gerenciamento reflete no ambiente de trabalho e por consequência no clima favorável para o melhor andamento das atividades.

E por fim, a **liderança colaborativa** é apontada como prática onde aprendizes e profissionais trabalham juntamente com todos os participantes, incluindo usuários, clientes e famílias, para formular, implementar avaliar cuidados, serviços e para melhorar resultados de saúde (CIHC, 2010). Segundo Previato; Baldissera (2018), para o alcance de uma liderança colaborativa, é necessário que os profissionais sejam competentes e sensíveis e exerçam sua liderança de forma justa, compreensiva, valorizando e motivando sua equipe, reconhecendo e lutando pelos seus direitos, porém, cobrando as obrigações e a participação de cada profissional.

A necessidade do desenvolvimento de competência colaborativa para a efetiva ação em equipe com qualidade e eficiência, traz como aspecto de convergência o processo de aprendizagem em conjunto e o caráter colaborativo a ser desenvolvidos nas ações, aspectos de grande relevância tanto no processo de formação, quanto no desenvolvimento das práticas em saúde.

Deste modo, a EIP tem se constituído como importante temática de debate em todo o

mundo no campo da saúde, frente à potencialidade demonstrada na formação de profissionais mais aptos ao efetivo trabalho em equipe. Assim, evidencia-se a aproximação entre a Educação Interprofissional e a Prática Colaborativa, haja vista que o processo de formação direciona ao desenvolvimento da atuação no campo do trabalho em saúde, de modo a representar o imbricamento entre o processo formativo e o resultado profissional.

Nessa esteira, a formulação de políticas de apoio e incentivo à EIP vem sendo empreendidas, embora não ainda em uma escala desejada, no entanto, visam favorecer o desenvolvimento e melhorias das práticas colaborativas na atenção à saúde, entendendo que esta ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os usuários e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde de mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços.

3.2 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

Embora as discussões sobre EIP tenham sido amplamente divulgadas a partir de um grupo de experts da Organização Mundial de Saúde, no final da década de 1980 (BARR, 2015), anteriormente o debate acerca do tema já ocorria, de maneira localizada em alguns países, a exemplo do Reino Unido (REEVES, 2016).

No Brasil, a partir da instituição do direito à saúde a todo cidadão brasileiro e do dever do Estado em provê-la (BRASIL, 1988) e da instituição do Sistema Único de Saúde em sequência, que trouxe como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade frente às necessidades sociais, com destaque as de saúde (BRASIL, 1990), a EIP, ganha contornos para além da formação profissionalizante.

Nesse sentido, o trabalho em equipe torna-se imperioso para o atendimento aos princípios norteadores do SUS, de modo que as bases teóricas e metodológicas da EIP complementam e fortalecem tais princípios, em especial a integralidade, tendo em vista o conceito ampliado de saúde, ou seja: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 1948).

Deste modo, através de seus princípios doutrinários da universalidade do acesso, integralidade, participação social e o trabalho baseado em equipe, o SUS, em certa medida

favorece a implementação da educação e da prática interprofissional, tendo em vista que os elementos constitucionais estão diretamente relacionados aos marcos teóricos e metodológicos de ambas (CECCIM, 2004; BARR, 2015).

Assim, partir do reconhecimento de que “o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional”, a educação e a prática interprofissional assumem condição de destaque no contexto nacional de saúde (PEDUZZI, 2016), em especial da Atenção Primária em Saúde (APS), visto ser organizada a partir da junção de profissionais com diferentes formações para atuação conjunta. Nesse sentido, a adoção e desenvolvimento da interprofissionalidade nos processos de trabalho e formação em saúde representam ganho na qualidade do cuidado, de modo a promover o evitar de repetições e retrabalho, melhoria dos aspectos comunicacionais, valorização do usuário, colocando-o na centralidade do cuidado em saúde, dentre outros aspectos (PEDUZZI et. al., 2013; REEVES, 2016).

Cabe destacar o desenvolvimento de ações no Brasil que buscaram repensar e reorientar os processos formativos em saúde, das quais se destaca O Programa de Integração Docente Assistencial – IDA (1981), que estimulou a inserção dos alunos na dinâmica de trabalho das unidades básicas de saúde; o Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa (1990), o qual trouxe a lógica da multiprofissionalidade como orientação da formação e buscou superar a dicotomia entre os serviços de saúde e academia; A Comissão Interministerial Nacional de Escolas Médicas – CINAEM (2000), com relevante atuação para discussão da formação em medicina; além do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED (2002), como importante espaço de discussão da formação de medicina em coerência com os princípios do SUS, via oferta de atividades de formação em hospitais universitários e serviços da atenção básica à saúde (COSTA et. al, 2018).

Nessa esteira, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (2004) surgiu com intuito de promover a reorientação da formação profissional em saúde, com ênfase no trabalho em equipe, tendo o SUS como espaço privilegiado para o aprendizado envolvendo estudantes das diversas áreas da saúde, atores da gestão, usuários dos serviços de saúde e os próprios trabalhadores responsáveis pela atenção à saúde (PEDUZZI et. al., 2013).

Como se observa nas ações, programas e política citada, há intenção de promover melhorias, pautadas nos processos formativos, apontando-se também para a potencialidade representada pela integração ensino-serviço-comunidade. Nesse sentido, a instituição da PNEPS robustece aspectos centrais para o desenvolvimento de ações formativas para os

trabalhadores e profissionais de saúde, na perspectiva da integração entre as mais diversas categorias profissionais em território nacional.

Assim, as iniciativas de EIP no Brasil, a partir das estratégias incorporadas nas políticas de saúde, ganharam destaque quando da criação, pelo Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde SGTES (2003), que posteriormente possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior e serviços de saúde.

Após a instituição da política, inúmeros outros movimentos continuaram a ser desencadeados, pautado na lógica da integração ensino-serviço-comunidade, por reconhecer a potencialidade de tal estratégia. Tais processos ocorriam de modo a fortalecer a indução de mudanças das práticas, tendo como alvo a busca por melhoria dos serviços e o alcance da qualidade no cuidado integral à saúde, dos quais destaca-se: O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE I (2005-2006), inspirado na experiência do PROMED, mas inserido num contexto de maior complexidade de formação dos profissionais para o SUS e com maior articulação entre as universidades e os serviços de saúde; O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE II (2007) que ampliou a participação de outros cursos da saúde, consolidando-se como importante política indutora nas mudanças da formação profissional em saúde; O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde (2007), resultado também da articulação das ações dos Ministérios da Saúde e da Educação, centrou esforços na valorização do trabalho em saúde como espaço de formação por meio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/PET-GraduaSUS (2015) criado para estimular movimentos de reforma curricular nas Instituições de Ensino Superior (IES), a partir dos mesmos princípios e estimulando a interprofissionalidade como premissa para a formação profissional mais coerentes com as demandas do SUS; O Plano Nacional para Implementação da Educação Interprofissional (2017), no qual o Ministério da Saúde do Brasil deu prioridade a inclusão da pauta da EIP em suas estratégias para o fortalecimento da política de formação profissional em saúde e, por fim, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Interprofissionalidade (2018), *que* faz parte do conjunto de ações do Plano para a Implementação da Educação Interprofissional (EIP) no Brasil capitaneado pela Organização

Pan Americana da Saúde - OPAS / OMS (COSTA et. al, 2018).

Conforme exposto, tanto as ações que antecederam as políticas de reorientação da formação em saúde, quanto àquelas posteriores à instituição das políticas, caminham numa vertente para a indução de mudanças nos processos formativos, de modo a considerar complexidade das necessidades de saúde nos mais variados cenários, apontado a necessidade do trabalho em equipe e da qualificação dos processos de atenção e cuidado à saúde. A EIP se compromete com uma formação que tem características marcantes: trabalho em equipe, discussão de papéis e responsabilidades, compromisso na solução de problemas, exercício permanente do diálogo e negociação na tomada de decisão, ao tempo em que valoriza e direciona à prática colaborativa.

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PRÁTICAS COLABORATIVAS NO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19.

A melhoria da capacidade dos recursos humanos no setor saúde é meta perseguida concomitante à busca para o alcance da qualidade da atenção, tendo em vista a oferta de serviços em um sistema universal. Discutir melhorias para o sistema, de modo que este venha a atender aos princípios da universalidade e integralidade, diretamente implica em discussões acerca do formato que a atenção à saúde é desenvolvida, assim como acerca do processo de formação em saúde.

Entendendo que a prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando os profissionais com diferentes formações prestam serviços integrais e de qualidade, ao atuarem com usuários, suas famílias e comunidades nos diferentes meios de assistência de saúde (OPAS, 2016). Essa atuação implica na adoção e desenvolvimento de competências as quais são essenciais para a efetivação das propostas de cuidado integral e qualificado. São as chamadas competências colaborativas (CIHC, 2010), as quais se mostram como caminho a ser percorrido para o alcance da qualidade do cuidado em saúde.

Deste modo, inúmeros autores (PEDUZZI, 2013; COSTA, 2016; FERLA; PINTO, 2017), refletem acerca da necessidade da preparação da força de trabalho em saúde para envolvê-los em iniciativas de colaboração de modo a responder às necessidades locais de saúde, apontando a EIP como ferramenta necessária à esta preparação. De fato, a atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde

consoantes aos princípios e diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (MATTA; MOROSINI, 2009).

O contexto de pandemia da Covid-19, dado a sua complexidade para a produção de resposta imediatas às necessidades de saúde da população, frente a situação epidemiológica inusitada, vem requerendo dos sistemas de saúde locais medidas de enfrentamento tanto no âmbito organizacional dos serviços, via ampliação da capacidade de acesso, introdução de novas tecnologias, desenvolvimento de fluxos e protocolos, como também de capacitação profissional e desenvolvimento de práticas compatíveis com a realidade instalada.

Considerando-se que a Atenção Primária à Saúde é o nível imediato de acesso e reconhecimento das necessidades de saúde da população, esta precisa estar apta a responder desde as necessidades crônicas de saúde apresentadas, até as necessidades emergidas diante de situações sanitárias adversas (FAUSTO et al, 2018), como surtos, epidemias e/ou pandemias, a exemplo da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) desencadeada pela pandemia da Covid-19.

À medida que os municípios baianos se depararam com o risco iminente da disseminação da Covid-19, baseados nas informações e recomendações disponibilizadas pela OMS, Ministério da Saúde, e Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, estes passaram a traçar estratégias componentes de seus respectivos Planos de Contingência para o Enfrentamento da pandemia, com vistas a estruturar as ações e serviços, de modo a promover a interlocução entre os pontos de atenção dispostos nas redes locais, objetivando o atendimento às necessidades de saúde de suas populações, de maneira adequada e em tempo oportuno, observando-se as realidades locais.

Desta forma, diversos movimentos no âmbito da gestão do trabalho e de educação permanente em saúde fizeram-se necessários, de modo a potencializar a rede municipal e a APS em especial, para desenvolver a contento a sua condição de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, no enfrentamento à Covid-19.

Tais movimentos e necessidades observadas diante do cenário imposto pela pandemia reafirmaram a imprescindibilidade do desenvolvimento das práticas interprofissionais e competências colaborativas, de modo a assegurar aos usuários, seus familiares e toda a comunidade local, o cuidado em saúde de maneira tempestiva, eficiente e resolutive.

Considerando o contexto sanitário, onde se fez imprescindível o acompanhamento sistemático dos casos prováveis, suspeitos ou confirmados da doença, a partir da notificação e registro de casos, seguindo-se aos procedimentos de investigação, testagem, confirmação ou descarte do mesmo, a atuação coordenada, colaborativa e intersetorial configurou-se elemento decisivo para a produção do cuidado de maneira qualificada.

Nesse cenário, o município de Jequié/Ba, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desenvolveu um Plano de Contingência para Enfrentamento da Covid-19. Nele, foram estabelecidos o reordenamento das ações e dos serviços de saúde de modo a se adequarem à realidade imposta pela pandemia. Nesse contexto, ressalta-se a importância da integração das ações de Vigilância e Assistência em Saúde, atentando-se às dimensões da prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde, reforçando-se o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado (FAUSTO et al, 2018).

Considerando-se que a EIP visa qualificar o cuidado de modo a favorecer os processos de interação, comunicação e o desenvolvimento de competências, potencializando a PIP e por entender que o trabalho em saúde é essencialmente um trabalho em equipe, a aprendizagem colaborativa e cooperativa no cenário da saúde é defendida e vem ganhando espaço no meio acadêmico por igual período da existência do SUS. Essa defesa veio gradativamente se intensificando a partir das propostas de ações e políticas de reorientação da formação profissional em saúde.

Frente ao complexo cenário imposto diante da magnitude dos danos causados pela pandemia, a comunicação e colaboração são apontados como importantes elementos da articulação e interação entre os pontos de atenção à saúde, demonstrando a imprescindibilidade desta articulação e interação entre os profissionais e trabalhadores de saúde. Destaca-se também a importância quanto à necessidade de competências colaborativas para a atuação na APS e demais níveis de atenção, destacados no enfrentamento à Covid-19. Tais competências, além de potencializar a atuação em equipe, favorecem a avaliação de risco e gravidade dos usuários, de modo a estratificar os casos, os quais variam desde a necessidade do acompanhamento domiciliar, teleconsultas e telemonitoramento, até a avaliação presencial em unidade de referência, referência ao atendimento de urgência e emergência, e eventuais necessidades de maior densidade de cuidados, expressa nas Unidades de Terapia Intensiva.

O desenho da RAS no município de Jequié, demonstra a existência de equipamentos de saúde nos três níveis de atenção: a) primário, representado pelas unidades da rede básica,

os quais configuram o acesso ao sistema de saúde; b) secundário, representados pelas unidades de atenção de média e alta complexidade e ambulatorial; e, c) terciário, representado pelas unidades de atenção hospitalar.

Os pontos de atenção secundários e terciários configuram-se como pontos de diferentes densidades tecnológicas, os quais servem de apoio aos serviços da APS, através da execução de ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico (SOLLA e PAIM, 2014). Sendo válido ressaltar que no cenário público descrito, há ainda a rede complementar de saúde, representada pelas unidades conveniadas SUS.

Principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação com toda a RAS, a APS deve se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020). Desse modo, a APS funciona como um filtro que possibilita a organização dos fluxos assistenciais na rede de saúde, equacionando desde os mais simples aos mais complexos.

Ponderamos que não apenas os aspectos quantitativos devem ser considerados para análise da efetividade das ações em saúde, mas também, e talvez prioritariamente, os aspectos qualitativos devam ser tomados como referenciais para verificar a consolidação das propostas e cumprimento dos princípios que se propõem à APS.

É válido ressaltar ainda que os próprios princípios doutrinários e organizacionais do SUS tais como: universalidade de acesso; integralidade; participação social e trabalho em equipe, favorecem a implementação da educação e prática interprofissional, vez que encontram-se alinhados aos marcos teórico e metodológicos dessa abordagem (CECCIM, 2004; BARR, 2015).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Utilizando-se dos referenciais teóricos sobre EIP e PIP baseada em competências, apresentados sobretudo nos estudos da Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010

- Canadá, Sheffield Hallam University, 2010 - Reino Unido e Interprofessional Education Collaborative Panel, 2011 - Estados Unidos (CAIPE), foi promovida uma análise das estratégias para a produção do cuidado à saúde, propostas no Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) do município de Jequié/Ba, Fluxo de Atendimento proposto para a APS, Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na APS adotado, e outros documentos norteadores para as ações, bem como dos desdobramentos para a efetivação do cuidado em quatro Equipes de Saúde da Família.

Adotando-se um enfoque exploratório-descritivo e analítico, o presente estudo é de natureza qualitativa. Segundo Minayo (2006), a pesquisa qualitativa é aquela que não se preocupa em quantificar, mas sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são disponíveis de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalhos com vivência, com experiência, cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultadas da ação humana objetivada.

Esse estudo elege metodologicamente o estudo de caso e desse modo, promoveu a análise das estratégias para a produção do cuidado à saúde, propostas no Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) do município de Jequié/Ba, Fluxo de Atendimento proposto para a APS, Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na APS adotado, e outros documentos norteadores para as ações, bem como da efetivação do cuidado em quatro Equipes de Saúde da Família, ancorada nos referenciais teórico-metodológico da EIP e PIP baseada em competências colaborativas.

O estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Visa ao exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular (GODOY, 1995). Segundo Yin (2001), o estudo de caso pode ser tratado como importante estratégia metodológica para a pesquisa em ciências humanas, pois permite ao investigador um aprofundamento em relação ao fenômeno estudado, revelando nuances difíceis de serem enxergadas “a olho nu”. Além disso, o estudo de caso favorece uma visão holística sobre os acontecimentos da vida real, destacando-se seu

caráter de investigação empírica de fenômenos contemporâneos.

Com o objetivo de aprofundar os estudos acerca da educação e prática interprofissional nas estratégias para a produção do cuidado à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no município de Jequié/Ba, promoveu-se análise documental, ancorada nos referenciais teórico-metodológico da EIP baseada em competências, nos documentos norteadores para as ações de enfrentamento à Covid-19, bem como análise da produção do cuidado em quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), previamente selecionadas, através do método de análise de conteúdo temático, dos produtos das entrevistas conduzidas através de questionário semi-estruturado, com membros integrantes das ESF.

4.1 LÓCUS DO ESTUDO

Cidade Pólo de Região de Saúde, dentre às 28 regiões estaduais, a região de Jequié abrange 26 municípios, os quais se encontram mesclados entre dois territórios de identidade: Médio Rio das Contas e Vale do Jequiriça (CIB/BA, 2012), possuindo características bem peculiares. Com uma intensa malha rodoviária, o município de Jequié é considerado ponto de convergência das cidades circunvizinhas não somente no contexto saúde, mas também sob o contexto econômico. A cidade assume posição de destaque regional, com considerável densidade demográfica a qual corresponde à 30,17% da população regional.

Quadro 1. Caracterização do Município de Jequié quanto à regionalização (BAHIA,2012).

| Município (Cidade-Pólo) | População (IBGE, 2019) | REGIÃO DE SAÚDE | | | MACRORREGIAO DE SAÚDE | |
|-------------------------|------------------------|----------------------------|---------------|--------------------|-----------------------|---------------|
| | | Região | Municípios | População | Macrorregião | Municípios |
| Jequié | 155.966 habitantes | Região de Saúde de Jequié: | 26 municípios | 516.876 habitantes | Sul | 67 municípios |

Fonte: PDR/2007

Quadro 2. Caracterização da Rede analisada quanto à estruturação

| CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE | | |
|--|--|---------------|
| ATENÇÃO BÁSICA | Pontos de Atenção Primária | Jequié |
| | Unidade Básicas (Tipo 1) | 04 |
| | Unidades de Saúde da Família | 21 |
| | Equipes de Saúde da Família | 30 |
| | Equipes de Saúde Bucal | 18 |
| | Unidade de Saúde Prisional | 01 |
| | Unidade Móvel Clínico | 01 |
| | Unidade Móvel Odontológica | 01 |
| REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR) | Pontos de Atenção Secundária | Jequié |
| | Policlínica | 01 |
| | Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) | 01 |
| | Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h | 01 |
| | Ambulatório de Saúde Mental | 04 |
| | Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física | 01 |
| | Centro de Atendimento Especializado | 01 |
| | Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) | 02 |
| | Centro de Especialidades Odontológicas | 01 |
| | Centro de Referência em Saúde Sexual (DST/HIV/AIDS) | 01 |
| | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador(CEREST) | 01 |
| | | |
| | Centro de Referência em Doenças Endêmicas | 01 |
| | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) | 01 |
| | Laboratório Municipal | 01 |
| | Unidade credenciada rede complementar | 33 |
| | Pontos de Atenção Terciária | Jequié |
| | Hospital Geral - Estadual | 01 |
| | Hospital Filantrópico - Maternidade | 01 |
| | Unidade de Terapia Renal | 01 |

Fonte: SCNES/MS/SMS – 2021

Importante acrescentar que os pontos de atenção primária, compreendendo as Unidades de Básicas e Unidades de Saúde da Família, encontram-se sob a gestão municipal. Já dentre os pontos de atenção secundária, as unidades Policlínica e UPA 24h, encontram-se sob gestão estadual. Tocante às unidades terciárias, a primeira está sob gestão estadual, a segunda é uma unidade filantrópica restrita ao atendimento de maternidade e neonatologia, enquanto a terceira é uma privada conveniada ao SUS.

Assim, por possuírem gestões distintas, a comunicação e interlocução entre os pontos de atenção expressos pelas unidades que compõem a rede acima descrita, se dá de maneira oficial, estabelecidas através de fluxos e protocolos instituídos conforme as linhas de cuidados específicas.

Instituída a partir do movimento de municipalização da saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve sua implantação no município de Jequié em inícios dos anos 90. Foi precedida pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) que logo em seguida teve a instituição de duas Unidades de Saúde da Família (USF), sendo uma situada na zona rural e outra na zona urbana.

O município possui atualmente 30 Equipes de Saúde da Família distribuídas em 21 localidades diferentes, muito embora a estratégia tenha se desenvolvido e se consolidado ao longo dos últimos 26 anos, Jequié encerrou o ano de 2020 com cobertura da ESF em 64,15% (CAMAB, 2020). Considerando-se a população estimada em 155.966 habitantes conforme IBGE/2019, ainda há considerável quantitativo de pessoas que não contam com a atuação de uma Equipe de Saúde da Família. Entretanto, estas têm suas necessidades de saúde referenciadas às Unidades Básicas Tipo I, as quais existem 04 unidades distribuídas em localidades satélites no território municipal.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Para além da primeira etapa no universo de estudo que compreendeu a análise documental, a pesquisa foi realizada com membros integrantes das quatro equipes selecionadas, sendo duas delas pertencentes ao programa PET Saúde Interprofissionalidade e outras duas não pertencentes ao programa, os quais aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 1996).

A escolha de duas equipes de contato com o PET Saúde Interprofissionalidade e outras duas equipes de não contato, foi motivada pelo intuito em identificar se o contato com o programa favoreceu mudanças de atitudes profissionais.

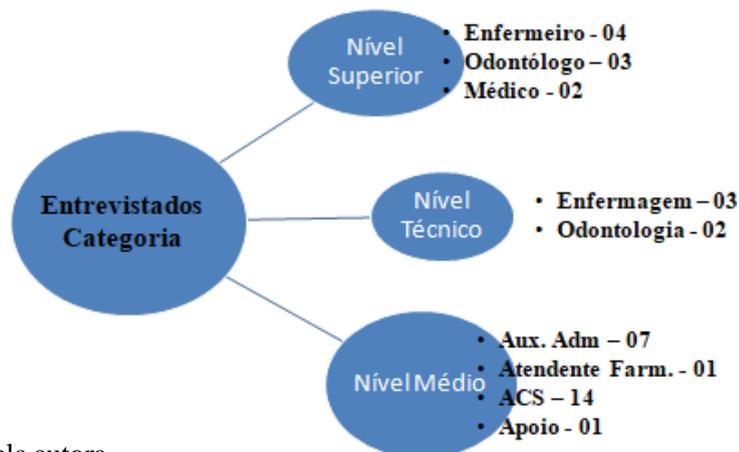
Assim, os sujeitos entrevistados foram selecionados conforme os seguintes critérios: Ser membro integrante de uma das quatro ESF que compõem o universo da pesquisa; Estar em atuação profissional no período de realização da pesquisa; Estar vinculado à equipe selecionada por no mínimo 06 meses.

Em razão às limitações impostas pela pandemia da Covid-19, frente à adoção de medidas de segurança sanitária obedecendo às recomendações vigentes, a coleta de dados deu-se de maneira meta presencial, através de entrevistas norteadas por questionário semi-estruturado.

Considerando-se o lócus do estudo, os critérios de inclusão e exclusão, a mobilização para a realização da pesquisa, e as respostas em atendimento à proposta, obtivemos o universo potencial de 44 profissionais de saúde para as entrevistas. No entanto, findado o período para realização das mesmas, foram realizadas 37 entrevistas. As demais não ocorreram em razão da indisponibilidade dos profissionais em participarem do presente estudo.

Dentre os profissionais entrevistados, observa-se a seguinte distribuição conforme categorias profissionais (figura 1):

Figura 1 - Categorias profissionais entrevistados



Fonte: Elaborado pela autora

A partir da demonstração, temos a seguinte codificação dos entrevistados:

Quadro 3. Demonstrativa codificação dos entrevistados

| Instituição | Área | Profissional | Código |
|--------------------|-------------------------|---------------------|--|
| USF ACM (1) | Enfermagem (A) | 1 ; 2 ; 3 ; 4 | 1 A 1; 2 A 2; 3 A 3; 4 A 4. |
| | Odontologia (B) | 5; 6; 7 | 1 B 5; 2 B 6; 4 B 7. |
| USF HMT (2) | Medicina (C) | 8 ; 9 | 4 C 8; 1 C 9. |
| | Téc. Enfermagem (D) | 10; 11 ; 12 | 4 D 10; 1 D 11; 1 D 12. |
| USF OJA (3) | Téc. Odontologia (E) | 13 ; 14 | 2 E 13; 1 E 14. |
| | Aux. Administrativo (F) | 15 a 21 | 4 F 15; 4 F 16; 2 F 17; 2 F 18; 1 F 19; 4 F 19; 1 F 20. |
| | Atend. Farmácia (G) | 22 | 1 G 22. |
| USF SFA (4) | ACS (H) | 23 a 36 | 1 H – 23, 24, 25; 2 H – 26, 27, 28, 29; 4 H – 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36. |
| | Apoio Operacional (I) | 37 | 4 I 37. |

Fonte: Elaborado pela autora

5 PROCEDIMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Para este estudo, foram escolhidos dois universos. O primeiro compreende os documentos norteadores para as ações de enfrentamento à Covid-19 produzidos pelas equipes da SMS – Jequié/Ba. Já o segundo relaciona-se aos profissionais de saúde de 04 Unidades de Saúde da Família previamente selecionadas, a partir do critério de inclusão/exclusão: 02 (duas) USF que inseridas no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Interprofissionalidade – UESB/SMS, e outras 02 (duas) USF com características estruturais, organizacionais, logísticas e de abrangência semelhantes às duas primeiras selecionadas. Deste modo, foram selecionadas as ESF das Unidades: USF Senhorinha Ferreira Araújo, USF Hosasnah Michelli Tolomei, USF Antônio Carlos Martins e USF Olímpio José dos Anjos, todas situadas na zona urbana do município.

5.1 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

A realização da coleta de dados ocorreu durante o período de novembro/2020 a junho/2021, na Secretaria Municipal de Saúde de Jequié junto ao Núcleo de Ações Estratégicas para o Controle ao Coronavírus (NAESCC), e em campo nas unidades de saúde da família selecionadas.

A produção de dados desenvolveu-se em dois momentos distintos.

5.1.1 Pesquisa e Análise documental

No primeiro momento foi realizado levantamento de arquivos bibliográficos e eletrônicos, de modo a subsidiar o ato seguinte de análise documental dos instrumentos norteadores das ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19, disponibilizados pelo Núcleo de Ações Estratégicas para o Controle ao Coronavírus (NAESCC), com vistas a identificar as competências colaborativas contempladas nesses documentos.

5.1.2 Seleção dos entrevistados e realização das entrevistas

O segundo momento por sua vez, consistiu na identificação dos sujeitos da pesquisa

(Apêndice B) e realização das entrevistas, norteadas por roteiro semi-estruturado (Apêndice C), com profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família selecionadas, a fim verificar a incorporação das competências colaborativas presentes na produção do cuidado frente à pandemia da Covid-19.

Desse modo, a partir dos referenciais teóricos sobre EIP baseada em competências, apresentados sobretudo nos estudos da Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.

- Canadá, Sheffield Hallam University, 2010 - Reino Unido e Interprofessional Education Collaborative Panel, 2011 - Estados Unidos (CAIPE), buscou-se identificar as competências colaborativas presentes no Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) do município de Jequié/Ba e demais documentos municipais elaborados pelas equipes da Secretaria Municipal da Saúde e verificar os desdobramentos, via incorporação das competências colaborativas na produção do cuidado das Equipes de Saúde da Família, frente à pandemia da COVID-19.

A coleta dos dados ocorreu a partir da aprovação do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia e registro do mesmo na Plataforma Brasil.

As entrevistas foram realizadas de maneira meta-presencial, através do uso de tecnologias da informação, lançando-se mão dos recursos do Google meet e Google docs, forma realizada 37 entrevistas. As primeiras 12 entrevistas ocorreram no período de novembro/2020, no entanto, houve uma pausa no desenvolvimento decorrente da mudança de gestão e reordenamento do quadro. Posteriormente, após a recomposição do quadro de pessoal e recondução dos profissionais às equipes de saúde, foi retomada a realização das 25 entrevistas, com tempo médio de 20 minutos cada, no período de março à junho/2021.

As entrevistas foram transcritas através de formulário de auto preenchimento gerado pela plataforma Google docs, os quais posteriormente foram convertidos em planilhas e gráficos.

5.2 ANÁLISE DE DADOS

Após selecionados os documentos, realizadas e transcritas as entrevistas e análise dos dados, com cunho qualitativo, através da técnica de Análise de Conteúdo Temático-Categorial (BARDIN, 2011), sendo os dados representados pelos produtos da análise documental e das

transcrições dos formulários semiestruturados utilizados nas entrevistas dos trabalhadores de saúde. Para tanto, foi construída a matriz de análise, conforme quadro 4.

Quadro 4 - Categorias de Análise

| | Categoriais iniciais | Conceito norteador | Categoria intermediária |
|---|---|---|--|
| Identificar as competências colaborativas presentes no Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) do município de Jequié/Ba e demais documentos municipais elaborados; | <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizagem Colaborativa - Colaboração no trabalho - Trabalho em equipe | <ul style="list-style-type: none"> - Método de instrução/aprendizagem no qual os trabalhadores/estudantes atuam juntos, em pequenos grupos, em torno de um objetivo comum. - Trabalho feito em comum com uma ou mais pessoas; tem como intuito aproximar os processos e as pessoas, estimulando a produtividade, integração, qualidade e o compartilhamento de novos conhecimentos. Baseada em quatro aspectos-chave – comunicação, coordenação, memória e percepção – que se integram e se relacionam. - Empreendimento de esforços conjuntos para atingir metas, alcançar os propósitos e trazer resultados positivos para determinado grupo de pessoas ou instituição. | <p>Práticas Interprofissionais Colaborativas</p> <p>aAPS nos documentos oficiais de enfrentamento à COVID-19</p> |
| Identificar o percurso formativo dos profissionais das Equipes de Saúde da Família selecionadas | <ul style="list-style-type: none"> - Perfil profissional - Formação profissional - Sujeito crítico | <ul style="list-style-type: none"> É o resumo de suas qualificações, habilidades, competências e experiências anteriores. - Atividades que visam qualificar, desenvolver ou aperfeiçoar habilidades próprias de uma profissão. - Indivíduo multifacetado, com diferentes características e habilidades: autônomo, criativo, reflexivo; capaz de lidar com informações, tomar decisões e atuar na sociedade. | <p>Formação do sujeito crítico</p> |
| Verificar a incorporação das competências colaborativas presentes na produção do cuidado frente à pandemia da COVID-19. | <ul style="list-style-type: none"> - Interação - Qualificação da atenção | <ul style="list-style-type: none"> - Influência mútua de órgãos ou organismos inter-relacionados; ação mútua ou compartilhada entre dois ou mais corpos ou indivíduos. Comunicação entre pessoas que convivem; diálogo, trato, contato. - Melhoria da qualidade da atenção à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde, levando a uma maior resolutividade, satisfação do usuário. | <p>Atenção à Saúde e Práticas Colaborativas no contexto de pandemia COVID-19</p> |

Fonte: Elaborada pela autora

Para Bardin (2011, p.47): o termo análise de conteúdo designa “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*”.

Esta abordagem busca revelar o significado da experiência vivida pelos sujeitos, através da interpretação da narrativa de falas transformadas em texto. Neste método a interpretação é vista como um processo que envolve as seguintes etapas: 1. Fixação das entrevistas como textos; 2. Leitura simples (flutuante); 3. Análise estrutural; 4. Compreensão abrangente do texto (as entrevistas são vistas como um todo e em especificidade) (EKMAN at all, 2000).

O conteúdo dos documentos analisados e o transcrito das entrevistas foram categorizados em matrizes de análises, de acordo com as categorias definidas a partir do referencial teórico adotado e consoantes com os objetivos do estudo.

As interpretações e inferências dos resultados obtidos constituiu a fase final da presente pesquisa, possibilitando o diálogo entre os referenciais teóricos e o produto de pesquisa, suscitando reflexões acerca da importância dos elementos da interprofissionalidade e das competências colaborativas no contexto de trabalho das equipes de saúde, para o bom andamento dos serviços.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Amparado nas normas da Resolução CNS 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), o Projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, sob parecer de nº. 4.370.875, (Anexo 1), seguida de autorização do gestor municipal de saúde, por meio da carta de anuência para realização do estudo e anuência dos profissionais de saúde sujeitos da pesquisa, após os esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, mediante apresentação e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Consentido - TCLE (Anexo 2).

Vale ressaltar que a pesquisa obedeceu a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), respeitando os seguintes princípios e critérios disciplinados pelos textos normativos do Brasil:

Autonomia - O critério da autonomia se refere ao direito dos entrevistados à sua autodeterminação. Tal direito procura ser garantido nas pesquisas através do Termo de Beneficência - Por este critério se entende que a pesquisa esteja comprometida com o bem de seus sujeitos individuais ou coletivos, reais e potenciais; busque, em vista disto, prever danos e riscos; garanta a participação dos sujeitos nos resultados benéficos da pesquisa.

Não-maleficência - Afirma o compromisso de não causar danos, desde físicos e psíquicos aos morais e éticos. Supõe a explicitação de medidas de prevenção diante dos riscos e de reparação diante de danos possíveis.

Justiça - Entende-se pela justiça, que a pesquisa tenha relevância social e uma destinação humanitária, voltada para a proteção e cuidado das pessoas e do ambiente assegura a distribuição equitativa dos custos e dos benefícios entre os sujeitos da pesquisa, sendo particularmente protegidos os sujeitos vulneráveis.

Privacidade e Confidencialidade - Implícitas no critério da autonomia, a privacidade e confidencialidade são direitos dos sujeitos no que diz respeito aos dados da pesquisa que envolve sua intimidade.

O Projeto de Pesquisa, adequado aos princípios científicos, foi cadastrado na Plataforma Brasil conforme exigências estabelecidas para pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando-os em sua dignidade e autonomia.

Os benefícios obtidos estarão voltados para a melhorias das condições e processos de trabalho dos profissionais do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária no município de Jequié/Ba. Quanto aos riscos aos sujeitos da pesquisa, estão relacionados a possível vazamento de informações, risco de constrangimento durante os questionários e o risco de danos emocionais. Dessa forma, foram adotados cuidados para que todos estes devem ser minimizados, como a manutenção do sigilo, confidencialidade dos dados e aplicação das normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), colegiado que regulamenta os aspectos éticos de tais pesquisas. Os benefícios da participação na pesquisa será contribuir para compreensão e reflexão sobre a interprofissionalidade e práticas colaborativas no cenário da ESF no contexto da COVID-19 no município de Jequié/Ba, ampliando as possibilidades de construção do conhecimento do tema e da possibilidade de fortalecimento da temática para a sua implementação na ESF.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os objetivos e a metodologia da pesquisa, os resultados são apresentados em três partes. Na primeira, está a análise do Plano de Contingência e demais documentos norteadores ao enfrentamento da Covid-19 no município de Jequié/Ba. Na segunda, está a análise do material empírico obtido através das Fichas de Identificação dos Sujeitos da Pesquisa, fase preliminar das entrevistas realizadas com profissionais de saúde integrantes de quatro ESF's. Na terceira está a análise do material empírico obtido nas entrevistas, diferenciando-se as duas equipes integrantes do PET-Saúde Interprofissionalidade das outras duas não integrantes, buscando-se a verificação da incorporação das práticas colaborativas, na produção do cuidado frente à pandemia.

6.1 A APS E A INTERFACE DA INTERPROFISSIONALIDADE NOS DOCUMENTOS OFICIAIS PARA O ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM JEQUIÉ/BA

No mês de março/2020, o município de Jequié/BA encontrava-se com o status **Perigo iminente**¹, havendo dados epidemiológicos justificativos a elaboração de estratégias eficazes de enfrentamento do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, de modo a fortalecer, estruturar e qualificar sua APS mediante ao cenário que se desnudava.

A partir da avaliação do alto risco de mudança do status para Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), conforme classificação do Ministério da Saúde, como ação inicial para o enfrentamento de tal crise sanitária, a gestão municipal de saúde instituiu o Núcleo de Ações Estratégicas para o Controle do Coronavírus (NAESCC), em 19 de março de 2020, através de ato normativo e edição de Portaria GABSEC nº. 39/2020.

O NAESCC trouxe como objetivo primordial nortear as ações a serem executadas pelas equipes assistenciais no município, bem como ofertar o suporte técnico e operacional enquanto perdurar a pandemia da Covid-19, frente ao cenário apresentado na saúde pública a nível local, nacional e mundial.

¹ Conforme o Plano de Contingência do Ministério da Saúde, há três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. **Alerta:** corresponde a uma situação em que o risco de introdução do 2019-nCoV no Brasil seja elevado e não apresente casos suspeitos; **Perigo Iminente:** corresponde a uma situação em que há confirmação de caso suspeito; e, **Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN):** corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de 2019-nCoV, no território nacional, com declaração de ESPIN.

Em conjunto com o gabinete do secretário de saúde e demais departamentos que o compõe, o núcleo tornou-se o centro de comando para as ações na condução dos processos de trabalho no enfrentamento, controle e combate ao coronavírus, assim como colegiado responsável pela definição de objetivos e ações a serem implementadas em seu território.

Desde a sua composição inicial, bem como demais alterações de recomposição, foi possível observar que a equipe constituinte do NAESCC assume o caráter multiprofissional, verificando-se a presença de profissionais em diversas áreas do conhecimento em saúde e afins, à exemplo: Enfermeiro, Inspetor Sanitarista, Educador Sanitarista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Clínico Geral, Infectologista, Advogado, Administrador e Odontólogo. Tal configuração, de imediato, já evidenciava a necessidade da interlocução entre as diversas áreas do conhecimento em saúde e afins, que a complexidade do momento vivenciado exigia.

Embora a literatura aponte imprecisões quanto à definição de alguns termos, é salutar promover a distinção entre os termos multiprofissional e interprofissional. A fragmentação do cuidado é comum na multiprofissionalidade, a qual seria a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados balizarão a atuação de cada profissional (Alvarenga et al. , 2013). Já a interprofissionalidade vincula-se: à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012).

Assim, frente à complexidade sanitária imposta pela pandemia, uma **Equipe interprofissional** de saúde que consiste em um grupo de múltiplos profissionais de saúde de diferentes profissões, criado intencionalmente, que trabalham juntos para proporcionar melhor qualidade de atenção, atuando por meio de relações de cooperação, coordenação, colaboração e responsabilidade compartilhada (OMS, 2019), demonstra ser a configuração ideal para o alcance das respostas resolutivas e imediatas requeridas pela situação de saúde pública.

No trabalho em saúde, verifica-se que um profissional sozinho não é capaz de responder a todas as situações potencialmente exigidas, apontando-se para a necessidade do trabalho em equipe, o qual requer o domínio de múltiplas competências, classificadas em específicas, comuns e colaborativas (BARR, 1998).

Observando-se o imprescindível papel que o trabalho em equipe assume no cenário

saúde, a equipe gestora e técnicos da SMS coordenados pelo NAESCC, a partir da junção e compartilhamento de saberes e competências, ao tempo em que considerando as constantes atualizações disponibilizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), elaborou o Plano de Contingência Municipal de Enfretamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2), o qual apresenta e organiza estruturação de equipes para atuação em diversas frentes de trabalho, a saber: 1. Equipe de apoio para organização dos fluxos das ações de enfrentamento à Covid-19; 2. Equipe do *Diskcovid* (*atendimento virtual para acolhimento da demandas de queixas dos sinais e sintomas da doenças e encaminhamentos*); 3. Equipe de coleta (realização dos testes em RT-PCR e/ou teste rápido) 4. Equipe *Acompanhacovid* (*promoção da identificação, notificação e acompanhamento dos casos positivos e seus comunicantes*); 5. Equipe *Vigiacovid* (*acompanhamento/monitoramento dos casos na Atenção Básica e seus fluxos entres os níveis de atenção secundária e terciária, até o desfecho [alta/óbito]*); 6. Equipe de investigação de óbitos.

O enfrentamento do novo coronavírus exigiu um empenho coletivo de todos os setores, impulsionando o olhar ao perfil epidemiológico diário, situação que implicava na dinamicidade dos cenários e, por conseguinte na necessidade de eventuais ajustes, para respostas rápidas e coordenadas no enfrentamento ao novo Coronavírus no município de Jequié-Bahia.

Aspectos apontados quanto à disposição de frentes de atuação presentes no Plano de Contingência, trazem consigo um elemento de grande importância no contexto interprofissional: **a clarificação dos papéis profissionais**. Tais aspectos estão alinhados às competências para a prática interprofissional colaborativa apresentadas no referencial teórico de competências interprofissionais da Canadian Interprofessional Health Collaborative". Assim, em um contexto de atuação profissional onde a constante necessidade de lançar mãos das competências comuns, específicas e colaborativas em um dado momento ou outro, haver a clareza na definição do: “quem faz o quê como e quando”, dota de otimização e resolutividade o processo de trabalho.

No Plano, as ações encontram-se dispostas em cinco distintas áreas: Área 1: Vigilância em Saúde; Área 2: Vigilância Sanitária Municipal; Área 3: Assistência à Saúde; Área 4: Comunicação de Risco; Área 5: Gestão. Tal divisão assume o caráter didático, de modo a objetivar as responsabilidades e competências para a atuação, favorecendo a

dinâmica de funcionamento da equipe. Contudo, a atuação nas seis distintas frentes deu-se de maneira a mesclar profissionais das diversas áreas componentes da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e as unidades da rede municipal, com vistas a potencializar a troca de saberes e aprendizagem colaborativa.

O Plano em análise, construído através de múltiplos olhares e saberes, ancorando-se nos instrumentos apresentados pela OMS, MS e SESAB, configurou o instrumento de referência inicial para a atuação das equipes de saúde na APS, apresentando os seguintes objetivos:

1. *Orientar a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS para atuação na identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção Humana pelo novo Coronavírus de modo a mitigar os riscos de transmissão sustentada no território municipal;*

2. *Fazer cumprir diligentemente as ações do NAESCC, para uma gestão coordenada da resposta, de modo que as informações migrem de um único pólo evitando ruídos na comunicação;*

3. *Coordenar e descrever as ações de vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial no município de Jequié, a serem executadas frente à detecção de um caso suspeito de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Sars-cov-2);*

4. *Estabelecer a utilização de protocolos e procedimentos padronizados pela SESAB e Ministério da Saúde para a resposta ao novo Coronavírus (Sars-cov- 2);*

5. *Estabelecer resposta coordenada no âmbito municipal, com a Regional de Saúde e com os órgãos Estaduais (Hospital Geral Prado Valadares, Unidade de Pronto Atendimento Eunice Jesus Leal Almeida, Centro de Triagem - Hospital São Vicente e Santa Casa São Judas Tadeu), em parceria com o Ministério da Saúde, garantindo boa comunicação, no que diz respeito à notificação, acompanhamento, monitoramento e efetividade nos casos;*

6. *Definir a estratégia de atuação da Secretaria Municipal de Saúde em alinhamento com as demais secretarias (Secretaria de governo, relações institucionais, desenvolvimento social, infraestrutura e obras), e demais órgãos públicos envolvidos no enfrentamento do COVID-19;*

7. *Fortalecer a organização e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde que estarão em funcionamento durante o enfrentamento do COVID-19, especialmente as Unidades de Saúde da Família e Centros de Saúde que tiveram suas demandas reorganizadas para diminuir o risco de contaminação pelo novo coronavírus;*

8. *Minimizar riscos à população frente a um caso suspeito de COVID-19, adotando medidas para reduzir a morbimortalidade decorrente da disseminação do novo Coronavírus (Sars-cov-2) no município de Jequié;*

9. *Divulgar diariamente informações em saúde, por meio de boletim epidemiológico, e, sempre que necessário, utilizar os meios de comunicação da cidade para maiores esclarecimentos à população garantindo a transparência das informações;*

10. *Estabelecer estratégias de Comunicação de Risco;*

11. *Orientar a adoção de medidas preventivas e indicação de uso de EPI, tanto para a população em geral, como para os trabalhadores em saúde;*

12. *Assegurar a distribuição de insumos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e ou Estado, e/ou município, para os trabalhadores da saúde, de modo racional, evitando-se a escassez de EPI's;*

13. *Reduzir complicações, internações e óbitos, decorrentes das infecções pelo novo coronavírus;*

14. *Orientar o manejo adequado dos óbitos por COVID-19 no município de Jequié.*

Através da observação dos objetivos listados presentes no Plano de Contingência, é possível realizar algumas inferências. *A priori*, podemos afirmar que o mesmo possui elementos interligados aos referenciais teóricos metodológicos da Educação e Prática Interprofissional, vez que os mesmos direcionam ao desenvolvimento das práticas colaborativas.

Na descrição dos objetivos, podemos identificar direcionamento à diversas competências colaborativas, à exemplo da **dinâmica de funcionamento da equipe**, onde ao apontar a organização dos serviços, fluxo de comunicação e ordenamento dos processos de trabalho, têm-se delineado o caminhar no funcionamento da equipe em atuação.

O objetivo 2 por exemplo, traz na estruturação do NAESCC a gestão de uma resposta coordenada e a promoção de uma comunicação ativa, assertiva e sem ruídos. Aí temos duas competências colaborativas contempladas, sendo elas a **liderança colaborativa** representada pelo NAESCC, e a **comunicação**.

A liderança colaborativa, essencialmente, uma nova maneira de compartilhar as tomadas de decisão dentro de um grupo de pessoas, no contexto do NAESCC, as decisões são construídas a partir das discussões em núcleo, em um formato em que todos os envolvidos no processo podem ter voz ativa, estabelecendo-se ao final o consenso e prevalecendo o objetivo primordial que é a assistência de maneira resolutiva e segura.

Dentre as competências colaborativas definidas por Barr (2008), tais domínios são apontados como essenciais ao bom andamento dos serviços e seus resultados, no entanto, a comunicação interprofissional foi reconhecida como primordial e mais presente nos demais domínios, que são: cuidado centrado no usuário, cliente e família; clarificação dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais; e liderança colaborativa (CIHC, 2010). De tal modo, é possível afirmar que das seis competências definidas por Barr (2008), a comunicação não somente assume a condição de destaque, como também se encontra intrínseca nas demais outras cinco competências.

Tal destaque para a competência da comunicação a confere total condição de ser objeto único de estudo. Porém, não sendo o objeto específico do estudo presente, deixaremos para futuras produções acadêmicas.

Concomitante ao Protocolo Operacional Padrão (POP) e aos Decretos Municipais que estabeleçam medidas de prevenção e enfrentamento da Situação de Emergência em Saúde Pública causada pelo agente Coronavírus – Covid-19, o Plano e demais documentos buscaram promover o ordenamento das ações de saúde no cenário pandêmico.

Visando potencializar a resolutividade na atuação das equipes de saúde, os seus conteúdos expressam o planejamento como forma de padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução das atividades, tencionando também o evitar do “re-trabalho”, ato comum em cenários multiprofissionais.

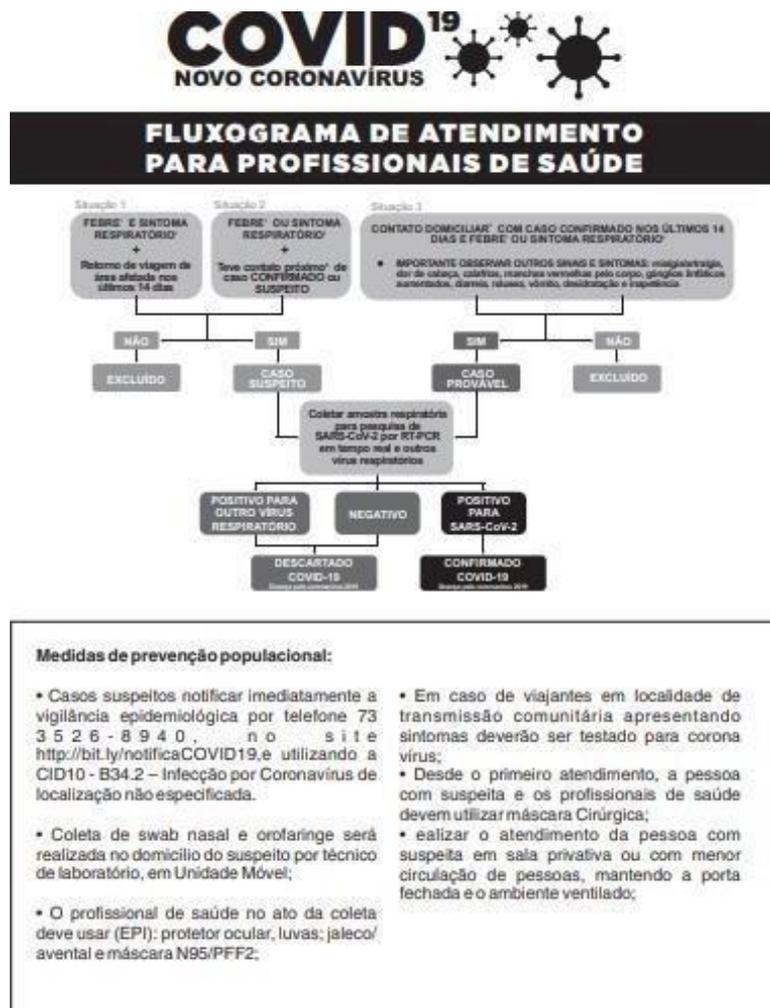
Deste modo, os instrumentos de gestão e os POPs garantem que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim “as variações causadas por imperícia e

adaptações aleatórias” (SCARTEZINI, 2009).

Conforme configuração da RAS local, os instrumentos em análise buscaram estruturar o fluxo assistencial dos casos suspeitos de doença pelo coronavírus (Covid-19) no âmbito da APS (figura 1), de modo a promover o devido acompanhamento dos sinais e sintomas, tencionando o evitar do agravamento dos casos e por conseguinte a necessidade de níveis de atenção mais complexos.

Assim, a partir da confirmação dos casos, outras medidas sanitárias e assistenciais eram adotadas de modo a assegurar a produção do cuidado e a segurança ao usuário, bem como estabelecer a referência e contra-referência entre os níveis de atenção, caso se fizessem necessários, conforme figura 2.

Figura 2. Fluxo assistencial dos casos suspeitos de doença pelo coronavírus (Covid-19) no âmbito da APS



Fonte: Ministério da Saúde

Todo o arcabouço teórico empreendido e a dedicação interprofissional na elaboração dos planos, manuais e recomendações, visaram instruir e qualificar o processo de trabalho nas equipes da APS para o enfrentamento à pandemia da Covid-19, considerando-se na essência dos conceitos da colaboração no trabalho e trabalho em equipe, onde o primeiro definiu-se como: Trabalho feito em comum com uma ou mais pessoas com intuito de aproximar os processos e as pessoas, estimulando a produtividade, integração, qualidade e o compartilhamento de novos conhecimentos, baseados na comunicação, coordenação, memória e percepção. Já o segundo traz a definição de: Empreendimento de esforços conjuntos para atingir metas, alcançar os propósitos e trazer resultados positivos para determinado grupo de pessoas ou instituição.

Deste modo, afirma-se que tais instrumentos apresentam os elementos necessários para o ordenamento do processo de trabalho nas equipes da APS no desenvolvimento das ações de enfrentamento à pandemia da Covid-19, de modo a alcançar como produto os serviços resolutivos, com qualidade e em tempo oportuno.

6.2 O SUJEITO CRÍTICO E A COLABORAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA DE JEQUIÉ/BA

Para além dos instrumentos teóricos norteadores das ações nas equipes da APS, compõem a segunda fonte de análise da presente pesquisa, o universo de quatro Equipes de Saúde da Família. Destas, duas configuraram campo de prática para desenvolvimento de atividades do Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde Interprofissionalidade e outras duas não fizeram parte do programa, embora também sejam campo de prática para outras atividades de integração ensino-serviço.

Com vistas a apontar o perfil profissional dos integrantes destas equipes, buscou-se realizar o levantamento das qualificações, habilidades e experiências dos mesmos. Por meio de formulário preliminar a pesquisa, foram levantadas informações quanto a formação base, formação complementar, tempo de serviço, atuação e vínculo, objetivando uma análise dos percursos formativos e experiências que, de certo modo, influenciem em sua formação enquanto sujeito crítico – quadro 4.

A partir do conceito de “perfil profissional” como resumo das qualificações, habilidades, competências e experiências anteriores, é possível afirmar que o percurso

formativo do indivíduo interfere diretamente na formulação deste “perfil”, vindo a refletir na aproximação, identificação e incorporação de conhecimentos, com possibilidades de interferência positiva na prática laboral e, por conseqüente, nas relações estabelecidas no desenvolvimento do trabalho.

Quadro 5. Perfil dos profissionais entrevistados

| Código | Sexo | Profissão | Especialização | Tempo de serviço | Vínculo |
|---------------|-------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|----------------|
| P1 | F | Enfermeira | Sim | Superior há 10 anos | Comissionado |
| P2 | F | Enfermeira | Sim | 1 a 5 anos | Comissionado |
| P3 | F | Enfermeira | Sim | 5 a 10 anos | Comissionado |
| P4 | F | Aux. Administrativo | Não | 1 a 5 anos | Terceirizado |
| P5 | F | Téc. De Enfermagem | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P6 | F | Médica | Não | 1 a 5 anos | Comissionado |
| P7 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P8 | F | Dentista | Sim | 1 a 5 anos | Comissionado |
| P9 | F | Aux. Administrativo | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P10 | F | ACS | Sim | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P11 | F | Téc. De Enfermagem | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P12 | F | Téc. Saúde Bucal | Sim | 5 a 10 anos | Estatutário |
| P13 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P14 | M | Dentista | Sim | Superior há 10 anos | Comissionado |
| P15 | F | Enfermeira | Sim | 5 a 10 anos | Comissionado |
| P16 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P17 | M | Aux. Administrativo | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P18 | M | Atendente Farmácia | Não | 1 a 5 anos | Temporário |

| | | | | | |
|-----|---|---------------------|-----|---------------------|--------------|
| P19 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P20 | F | ACS | Sim | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P21 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P22 | F | Dentista | Não | 1 a 5 anos | Comissionado |
| P23 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P24 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P25 | F | Téc. Saúde Bucal | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P26 | M | Médico | Não | 1 a 5 anos | Comissionado |
| P27 | F | Apoio Operacional | Não | 1 a 5 anos | Terceirizado |
| P28 | F | Aux. Administrativo | Não | 1 a 5 anos | Terceirizado |
| P29 | F | Téc. De Enfermagem | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P30 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P31 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P32 | M | Aux. Administrativo | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P33 | F | Aux. Administrativo | Não | 1 a 5 anos | Terceirizado |
| P34 | F | Aux. Administrativo | Não | 5 a 10 anos | Estatutário |
| P35 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P36 | F | ACS | Não | Superior há 10 anos | Estatutário |
| P37 | M | ACS | Sim | Superior há 10 anos | Estatutário |

Fonte: Elaborado pela autora

Observamos dentre os profissionais entrevistados: 04 enfermeiros, 03 odontólogos, 02 médicos, 02 técnicos em odontologia, 03 técnicos em enfermagem, 07 auxiliares administrativos, 01 atendente de farmácia, 14 agentes comunitários de saúde e 01 agente de apoio operacional.

Dentre os profissionais de nível superior, observou a adesão em 100% dos profissionais da enfermagem, sendo válido ressaltar que é delegada à enfermagem a função de coordenação das equipes de saúde. Assim, assumem o papel de responsáveis pelo pleno funcionamento das ações e serviços no âmbito da unidade, vindo a acumular os aspectos gerenciais e assistenciais no contexto da equipe.

Os profissionais da odontologia por sua vez, participantes em 75% da presente pesquisa, assumem o papel assistencial e também de colaborador à gerência da unidade, subdividindo algumas tarefas do ponto de vista organizacional, contudo, sem incorporar o papel de coordenação. Tal configuração assegura um nível de envolvimento um pouco melhor no funcionamento da equipe, se comparado ao profissional médico.

Já dentre os profissionais da medicina, observou-se participação em 50% no presente estudo, fazendo-se importante a reflexão acerca do diminuto envolvimento da referida categoria no tangente às ações interprofissionais e colaborativas, postura que encontra no processo formativo, argumentos que a justificam dado ao modelo sócio-cultural que ainda remonta em torno da formação do profissional médico.

Em estudo acerca da antropologia social e as disciplinas médicas em torno da Saúde Pública, Menéndez apresenta o modelo médico hegemônico, no qual são apontados aspectos como: individualismo, saúde/doença como mercadoria, medicalização do problema, privilégio da medicina curativa, dentre outros (MENENDÉZ, 1992). Tais aspectos contrariam diretamente os princípios das práticas interprofissionais e colaborativas, revelando o conflito existente entre ambos.

O referido cenário remete à imprescindível necessidade em abrir discussão sobre a hegemonia médica de modo a repensar a formação, visto que devemos enxergar o profissional de saúde enquanto sujeito, ao passo em que o fazer saúde é diretamente relacional, onde a ausência de diálogo, a superioridade entre membros da equipe e/ou a subestimação do conhecimento dos demais profissionais prejudicam as relações interpessoais que por sua vez, acabam influenciando na qualidade do atendimento.

No contexto da prática de saúde onde prima-se pela integralidade enquanto princípio que busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde para além da prática curativa, o cuidado interprofissional sobrepõe-se à hegemonia médica, haja vista que, de modo a contemplar o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando-o sujeito inserido em

um contexto social, familiar e cultural, faz-se necessário a atuação de profissionais nas mais diversas formações em saúde, desenvolvendo competências específicas, comuns e colaborativas.

Tocante às demais categorias que compõem as equipes de saúde da família, observou-se percentuais razoáveis de participação, destacando-se em maior quantitativo a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), fator que se justifica inicialmente pelo maior número destes na composição das equipes.

Referente a formação complementar, 10 profissionais possuem formação a título de especialização, dos quais 06 são profissionais com atuação de nível superior e 04 profissionais com atuação de nível médio. Para tanto, cabe refletir que embora a atuação profissional não exigisse dos quatro profissionais de nível médio a formação em ensino superior, o percurso formativo dos mesmos os levou para além, fazendo-os avançar para titulação em superior e posteriormente para a especialização.

Ressalta-se que estes 04 profissionais possuem vínculo estável com o município, contudo, tal estabilidade não se configurou como argumento de acomodação, mostrando-os abertos e aptos à incorporação de novos saberes com vistas a promoção de melhorias em seus aspectos pessoais, laborais e inter-relacionais.

Dentre os demais profissionais que não possuem título de especialização, 18 profissionais atuam em função de nível médio, com período de atuação superior a 10 anos e vínculo estatutário. Individualmente, tais especificidades não nos fornecem elementos substanciais de análise.

A existência de elevado número de profissionais que não romperam as barreiras em seus percursos formativos, não avançando para além das fronteiras das exigências em suas atuações, nos remete a dois possíveis aspectos. Primeiro, a ausência e/ou insuficiência de políticas internas para estímulo à formação continuada e avanços acadêmicos no âmbito quadro de colaboradores da rede municipal de saúde. Segundo, a impossibilidade de conciliar a trajetória de formação frente às questões de gênero e a conciliação de outros vínculos.

Ambos aspectos remetem à necessidade de ajustes na gestão local no sentido de promover o fortalecimento da educação em saúde sob a ótica da promoção de melhorias na prestação dos serviços, através da educação permanente. Parte-se também do pressuposto de que a existência de sujeitos críticos no rol de seus colaboradores, potencializa tal processo de

melhorias e mudanças, haja vista que estes de forma significativa, crítica e coletiva, participa e transforma a realidade concreta, reconhecendo-se parte integrante do processo.

Considerando que a EIP foi largamente introduzida na educação para cuidados baseados na comunidade para um crescente número de pessoas vulneráveis, mas também é relevante em cuidados agudos e crônicos para manter a qualidade de vida, proporcionar segurança, preparar para reabilitação e agilizar a alta (CAIPE, 2011). No contexto de enfrentamento a pandemia da Covid-19, a existência de profissionais em contato com a temática favorece os movimentos de reordenamento dos serviços, haja vista que garantia do pleno cuidado do paciente no contexto da Covid-19, faz-se necessário lançar mão das competências comuns, específicas e colaborativas, em alternâncias, explorando-se todas as possibilidades que as práticas interprofissionais em saúde nos permitem.

Quanto ao tipo de vínculo, observou-se a predominância de servidores estáveis, em um total de 19 profissionais com vínculo estabelecido através de concurso público. Inicialmente, tal informação é vista como um aspecto positivo, considerando-se que as relações de trabalho sob regime estável conferem ao trabalhador melhores condições de desenvolvimento, respeito nas relações de direitos e deveres e por conseguinte, potencial aspecto de qualidade aos serviços.

Contudo, o produto empírico obtido nesta segunda fase da presente pesquisa nos remete a três importantes reflexões. Primeiro, embora verificado dentre os trabalhadores efetivos a predominância de tempo de serviço superior a dez anos, até o ano de 2016, o município não conta com Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR) para os trabalhadores da saúde, fator que implicava de imediato em um desestímulo para a busca de qualificações por parte dos profissionais. Além disso, conforme relatos colhidos nas entrevistas, embora instituído por Lei Municipal nº. 1.992/2016 (Jequié, 2016), o referido plano ainda não se encontra plenamente implementado em seus aspectos de progressões de carreira.

Segundo, foram apontadas fragilidades na política municipal de educação permanente sob o aspecto da integração dos serviços, com apontamento de que as ações propostas são apresentadas de maneira setorializada e/ou estratificadas por categorias profissionais, distanciando o processo educativo da prática laboral e do trabalho em equipe.

Terceiro, dentre os 19 profissionais estatutários houve significativos relatos da

ausência de construção de um planejamento estratégico participativo para o enfrentamento da Covid-19, sendo apontado que os processos decisórios e construtivos ocorriam aos níveis das coordenações das equipes e posteriormente eram repassadas as orientações para a execução do que era estabelecido.

Tendo em vista que o trabalho em equipe torna-o mais ágil e eficiente, considerando-se ainda que o trabalho em saúde é essencialmente coletivo, a ausência das interações profissionais no processo formativo, bem como no construtivo de propostas dos cuidados em saúde, conseqüentemente impactam negativamente na fase da execução de tais propostas, visto que frente a complexidade do indivíduo e a extensão do cuidado, olhares múltiplos no processo construtivo, permitir-se-ia melhores adequações no binômio necessidades x ofertas para a produção do cuidado. De modo que, o intercâmbio de conhecimentos e técnicas auxiliam no desenvolvimento multidisciplinar de todos os profissionais, e por consequência vem a favorecer, de certo modo, a incorporação das práticas interprofissionais.

De acordo com o quadro teórico adotado neste estudo, considerando a categoria intermediária – Formação do sujeito crítico, do produto empírico das entrevistas infere-se que os entrevistados são profissionais qualificados para as funções em que se encontram investidos, possuem consciência do importante papel frente às necessidades de saúde da população alvos da sua atuação, possuem diferentes formações que contribuem para sua atuação em equipe.

6.3 INCORPORAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS TRANSFORMANDO-AS EM PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS FRENTE A PANDEMIA COVID-19.

Diante do cenário imposto pela pandemia da Covid-19, as equipes de saúde da APS no município de Jequié e em todo território brasileiro, foram impulsionadas a adaptarem suas rotinas de serviços e processos de trabalho. A partir das normativas regulamentadas pelo Ministério da Saúde e descentralizadas pelas Secretarias Estaduais, os fluxos de atendimentos aos usuários acometidos pela Covid-19 foram estabelecidos e posteriormente ajustados conforme as realidades locais.

De modo a seguir as recomendações e orientações iniciais emitidas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS, as quais tratavam prioritariamente do distanciamento

social, da obediência às regras de etiqueta respiratória e do monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados, foram implementados no município de Jequié serviços de teleatendimento e teleacompanhamento/telemonitoramento.

Tais serviços prioritariamente eram desenvolvidos pelas equipes de Vigilância em Saúde, expandindo-se posteriormente a partir da descentralização da atenção e enfrentamento à Covid-19, para a atuação conjunta com as equipes da APS. Ao tempo, as orientações iniciais que enfatizavam o “fique em casa”, foram gradativamente modificadas pelas recomendações de procura dos serviços de saúde em casos de sinais de alerta e/ou gravidade dos quadros clínicos apresentados.

Neste reordenamento da atenção aos usuários acometidos pela Covid-19, os mesmos passaram a ser acompanhados por equipes multidisciplinar (enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e auxiliares administrativos), que conforme distribuição de atribuições realizavam cadastro e avaliação baseados nos relatos de sinais e sintomas, passando-os a acompanhá-los em intervalo de tempo de 24h a 48h, contando com apoio do profissional médico, mediante a avaliação dos formulários eletrônicos, para os encaminhamentos pertinentes, alta ou referência a outros pontos de atenção, conforme identificação das necessidades.

A partir do reordenamento para assistência no cenário covid-19, a APS assumiu a responsabilidade assistencial para atendimento e tratamento dos casos de síndrome gripal em quadros clínicos com sintomas classificados como leves, enquanto as unidades da atenção secundária, UPA-24h e Pronto Atendimento (PA) Covid-19, assumiram a atenção dos casos intermediários. Já os casos clínicos onde eram verificados sinais de agravamento, eram encaminhados à ala covid da unidade hospitalar.

Adotando a estratégia de acolhimento e classificação de risco, já utilizada na porta de entrada das unidades de urgência e emergência, a estratificação dos casos de covid-19 acolhidos pelas equipes de saúde da APS implica na prestação de um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o paciente e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (MS/PNH, 2006).

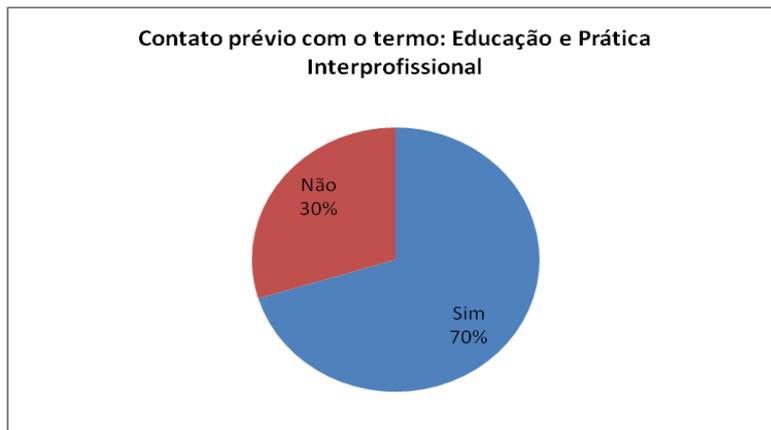
Compreendendo as **competências colaborativas** como aquelas que viabilizam o trabalho em equipe efetivo, resolutivo e alinhado às necessidades de saúde (WHO, 2010), a

partir da descrição do reordenamento dos serviços de saúde, para garantia da assistência aos usuários acometidos pela covid-19, lançar mão de tais competência tornou-se imprescindível para obtenção de êxito na garantia do cuidado.

Os entrevistados de maneira geral consideram que o reordenamento dos serviços, a definição de papéis e a comunicação efetiva entre os membros das equipes de saúde e as equipes gestoras, configuram aspectos imprescindíveis para o êxito da assistência aos usuários, não somente no contexto pandêmico como também ao longo de todas as etapas do trabalho em saúde.

Quanto ao contato prévio com o termo: Educação e Prática Interprofissional, obteve-se 26 respostas positivas e 11 repostas negativas, conforme demonstra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Contato prévio com o termo: Educação e Prática Interprofissional



Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 2 - Circunstância de primeiro contato com o termo: Educação e Prática Interprofissional



Fonte: Elaborado pela autora

Observamos que 70 % dos entrevistados afirmam contato com o termo Educação e Prática Interprofissional previamente a esta pesquisa, dos quais, 23 fazem parte de uma das duas ESF que são campos de prática do PET Saúde Interprofissionalidade. Outros três, não integrantes de tais equipes, afirmaram contato com o termo através da formação acadêmica. Dos 26 que responderam positivamente ao conhecimento prévio sobre a EIP, 18 afirmaram que o primeiro contato deu-se no ambiente de trabalho, através do contato com o PET Saúde.

Tais informações nos remetem à relevância da integração ensino-serviço, vez que esta oportuniza promoção e troca de conhecimentos entre a academia e o campo da prática laboral. Ao tempo em que as unidades 2 e 4 serviram para a inserção de estudantes no universo do trabalho em saúde, também possibilitou a apreensão de novos conhecimentos por parte de seus trabalhadores, viabilizando a prática da **educação interprofissional**, visto ser ela uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde (REEVES, 2016).

Foi possível, ainda, observar diferenças de cenário, receptividade e envolvimento dentre os membros integrantes das equipes, verificando-se que nas equipes que foram campo de práticas do PET Saúde Interprofissionalidades, os profissionais mostraram maior nível de envolvimento e comprometimento com o pleno funcionamento da unidade e a efetividade dos serviços, vindo a reforçar a concepção de que a inserção a educação em serviço reflete de maneira positiva ao avivamento e envolvimento dos profissionais de saúde na produção do cuidado.

É válido acrescentar que, embora os demais entrevistados tenham informado ausência de contato prévio com os termos EIP e PIP, ao avaliarem o reordenamento dos serviços para enfrentamento à pandemia, estes foram unânimes em afirmar que a utilização de competências colaborativas, aspectos característicos da educação e prática interprofissional, foram decisivas à efetivação da assistência aos usuários de maneira adequada e em tempo oportuno, reafirmando a interprofissionalidade do SUS (PEDUZZI, 2015).

Embora o Sistema Único de Saúde seja considerado o maior e mais completo sistema público de saúde no mundo, inúmeras são as dificuldades estruturais e operacionais, onde seus profissionais vivenciam diariamente o exercício da superação em transpor tais dificuldades para a garantia de continuidade da prestação da assistência aos seus usuários.

Como parte da ação reflexiva acerca dos lócus de estudo e dos processos de trabalho

dosatores da pesquisa no âmbito do enfrentamento à Covid-19, a identificação de dificuldades apresenta-se como possibilidade a análise do cenário municipal, de modo a viabilizar o traçar de estratégias para a promoção de melhorias dos processos de cuidado à saúde, bem como assegurar as condições necessárias aos trabalhadores. Tais dificuldades relacionam-se tanto aos aspectos operacionais e condições necessárias para atuação, bem como aos aspectos comportamentais da população, destacando-se os relatos dos entrevistados a seguir:

Dificuldade: Quantidade insuficiente de testes rápidos para examinar os casos suspeitos

“a insuficiência na oferta de ampla testagem compromete o rastreio de contatos edifículta o isolamento de pacientes assintomáticos.”

P11

“ a ausência de ampla testagem implica em subnotificação e fragilidade nos dados epidemiológicos.”

P3

Dificuldade: Critérios e entraves operacionais para realização do RT-PCR dos casos suspeitos

“a realização destes de forma concentrada na unidade do Laboratório Central deSaúde Pública - LACEN, não favorece a ampliação de testagem.”

P26

Dificuldade: Pouco envolvimento da população nas ações estratégicas de controle e combate àdoença no seu território de abrangência

“ o descumprimento das medidas de distanciamento e e/ou isolamento social e quebra das etiquetas respiratórias é muito grande, nós orientamos mas a população à vezes não respeita.”

P24

Dificuldade: Barreiras de comunicação entre os profissionais da APS e da VigilânciaEpidemiológica

“com tudo isso acontecendo, ainda enfrentamos dificuldades e/ou ruído decomunicação entre pontos de gestão e atenção à saúde.”

P15

A existência das dificuldades listadas, conforme o olhar dos entrevistados, embora não inviabilizem o desenvolvimento das ações de controle, combate e enfrentamento à Covid-

19, implicam em necessidade de um maior esforço às suas superações. Apontá-las não significa estigmatizá-las ou promover culpabilidade, mas sim, evidenciá-las tencionado o desencadear de movimentos para transpô-las.

A comunicação foi apontada como competência essencial para o bom andamento dos serviços, contudo barreiras de comunicação intersetorial foram apontadas como dificuldades. O reconhecimento dos entrevistados de quão importante é o processo comunicativo intersetorial e por conseqüência interprofissional, demonstra que os mesmos possuem o entendimento que o objetivo maior de seus serviços é o alcance da integralidade do cuidado. Compreendendo a integralidade como um conceito polissêmico em que um dos seus sentidos refere-se à articulação da assistência com a prevenção, promoção e recuperação da saúde (MATTOS, 2001), torna-se imperioso afirmar que não se faz possível o alcance desta integralidade, sem lançar mão da comunicação interprofissional.

Em relação às competências colaborativas, aquelas necessárias a serem trabalhadas de modo intencional, a fim de que se possa efetivamente alcançar a colaboração e o bom funcionamento da equipe (BARR, 1998), 23 entrevistados apontaram a comunicação interprofissional com principal competência a ser desenvolvida para o sucesso do trabalho em equipe, seguidos de 06 que apontaram a resolução de conflitos com a mais importante. Em sequência, 03 apontaram a clarificação de papéis, outros 03 o funcionamento da equipe e 02 consideram a liderança colaborativa como a mais importante. Assim, temos a seguinte disposição gráfica.

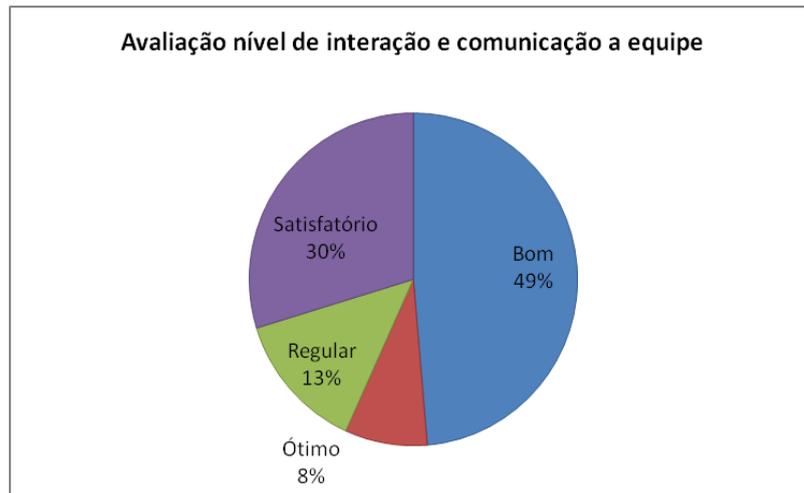
Gráfico 3 - Competências prioritárias segundo entrevistados



Fonte: Elaborado pela autora

Contudo, embora significativo número dentre os entrevistados reconheçam a importância da comunicação interprofissional para o êxito das ações em saúde, quando solicitado a avaliação do nível de interação e comunicação entre os profissionais de sua equipe, no enfrentamento à Covid-19, temos o gráfico a seguir:

Gráfico 4- Avaliação nível de interação e comunicação na equipe de saúde



Fonte: Elaborado pela autora

Dos entrevistados, 18 consideram bom o nível de interação e comunicação dentre os membros da sua equipe, enquanto 11 consideram satisfatório, 05 regular e apenas 03 consideram como ótimo.

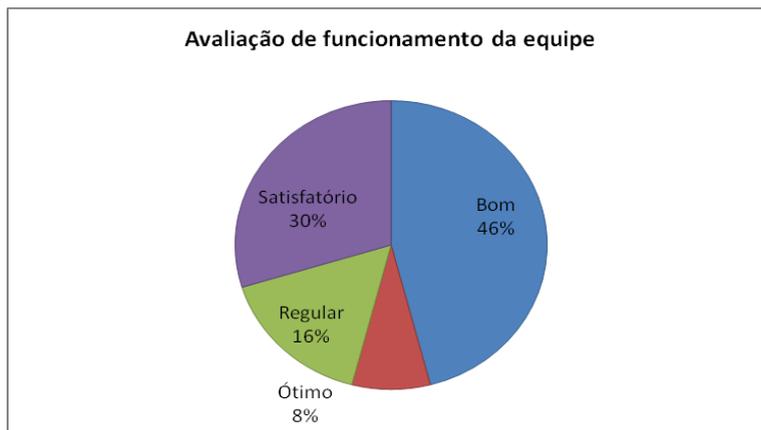
Tocante à clarificação de papéis frente ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, 26 entrevistados apontaram estarem bem definidos os papéis dentre os membros de sua equipe, contrapondo-se a 11 profissionais que afirmam os papéis não estarem delimitados e bem articulados, desencadeando certas dificuldades na execução das ações. A este dados, ressalta-se que os apontamentos da ausência de clarificação de papéis ocorreram dentre membros das equipes as quais não são campos de práticas PET Saúde.

Tratando-se das adequações promovidas através do reordenamento dos fluxos para garantia da assistência aos pacientes covid, todos os entrevistados afirmaram que estas foram positivas, embora alguns tenham afirmado que o processo construtivo poderia ter ocorrido de maneira mais participativa, contudo, acrescentam que foram promovidos os ajustes necessários para o bom funcionamento da assistência.

Dentre as competências colaborativas definidas por Barr (2008), tocante ao

funcionamento da equipe, uma das seis competências listadas a qual implica no envolvimento direto com outras duas, resolução de conflitos e liderança colaborativa. Quando questionados aos profissionais acerca deste funcionamento no contexto da pandemia da Covid-19, os entrevistados apresentaram a avaliação disposta no gráfico abaixo,

Gráfico 5 - Avaliação de funcionamento da equipe de saúde



Fonte: Elaborado pela autora

Sobre o funcionamento da equipe, 17 profissionais avaliaram como bom, 11 como satisfatório, 06 como regular e 03 como ótimo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população, atuando sob os aspectos promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 2021). De modo a cumprir devidamente o seu papel, tais equipes devem possuir o seu funcionamento de maneira adequada, harmônica e organizada, onde as relações interpessoais dentre seus membros se dêem de maneira onde haja respeito mútuo e equilíbrio.

Embora tais avaliações tragam consigo a subjetividade daqueles que as apresenta, visto que o que é subjetivo pertence ao domínio de sua consciência e é algo baseado na sua interpretação individual, 06 entrevistados avaliaram o funcionamento como regular, por certo trazem algum repertório que valide tal avaliação, contudo, o aprofundamento de estudo nestes aspectos não se configura objeto da presente pesquisa, podendo este configurar material para possíveis análises futuras.

O contexto pandêmico desencadeou inúmeras situações de tensão dentre os trabalhadores, os quais, diante do desconhecimento acerca de uma doença que se alastrava

pelo mundo ocasionando milhares de vítimas fatais, se viram aflitos e com uma sobrecarga de serviços e pressão pela preservação de vidas alheias, em um contexto em que suas próprias vidas e as vidas dos seus, se encontravam em risco.

A adequação do cenário pré-existente da saúde pública, em especial da APS, que anteriormente possuía a atenção voltada às doenças crônicas e seus agravos, passando vir a ter que lidar com o contexto de uma doença aguda e de emergência, contou essencialmente com os elementos éticos que compõem os juramentos das profissões de saúde, notadamente no a da atuação em equipe no enfrentamento à Covid- 19, destacamos os registros realizados nas entrevistas, conforme a seguir:

“O momento inicial foi de grande apreensão, mas depois de reuniões e esclarecimentos sobre o tema e as recomendações, enfrentamos com muita sabedoria.”

P2

“A equipe estava bem preparada para o enfrentamento, porém tivemos muitas dificuldades principalmente no que diz respeito aos pacientes.”

P3

“Passamos por muitas dificuldades pois fomos pegos de surpresa por essa pandemia, mas com alguns ajustes fomos nos adequando ao trabalho para facilitar o andamento do serviço.”

P5

“Nossa equipe esteve o tempo todo agindo conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Tivemos o cuidado uns com os outros e principalmente com os usuários do posto de saúde, orientando, ajudando e informando sobre os devidos cuidados necessários frente o momento de insegurança e incerteza que a pandemia causou a todos.”

P12

“No início da pandemia, diante ao desconhecido o vírus, fomos submetidas a ingressar um atendimento sem as precauções e orientações necessárias, eram muitas dúvidas, questionamentos desde a limpeza aos protocolos de medicamentos. Enfim, as questões foram sendo norteadas ao longo da pandemia.”

P15

Os discursos dos entrevistados mostram que o lançar mão das competências colaborativas tornou-se imprescindível para o processo de trabalho em saúde no enfrentamento à pandemia.

Ainda que em níveis variáveis de maior ou menor intensidade e frequência, os profissionais de pesquisa, demonstram satisfatório nível de interação, na medida em que suas ações refletem a materialização de um interesse comum que se traduz na prestação dos

serviços de saúde, de modo a atender às necessidades da população, no cenário pandêmico.

As falas reflexivas traduzem a essencialidade do fazer saúde como a produção do cuidado para o bem-estar do indivíduo, sob a responsabilidade da equipe, onde se faz necessário que os membros dessa atuem de maneira conjunta, efetiva, resolutiva e em tempo oportuno.

Nos discursos fica demonstrado que, em suas práticas laborais, frente aos enfrentamentos da covid-19, os entrevistados tiveram incorporadas as competências colaborativas e a atuação interprofissional, ainda que de maneira consciente ou inconsciente, haja vista que os resultados apontados direcionam a análise de que os comportamentos dos mesmos traduziram-se em melhorias da qualidade da atenção à saúde, realizada por suas equipes, proporcionando maior resolutividade dos atendimentos, frente ao cenário apresentado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da gravidade e complexidade representada pela pandemia, a articulação intersetorial e interinstitucional, assim como a colaboração interprofissional configuraram fatores importantes para o enfrentamento do agravo de saúde, como o vivenciado na atualidade. A qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, tornaram-se fundamentais para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde.

Para tanto, o ordenamento dos processos de trabalho e adoção de procedimentos para a produção do cuidado e enfrentamento à Covid-19 no âmbito da RAS no município de Jequié, implicaram a necessidade de somar esforços, sob as dimensões da gestão, da assistência, dos investimentos de capital humano e materiais, da articulação intersetorial e interinstitucional e, não mais importante, do exercício de competências colaborativas interprofissionais, de modo que todos se envolvessem em torno da missão de prestar serviços de qualidade que garantissem o acesso, o cuidado, a preservação e a manutenção da vida.

O estudo mostra que, diante de uma situação de emergência em saúde pública, ainda que num primeiro momento haja um tensionamento, desencadeado pela imprevisibilidade que tal emergência impôs, o movimento para de ampliação de conhecimentos e adequação das práticas, faz sentido no enfrentamento e superação. A atuação colaborativa possibilita o alcance de qualidade na atenção, adequando-a às necessidades apresentadas pelos usuários.

De fato, a inserção de educandos em formação nos espaços do serviço, viabilizou positivas trocas de saberes, o que possibilitou a apreensão de novos conhecimentos, bem como promoveu o envolvimento daqueles que já se encontram em atuação há tempos, reafirmando a potencialidade existente na articulação ensino-serviço.

Por outro lado, demonstrou também a necessidade de aprimoramento da gestão de pessoas, de modo a fomentar boa cultura organizacional, junto aos profissionais da rede municipal de saúde e prover a interação e a qualificação destes, por meio da educação permanente, a qual deve ser centrada no processo de trabalho e no propósito de atender as necessidades locais em saúde.

Os resultados obtidos apontam para a presença das seis competências colaborativas no instrumentos norteadores para as ações de enfrentamento à pandemia da Covid-19, como

mecanismos para a qualificação da atenção e superação do cenário de crise da saúde pública. Demonstra ainda a existência de profissionais característicos de sujeitos críticos, os quais se implicam com as questões e problemas do sistema de saúde, muito embora tenham sido identificadas também necessidades na melhoria da gestão de pessoas.

Por fim, tais resultados nos permitiram ainda verificar que frente ao cenário imposto pela pandemia, os entrevistados foram impulsionados a incorporar as competências colaborativas de maneira mais intensa, com vistas ao êxito do cuidado no cenário covid-19.

O presente estudo mostra-se relevante por contribuir para compreensão e reflexão sobre a interprofissionalidade e práticas colaborativas no cenário de quatro Equipes de Saúde da Família no contexto da Covid-19 no município de Jequié/Ba, ampliando as possibilidades de construção do conhecimento do tema e da possibilidade de fortalecimento da temática para sua implementação na ESF.

Este estudo não pretende esgotar toda a complexidade de análise da estruturação da rede local e produção do cuidado e assistência ao paciente Covid-19 sob a ótica da interprofissionalidade. Destaca-se a potencialidade que reside no trabalho em equipe, na ação ordenada e coordenada pela APS e sua contribuição para a qualidade da atenção e produção de saúde, assim como da imprescindibilidade da comunicação para o êxito das ações de saúde, sinalizando-se amplo campo para a realização de outros estudos do cenário e tema aqui trabalhados.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga JPO, Meira AB, Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano FMP, Neto GC, et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7(10):5944-51.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] *Revista Eletrônica de Educação*. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em jul. 2020.
- BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 12, no. 2, p.181-187, 1998.
- BARR, H. Interprofessional education genesis global movement Disponível em <https://www.caipe.org/download/>. Acesso jul. 2020.
- Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS*. 2012; 2:25-8
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- CAIPE. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. United Kingdom, 2002.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278.
- CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competence Framework [Internet]. Vancouver: CIHC; 2010. Available from: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Acesso em mai. 2020.
- Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao. Acesso mai. 2020.
- COSTA, M. V. D. A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde. 2014. 142 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Natal, RN, 2014
- COSTA, M. V. D. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.
- COSTA, M. V.; FREIRE FILHO J. R.; SILVA, G.B.G, et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(supl2):1507-1510.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al . O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 12-14, Sept. 2018 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em ago. 2020.

FERLA, A. A.; PINTO, H. A. (Org.). *Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

GODOY, A. S. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995. Acesso em ago. 2020.

JEQUIÉ. Boletim Epidemiológico 11/07/2020. Jequié: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível em <https://www.facebook.com/pg/prefeiturajequeie/posts/> . Acesso em jul. 2020.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso em: jun. 2020.

M. Peduzzi M, Normam IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Cadernos CEFOR Série Textos, 1992.

OPAS. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34370>. Acesso em mai. 2020.

Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):199-201.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L, B. Processo de Trabalho em Saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde* 2 ed. 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>. Acesso em: mai. 2020. <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>

Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa na Atenção Básica à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1535-47.

Reeves S. *Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education*. Berlin: Verlag Dr. Müller; 2008.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 2004, 20(2). [Citado em: 2011 set 23] Disponível em: <http://www.scielo.org>.

Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *Rev Min Enferm.*, 2011,15(2):196-201.

Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva*, 2009,14(Sup1)1325-35.

VALASKI, S. A aprendizagem colaborativa com o uso de computadores: uma proposta para a prática pedagógica. Curitiba, 2003. 107 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

World Health Organization (WHO). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available at: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/index.html. Acesso em ago. 2020.

World Health Organization (WHO). *Officials Records of the World Health Organization*. New York: WHO; 1948.

Yan J, Gilbert JHV, Hoffman SJ. Grupo de Estudos da Organização Mundial da Saúde em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. *Journal of Interprofessional Care*, 2007, 21:588-589.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

Apêndice A – Matriz de Análise

| Objetivos | Categoriais iniciais | Conceito norteador | Categoria intermediária |
|---|---|---|--|
| Identificar as competências colaborativas presentes no Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) do município de Jequié/Ba e demais documentos municipais elaborados; | <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizagem Colaborativa - Colaboração no trabalho - Trabalho em equipe | <ul style="list-style-type: none"> - Método de instrução/aprendizagem no qual os trabalhadores/estudantes atuam juntos, em pequenos grupos, em torno de um objetivo comum. - Trabalho feito em comum com uma ou mais pessoas; tem como intuito aproximar os processos e as pessoas, estimulando a produtividade, integração, qualidade e o compartilhamento de novos conhecimentos. Baseada em quatro aspectos-chave – comunicação, coordenação, memória e percepção – que se integram e se relacionam. - Empreendimento de esforços conjuntos para atingir metas, alcançar os propósitos e trazer resultados positivos para determinado grupo de pessoas ou instituição. | <p>Práticas Interprofissionais Colaborativas na APS nos documentos oficiais de enfrentamento à COVID-19</p> |
| Identificar o percurso formativo dos profissionais das Equipes de Saúde da Família selecionadas | <ul style="list-style-type: none"> - Perfil profissional - Formação profissional - Sujeito crítico | <ul style="list-style-type: none"> É o resumo de suas qualificações, habilidades, competências e experiências anteriores. - Atividades que visam qualificar, desenvolver ou aperfeiçoar habilidades próprias de uma profissão. - Indivíduo multifacetado, com diferentes características e habilidades: autônomo, criativo, reflexivo; capaz de lidar com informações, tomar decisões e atuar na sociedade. | <p>Formação do sujeito crítico</p> |
| Verificar a incorporação das competências colaborativas presentes na produção do cuidado frente à pandemia da COVID-19. | <ul style="list-style-type: none"> - Interação - Qualificação da atenção | <ul style="list-style-type: none"> - Influência mútua de órgãos ou organismos inter-relacionados; ação mútua ou compartilhada entre dois ou mais corpos ou indivíduos. Comunicação entre pessoas que convivem; diálogo, trato, contato. - Melhoria da qualidade da atenção à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde, levando a uma maior resolutividade, satisfação do usuário. | <p>Atenção à Saúde e Práticas Colaborativas no contexto de pandemia COVID-19</p> |

Apêndice B – Ficha de identificação do sujeito da pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA**

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, ênfase em Trabalho e Educação na Saúde

Ficha de identificação do sujeito da pesquisa

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Formação: _____ Tempo de formação: _____

Área de especialização profissional: _____

Formação complementar: () Não () Sim

Qual? _____

Tempo de serviço saúde: _____ Tempo de atuação na APS: _____

USF de atuação: _____

Tipo de vínculo na USF: _____ Tempo de atuação na ESF: _____

Apêndice C – Roteiro semi-estruturado para entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de
Sistemas de Saúde, ênfase em Trabalho e Educação na Saúde

Roteiro semi-estruturado para entrevista

1. O que você entende por Educação Interprofissional? Como e quando você teve acesso a esse termo?
2. E sobre Prática Colaborativa? O que você sabe a respeito?
3. Como se dá o processo de comunicação em sua equipe de trabalho?
4. Você considera que o papel de cada profissional dentro da Equipe de Saúde da Família está bem delimitado? Por quê?
5. Fale sobre o funcionamento da equipe no contexto da COVID-19. Houve mudanças? Quais?
6. Como se dá as relações interpessoais entre os profissionais da equipe, e entre profissionais e usuários? Há presença de conflitos? Caso haja, como se dá o manejo destes?
7. Qual a sua visão acerca das ações propostas (facilidades e dificuldades)?

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de
Sistemas de Saúde, ênfase em Trabalho e Educação na Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

(nome do sujeito da pesquisa, nacionalidade, idade, estado civil, profissão, endereço, RG),

estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19: O CASO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ/BA**, cujos objetivos são: Identificar as competências colaborativas presentes no Plano de Contingência Municipal de Enfrentamento à Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) do município de Jequié/Ba e demais documentos municipais elaborados; Verificar a incorporação das competências colaborativas presentes na produção do cuidado frente à pandemia da COVID-19. O presente estudo justifica-se por sua relevância diante da temática apresentada, tendo em vista seu caráter exploratório para a identificação de elementos necessários à prática, os quais permitam encadeamento dos processos e que possam vir a ajudar futuramente os formuladores das políticas de saúde em nível local, a implementarem e/ou manterem o progresso na colaboração interprofissional, reconhecendo ainda que os sistemas de educação e de saúde devem refletir as necessidades e aspirações das comunidades locais.

A minha participação no referido estudo será no sentido de prestar informações acerca presença de elementos da educação interprofissional e práticas colaborativas nos instrumentos norteadores para o enfrentamento à COVID-19, bem como a incorporação das competências colaborativas na produção do cuidado frente à pandemia da COVID-19.

Fui alertado(a) de que, da pesquisa a se realizar, pode gerar alguns desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, onde seus resultados

positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização, havendo ainda potenciais benefícios.

Os riscos da participação na pesquisa foram minimizados ao buscar elaborar perguntas claras e objetivas, de forma a não trazer constrangimentos, além da manipulação dos dados ser realizada com extremo sigilo garantindo o anonimato, não sendo disponibilizado para outras pessoas. No caso de algum mal-estar por parte dos entrevistados a entrevista será interrompida imediatamente e prestado toda assistência necessário ao voluntário (a). Reforça-se que os dados obtidos serão manipulados apenas pela pesquisadora responsável pelo estudo, não sendo identificados os informantes.

Os benefícios a participação na pesquisa irá contribuir para compreensão e reflexão sobre a interprofissionalidade e práticas colaborativas no cenário da ESF no contexto da COVID-19 no município de Jequié/Ba, ampliando as possibilidades de construção do conhecimento do tema e da possibilidade de fortalecimento da temática para a sua implementação na ESF. O debate cotidiano dos processos de trabalho na ESF além de oportunizar a mudança das práticas, pode contribuir para provocar a gestão municipal, os trabalhadores e o Conselho Municipal de Saúde sobre a necessidade de formulação e implementação da Educação e Prática Interprofissional.

Na condição de participante da pesquisa, receberei 01 (uma) via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A outra via ficará sob posse da pesquisadora, que se comprometerá a guardá-lo em arquivo com identificação.

Assim, autorizo o uso das informações para fins de construção da dissertação do mestrado, publicação de artigos científicos, divulgação e apresentação em eventos, assim como disponibilização ao ISC/UFBA e SMS.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é Juliane Caires dos Santos Macêdo, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, e com ela poderei manter contato pelos telefones (73) 98870 1933 / 99180 2617.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.

Por fim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP UFBA (71) 3283 7410 / 7416 / 3245 0311 ou mandar um email para somamu@ufba.com.br.

Jequié, _____ de _____ de 2020.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Juliane Caires dos Santos Macêdo

Pesquisadora responsável

Anexo 2 – Termo de Anuência

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gabinete do Secretário

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Caroline Borges Duque, ocupante do cargo de Secretária Municipal de Saúde de Jequié/Ba, AUTORIZO a coleta de dados do projeto EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19: O CASO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ/BA, da pesquisadora Juliane Caires dos Santos Macêdo após a aprovação do referido projeto pelo CEP-SERES HUMANOS - ISC - UFBA.

Estou ciente de que haverá parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa (conforme CARTA Nº 0212 CONEP/CNS), e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Jequié, 25 de setembro de 2020.

ASSINATURA: _____

CARIMBO: