

Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na Pandemia da COVID-19

Barriers and facilitating factors of multiprofessional health work in the COVID-19 Pandemic

DOI:10.34117/bjdv7n4-044

Recebimento dos originais: 07/03/2021

Aceitação para publicação: 03/04/2021

Brenda Alexia de Lima Theodosio

Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do
Adulto e do Idoso - PRMSAI
Instituição: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de
Alagoas, Maceió, Brasil
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Bairro: Cidade Universitária-Maceió – AL,
CEP: 57072-900.
E-mail: brendaa.limat@gmail.com

Lucilene Francisca Ribeiro

Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do
Adulto e do Idoso - PRMSAI
Instituição: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de
Alagoas, Maceió, Brasil
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Bairro: Cidade Universitária-Maceió – AL,
CEP: 57072-900
E-mail: lene18ribeiro@hotmail.com

Maria Izabel Siqueira de Andrade

Doutora em Nutrição e Professora da Faculdade de Nutrição-FANUT/UFAL
Instituição: Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil
Endereço: Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins,
Maceió - AL, 57072-970
E-mail: andrademizabel@gmail.com

Janatar Stella Vasconcelos de Melo Me Mpomo

Mestre em Nutrição
Instituição: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de
Alagoas, Maceió, Brasil
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Bairro: Cidade Universitária-Maceió – AL,
CEP: 57072-900
E-mail: janatarstella@hotmail.com

RESUMO

Introdução: No Brasil, o sistema público de saúde vem suprindo, prioritariamente, a grande demanda gerada pela COVID-19. Em virtude disso, os profissionais residentes encontram-se ainda mais inseridos no contexto da pandemia, onde a abordagem de uma equipe multiprofissional na assistência à saúde se faz ainda mais necessária. Objetivo:

Identificar as barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional dos residentes em saúde durante a pandemia de COVID-19. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado de forma *on-line*, com os residentes que atuaram em um hospital universitário no Nordeste Brasileiro, referência no atendimento aos pacientes com a COVID-19, no período de agosto a novembro de 2020. Foram coletados dados demográficos e utilizou-se um questionário contendo 26 afirmações sobre o trabalho em equipe durante a pandemia. Resultados: Evidenciou-se que existem várias barreiras que podem interferir negativamente no trabalho multiprofissional durante a pandemia de COVID-19, como: Não existir reuniões periódicas e falta de feedback para a equipe, fragilidades no processo de negociação; sobreposição de tarefas e sobrecarga de trabalho; divisão hierárquica da equipe; responsabilização individual de erros; alta hospitalar decidida individualmente; não compreensão da proposta do trabalho em equipe e nível reduzido de satisfação, confiança, entusiasmo, energia e compromisso pessoal. Em relação aos facilitadores, destaca-se o fato de haver um intercâmbio de informações e conhecimentos entre a equipe. Conclusão: Foram identificados barreiras e facilitadores que interferem diretamente na qualidade do trabalho do residente em saúde. Faz-se necessário mais estudos para investigar se tais condições são frequentes no ambiente de trabalho de residentes em saúde, e se existe a possibilidade de uma potencialização em virtude da situação causada pela pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19, Equipe Multiprofissional, Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the public health system has been dealing with the extensive demand generated by COVID-19. As a result, resident professionals have increased their participation in the context of the pandemic, where the approach of a multidisciplinary team in health care is necessary. **Objective:** To identify the barriers and facilitating factors of the multidisciplinary work of health residents during the COVID-19 pandemic. **Methods:** This is a descriptive and cross-sectional study, carried out with residents who worked at a university hospital in Northeast Brazil, a reference in the care of patients with COVID-19, in the period of August to November 2020. Demographic data were collected and a questionnaire containing 26 statements about teamwork during the pandemic was employed using a on-line platform. **Results:** We identified several barriers that can negatively interfere in multiprofessional work during the COVID-19 pandemic, such as: No periodic meetings and lack of feedback to the team, weaknesses in the negotiation process; overlapping tasks and work overload; hierarchical division of the team; individual accountability for errors; individual decision of hospital discharge; lack of understanding of the teamwork proposal and reduced level of satisfaction, confidence, enthusiasm, energy and personal commitment. Regarding the facilitating factors, the exchange of information and knowledge between the team stands out. **Conclusion:** The present study identified barriers and facilitators that can directly interfere in the quality of health resident's work. Further studies are needed to investigate whether such conditions are frequent in the work environment of health residents, and whether the pandemic of COVID-19 can enhance this outcome.

Keywords: COVID-19, Multiprofessional Team, Health professionals.

1 INTRODUÇÃO

Os processos de trabalho não ocorrem isoladamente, mas sim numa rede de processos que se alimentam reciprocamente, tal como ocorre no campo da saúde, onde distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência (PEDUZZI, 1998).

Neste contexto, na luta contra uma formação acadêmica fragmentada e inadequada dos profissionais, embasada somente na origem biológica das doenças, inserem-se as Residências em Saúde (RS), uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço, cuja formação em saúde possui como princípios centrais a integralidade e a interdisciplinaridade (SILVA, 2018). Pretende-se com ela qualificar os profissionais a compreenderem a multiplicidade das causas dos processos de adoecimento, individuais e coletivos, contextualizando o indivíduo em seu meio ambiente. É um programa de cooperação intersetorial, favorecendo a inserção qualificada dos jovens profissionais no mercado de trabalho (SILVA *et al.*, 2015).

Uma vez inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), as RS assumiram um papel importante de enfrentamento junto aos outros profissionais contra um vírus respiratório emergente, chamado de SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome corona virus 2*), causador da COVID-19 (MACHADO; STELLFELD, 2020). O vírus surgiu em Wuhan, na China, em novembro de 2019, e no prazo de dois meses foram confirmados milhares de casos e inúmeros óbitos. Em março de 2020, a OMS declarou o surto da doença como pandêmico, dada a rápida disseminação a nível global, severidade e dificuldades para contenção, que se mantém mesmo depois de medidas governamentais de controle e isolamento social (HUANG *et al.*, 2020).

No Brasil, o sistema público de saúde vem suprindo, em prioridade, a grande demanda gerada pela COVID-19 (CABRAL, 2020). Neste sentido, os profissionais residentes encontram-se ainda mais inseridos no contexto da pandemia, considerando a característica intrínseca de seu processo formativo (MACHADO; STELLFELD, 2020). Em cenários como esse, a abordagem de uma equipe multiprofissional na assistência à saúde se faz ainda mais necessária, uma vez que um cuidado integral proporciona ao paciente e familiares uma visão mais ampla do problema, possibilitando ao usuário do serviço uma assistência diferenciada, a qual viabiliza o cuidado de forma ampla e coletiva, proporcionada através de múltiplos olhares holísticos sobre o processo de adoecimento individual, ampliando as possibilidades de considerar fatores que

afetam negativamente a qualidade de vida do sujeito em decorrência da infecção por SARS-CoV-2 (REBOUÇAS *et al.*, 2020).

Sendo assim, o estudo em questão objetivou identificar as barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional dos residentes em saúde durante a pandemia de COVID-19, com a finalidade de compreender as relações de trabalho que se estabelecem nesse ambiente, bem como possibilitar a criação de estratégias que possam melhorar tal contexto, reduzindo assim as fragilidades do serviço, favorecendo os pacientes, os profissionais, o hospital e o SUS.

2 MÉTODOS

Desenho do estudo e Casuística

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado de forma *on-line*, com os residentes dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI) e Residência Médica (RM), que atuaram em um hospital universitário no Nordeste brasileiro referência no atendimento aos pacientes com a COVID-19. A coleta foi conduzida no período de agosto a novembro de 2020.

Foi adotada a amostragem por conveniência, onde foram incluídos na pesquisa os residentes do PRMSAI e RM, de ambos os sexos. Foram excluídos os residentes cujos questionários foram respondidos de forma incompleta, que se encontravam afastados do programa de Residência por licença ou férias, bem como aqueles que desenvolveram esta pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos sob o nº 3.606.127 (CAAE: 32876620.1.0000.5013). Todos os participantes foram informados e assinaram, por meio eletrônico (e-mail ou rede social - WhatsApp), o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) após a confirmação da participação voluntária no estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através do preenchimento de formulário estruturado e viabilizado por meio do aplicativo *Google Forms*. O endereço do e-mail e número telefônico dos participantes da pesquisa foram colhidos junto à Coordenação da Residência Médica (COREME) e a Coordenação da Residência Multiprofissional (COREMU).

Variáveis de caracterização

Foram coletados dados demográficos e profissionais, para fins de caracterização da amostra, como: idade, gênero, área de especialização, período de atuação na residência, setor de trabalho/rodízio atual.

Questionário de Trabalho em Equipe

Para obtenção de informações quanto aos fatores que atuam como barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional durante a pandemia de COVID-19, utilizou-se uma adaptação para o cenário pandêmico, do questionário proposto por Pinho (2006). O mesmo contém 26 afirmações sobre o trabalho em equipe, divididas em seis sub dimensões que abordam: o processo de comunicação; a disposição para negociação, a complementaridade e coerência das tarefas e papéis, a responsabilidade e autonomia no processo decisório, a cooperação e predisposição para o fazer coletivo e o nível de satisfação e confiança. Os itens possuem o formato de Escala Likert com uma graduação de 5 níveis: “concordo plenamente”, “concordo”, “em dúvida”, “discordo” e “discordo plenamente”.

Análise estatística

Os dados obtidos foram digitados em planilha do Excel® e analisados com auxílio do programa estatístico SPSS, versão 13.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de Kolmogorov Smirnov. As variáveis com distribuição não-normal foram descritas sob a forma de mediana e seus respectivos intervalos interquartílicos.

Na descrição das proporções, procedeu-se uma aproximação da distribuição binomial à distribuição normal pelos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi composta por 50 residentes, com mediana de idade de 27 anos (IQ: 25-30 anos), sendo 80% (n=40; IC_{95%}: 66,2-89,9) do sexo feminino. Resultados semelhantes são descritos na literatura, com um percentual de residentes do sexo feminino variando de 78,26% a 92% (ROTTA *et al.*, 2016; CAVALCANTI *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2018; FELTRIN *et al.*, 2019). Essa condição está ligada ao processo histórico e cultural da prática do cuidado realizado pelas mulheres, como sendo uma característica e qualidade feminina o cuidar da casa, da família e dos doentes, associada à intensificação da participação delas nas atividades econômicas nas últimas décadas, principalmente nos

serviços de saúde, onde é expressivo a presença da mão de obra feminina (MACÊDO *et al.*, 2018; ROCHA; CASAROTTO; SCHMITT, 2018; SILVA *et al.*, 2019).

Os residentes do PRMSAI corresponderam à 70% (n= 35; IC_{95%}: 55,3-82,1) da amostra, dentre os quais 51,4% (n= 18; IC_{95%}: 22,9-50,8) encontravam-se no primeiro ano da residência e 48,6% (n= 17; IC_{95%}: 21,2-48,7) no segundo ano. Os mesmos atuavam em diferentes cenários de práticas, como clínica médica (31,4%; n= 11; IC_{95%}:11,5-35,9), clínica cirúrgica (20%; n=7; IC_{95%}: 5,8-26,7), enfermaria COVID-19 (14,3% n=5; IC_{95%}: 3,3-21,8), núcleo hospitalar de epidemiologia (NHE) (14,3% n=5; IC_{95%}: 3,3-21,8) e centro de alta complexidade em oncologia (CACON) (11,4%; n=4; IC_{95%}: 2,2-19,2).

Dos residentes médicos, 60% (n=9; IC_{95%}: 8,5-31,4) encontravam-se no segundo ano de especialização. As principais áreas de especialização dos mesmos foram, clínica médica (53,3%; n=8; IC_{95%}: 7,1-29,1); cirurgia geral (26,7%; n=4; IC_{95%}: 2,2-19,2); pediatria (6,7%; n=1; IC_{95%}: 0,1-10,6), psiquiatria (6,7%; n=1; IC_{95%}: 0,1-10,6) e reumatologia (6,7%; n=1; IC_{95%}: 0,1-10,6). Os demais dados que caracterizam a amostra estão descritos na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra dos residentes do Programa de Residência Médica (RM) e Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI) de um hospital universitário no Nordeste Brasileiro, 2020.

Variável		(n=50)	%	IC _{95%}
Gênero	Feminino	40	80,0	66,2-89,9
	Masculino	10	20,0	10,0-33,7
Residentes	Multiprofissionais	35	70,0	55,3-82,1
	Médicos	15	30,0	17,8-44,6
Área de Especialização Médica	Clínica Médica	8	53,3	7,1-29,1
	Cirurgia geral	4	26,7	2,2-19,2
	Psiquiatria	1	6,7	0,1-10,6
	Pediatria	1	6,7	0,1-10,6
	Reumatologia	1	6,7	0,1-10,6

Tabela 1 (Continuação)

Variável		(n=50)	%	IC _{95%}
Período da Residência Médica	1º ano	5	33,3	3,3-21,8
	2º ano	9	60,0	8,5-31,4
	3º ano	1	6,7	0,1-10,6
Setor de trabalho – Residência Médica	Clínica Médica	5	33,3	3,3-21,8
	Ambulatório	5	33,3	3,3-21,8
	Centro Cirúrgico	3	20,0	1,2-16,5
	UTI Geral	1	6,7	0,1-10,6
	Clínica Cirúrgica	1	6,7	0,1-10,6
Setor de trabalho – Residência Multiprofissional	Clínica Médica	11	31,4	11,5-35,9
	Clínica Cirúrgica	7	20,0	5,8-26,7
	Enfermaria COVID-19	5	14,3	3,3-21,8
Setor de trabalho – Residência Multiprofissional	NHE	5	14,3	3,3-21,8
	CACON	4	11,4	2,2-19,2
	Clínica Oncológica	3	8,6	1,2-16,5
	Enfermeiro(a)	8	22,9	7,1-29,1
	Psicólogo(a)	8	22,9	7,1-29,1

Profissão	- Farmacêutico(a)	7	20,0	5,8-26,7
Residência	Nutricionista	6	17,1	4,5-24,3
Multiprofissional	Assistente Social	6	17,1	4,5-24,3
Período	da 1º ano	18	51,4	22,9-50,8
Residência	2º ano	17	48,6	21,2-48,7
Multiprofissional				

IC_{95%} Intervalo de Confiança; **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva; **CACON:** Centro de Alta Complexidade em Oncologia; **NHE:** Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

Na dimensão 1 (Figura 1A), que possui afirmações que perpassam sobre o processo de comunicação, nota-se algumas sentenças que obtiveram porcentagens mais expressivas, como na primeira afirmativa (“*Durante a pandemia de COVID-19, existem reuniões periódicas*”), onde 54% dos participantes discordam/discordam totalmente. Em contrapartida, 52% (n=26; IC_{95%}: 37,4-66,3) dos participantes concordaram que existia um intercâmbio de informações entre os membros da equipe entre uma reunião e outra. Ainda nessa perspectiva, 64% concordam/concordam totalmente que os membros da equipe compartilhavam informações e conhecimentos durante a pandemia. Por último afirma-se que nesse período pandêmico a equipe teve constante feedback sobre o seu desempenho, onde 44% (n=22; IC_{95%}: 29,9-58,7) discordou e 12% discordaram totalmente (n=6; IC_{95%}: 4,5-24,3). Sendo assim, é possível notar que não há uma homogeneidade nessa dimensão, existindo características positivas, como o fato de haver um intercâmbio de informações e conhecimentos entre a equipe, e, pontos negativos, como não existir reuniões periódicas e falta de feedback para a equipe, comprometendo o processo de comunicação.

Uma comunicação eficaz está incluída dentro dos fatores modificadores das práticas em saúde de equipes multiprofissionais, sendo descrita como o núcleo dos processos por meio dos quais a colaboração ocorre entre os profissionais de saúde dentro de uma organização (KARAM *et al.*, 2018). Ela pode ocorrer de maneira formal (reuniões de equipe, rodadas, gráficos) e informal (bate-papos no corredor e trocas de e-mail), cabendo à organização facilitar e formalizá-la por meio de ferramentas como protocolos e acordos (CROKER *et al.*, 2012; HEPP *et al.*, 2014, REEVES *et al.*, 2014). Falhas nesse processo, podem reduzir a efetividade de resultados, como visto nos Estados Unidos, onde foi feita uma revisão de 23 mil alegações de negligência destacando a má comunicação como um dos principais componentes responsáveis pelo funcionamento deficiente da equipe de saúde, resultando em custo de US\$ 1,7 bilhão e perda de cerca de 2 mil vidas (KILPATRICK *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o desalinhamento na comunicação entre profissionais, pode trazer desfechos altamente negativos diante da pandemia de COVID-19, onde há uma superlotação, prolongamento da permanência em unidades devido à falta de leitos de retaguarda e tempo prolongado de atendimento. Essas situações associadas à uma comunicação ineficaz, podem comprometer a qualidade assistencial, aumentando os custos do sistema de saúde, morbidade e mortalidade, dificultando o clima e a interação na equipe e trazendo comprometimento da linha de cuidado e da gestão do trabalho (BATISTA; PEDUZZI, 2019; BELARMINO *et al.*, 2020)

Sendo assim, o processo de comunicação é uma habilidade crucial para a melhoria e efetividade do cuidado e tem o papel de tornar possível a negociação e o desenvolvimento de papéis em cooperação com outros, bem como o esclarecimento de papéis e a extensão dos limites disciplinares, promovendo relacionamentos entre os indivíduos da equipe (BATISTA; PEDUZZI, 2019; CROKER *et al.*, 2012; DUGAN, 2012).

A dimensão 2 (Figura 1B), aborda a disposição para negociação, onde na segunda afirmação (*“Durante a pandemia de COVID-19, há um ambiente de tensão e desconfiança quando surge um conflito”*) observou-se que 56% dos residentes concordam/concordam totalmente com esta afirmativa. Já para a terceira afirmação (*“Durante a pandemia de COVID-19, há resistência por parte de alguns membros da equipe para entrar em um processo de negociação”*), 64% concordam/concordam totalmente. Então, pode-se perceber que a segunda dimensão traz alguns pontos que podem dificultar a atuação dos profissionais, demonstrando uma fragilidade no processo de negociação, sendo esse um pilar fundamental para uma interação eficiente entre a equipe.

A terceira dimensão (Figura 1C), trata da complementaridade e coerência das tarefas e papéis. Na afirmativa 1 (*“Durante a pandemia de COVID-19, há sobreposição de tarefas”*), 76% concordam/ concordam totalmente com essa afirmação. Na segunda afirmativa (*“Durante a pandemia de COVID-19, existe sobrecarga de trabalho para alguns profissionais”*), 96% disseram concordar/concordar totalmente com a sentença. Em relação a divisão hierárquica na equipe, 68% concordam/concordam totalmente com a afirmação.

Baseando-se nessa dimensão, é possível inferir que está havendo uma sobreposição de tarefas e sobrecarga de trabalho que podem interferir diretamente no cuidado ao usuário, em virtude do cansaço físico e mental desses profissionais. Já se sabe

que os residentes vêm ocupando um papel de extrema importância no atual contexto, atuando na linha de frente no combate à COVID-19. Há relato na literatura do desenvolvimento da chamada “síndrome do estresse do residente”, ocasionada pela sobrecarga de trabalho e a excessiva responsabilidade profissional e ao ambiente laboral. Sendo assim, é possível visualizar que os riscos e as responsabilidades dos residentes ultrapassam àqueles esperados para estudantes, ou seja, são de fato atribuições próprias dos profissionais já especialistas (MACHADO; STELLFELD, 2020). Essa sobrecarga trabalhista associada a vida acadêmica, juntamente com outros fatores, podem levar o residente ao adoecimento (CAVALCANTI *et al.*, 2018). A saúde dos profissionais torna-se mais vulnerável, podendo desta forma potencializar o desenvolvimento da depressão, caracterizada pela persistência da tristeza, perda de interesse ou de prazer, que pode ser acompanhada de diversos sintomas, por exemplo: baixa autoestima, cansaço, estresse, ansiedade, diminuição da concentração e dificuldade de tomar decisões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O impacto na saúde do residente é extremamente relevante e preocupante, pois quando o profissional não pode afastar-se da atividade laboral, observa-se alguns impactos em sua produtividade. A diminuição do rendimento, pode vir a acontecer, e é caracterizada como presenteísmo, quando o indivíduo comparece no ambiente laboral, porém sem condições de saúde físicas ou emocionais, levando a consequências negativas, diminuindo a produtividade no trabalho e aumentando o número de acidentes ou implicações na saúde do mesmo (BRBOROVIĆ *et al.*, 2017; HOMRICH *et al.*, 2020).

Por isso, é essencial intervir com estratégias de prevenção e promoção da saúde dos residentes, considerando buscar melhores condições trabalhistas, reconhecendo a vida de quem cuida dos outros como essencial e valiosa, com suas particularidades e valores distintos, gerando assim, um ambiente de trabalho frutuoso e harmonioso (NAKAMURA *et al.*, 2020).

Ainda sobre a dimensão 3, observa-se uma divisão hierárquica da equipe, demonstrando uma prevalência de um modelo fragmentado de organização do trabalho, sendo uma das razões que dificultam a realização de um trabalho multiprofissional em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem. Considerando-se a realidade e as especificidades do trabalho em saúde, que é desenvolvido por seres humanos para outros seres humanos, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão, é que se tem defendido que o trabalho em saúde deve envolver práticas que se identificam com o

que tem sido classificado como multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde na realidade atual (MORIM, 2000; PIRES, 1999).

Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar pressupõe novas formas de relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito às relações que os/as trabalhadores/as estabelecem entre si e com os usuários do serviço. As novas formas de organização do trabalho, colocam a sustentação das relações com base na comunicação autêntica, no respeito ao outro e ao seu conhecimento, no acolhimento das diferenças, na articulação dos saberes e fazeres, na horizontalização das relações e na participação na tomada de decisões com base na construção de espaços para a elaboração e expressão de subjetividades (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

A dimensão 4 (Figura 2A) tem como foco a responsabilidade e autonomia no processo decisório. Na afirmativa 1 (“*Durante a pandemia de COVID-19, em caso de erro em algum procedimento, os membros da equipe são responsabilizados de forma coletiva*”), 64% discordou/ discordou totalmente da afirmativa. A última afirmativa desta dimensão diz: “*Durante a pandemia de COVID-19, a proposição de alta hospitalar é feita de forma coletiva*”, observa-se que 36% (n=18; IC_{95%}: 22,9-50,8) discordou totalmente e 34% (n=17; IC_{95%}: 21,2-48,7) discordou.

Sendo assim, evidenciou-se na dimensão 4, que os erros cometidos por residentes ao se realizar algum procedimento, geralmente não são tratados como sendo de responsabilidade coletiva, indo de encontro às recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013), que orienta o desenvolvimento de um novo olhar sobre os eventos adversos, assegurando a imparcialidade e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos profissionais que cometem algum evento adverso não intencional (BRASIL, 2013a; BRASIL 2013b). Com isso, busca-se tentar modificar a representação social de que os profissionais de saúde não erram (SAMMER *et al.*, 2010).

Corroborando com esses achados, em um estudo sobre erros realizado por de Souza *et al.* (2019), com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, observou-se que alguns profissionais enxergam a punição individual como uma ação incorreta, no entanto, alguns participantes relataram que já se sentiram punidos ao cometerem um erro, o que pode despertar sentimentos negativos no profissional (tensão, medo, raiva e vergonha) e comprometer a cultura de segurança. Além disso, os profissionais

informaram que mesmo após a ocorrência de uma mudança positiva diante da ocorrência de um erro, a transformação no processo de trabalho acontece de forma lenta e, em determinados casos, a mesma não se apresenta de forma duradoura, o que demanda um maior investimento na promoção da cultura de segurança nas unidades pesquisadas.

Percebe-se então, que ainda existe nos estabelecimentos de saúde uma cultura predominante de que a ocorrência de um erro é de total responsabilidade do profissional que o cometeu, dificultando a promoção de uma cultura de segurança adequada dentro das instituições. Logo, é necessário a realização de um acompanhamento sistemático da cultura de segurança, para auxiliar no reconhecimento das fragilidades do sistema, o que se constitui uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde, além de incentivar os profissionais a adotarem um comportamento ético e de aprendizagem contínua (SAMMER *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2019).

Ainda sobre essa dimensão, outra barreira é encontrada, uma vez que a alta hospitalar em sua grande maioria, é decidida de maneira individual. A saída do hospital assemelha-se a um “desligamento” da rede e não um caminhar por ela. A alta hospitalar é um momento de mudanças no cotidiano dos usuários, no qual há acréscimo de medicamentos e cuidados no domicílio. Essas mudanças, por vezes, não são abordadas de modo eficaz durante a internação hospitalar, proporcionando fragmentação dos cuidados pós-alta (MEYERS *et al.*, 2014). É momento que requer planejamento, preparação e educação em saúde do usuário e da família, principalmente de pessoas com doenças crônicas, que têm necessidades de saúde persistentes e contínuas (COLEMAN; BOLT, 2003). A Portaria 2.809/2012 do Ministério da Saúde ao estabelecer a organização das unidades de cuidados prolongados dispõe como diretriz a alta responsável e a corresponsabilização da família no cuidado, incitando assim, as unidades hospitalares a novas práticas e concepções no processo de alta (BRASIL, 2012).

Alta Hospitalar Responsável (AHR) consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar) para outra (s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado. A equipe multiprofissional tem a potencialidade de fornecer subsídios para que os usuários retornem para o domicílio adequadamente preparados e garantir apoio adequado, contribuindo para melhor articulação e comunicação entre os pontos da rede, visando proporcionar integralidade do cuidado (DUSEK *et al.*, 2015).

A quinta dimensão (Figura 2B) refere-se à cooperação e predisposição para o fazer coletivo. O resultado mais relevante foi obtido a partir da primeira afirmação, que

diz “Durante a pandemia de COVID-19, a proposta do trabalho em equipe é compreendida e aceita por todos”, 52% discordou/discordou totalmente. As demais, não trouxeram percentuais conclusivos. Portanto, pode-se inferir a partir dessa dimensão que a proposta de trabalho em equipe ainda não é bem compreendida por todos, podendo ser uma dificuldade para o fazer coletivo e conseqüentemente para o funcionamento do serviço.

O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe proporciona a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo. No entanto, é árduo o caminho para a construção do trabalho cooperativo, que pressupõe solidariedade e confiança. Nesta perspectiva, cabe ao profissional inserido nessa lógica refazer a visão do seu processo de trabalho e considerar que a equipe é o pilar para o "fazer" integrado e que as buscas pelas possibilidades auxiliam a alçar o desenvolvimento do seu fazer (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

A última dimensão (Figura 2C), trata do nível de satisfação e confiança, onde a primeira afirmativa diz que “Durante a pandemia de COVID-19, há um alto nível de entusiasmo, energia e compromisso pessoal”. Das respostas, 66% dos participantes discorda/ discorda totalmente. Na segunda afirmativa (“Durante a pandemia de COVID-19, prevalecem expressões de satisfação no ambiente de trabalho”), 64% discordou/discordou totalmente. Esses resultados indicam um nível reduzido de satisfação, confiança, entusiasmo, energia e compromisso pessoal no ambiente de trabalho, durante a pandemia de COVID-19.

Estudos recentes mostram que entre os profissionais expostos diretamente aos riscos de contaminação, especialmente aqueles que atuam em hospitais e postos de saúde, há registros de exaustão, redução da empatia, ansiedade, irritabilidade, insônia e decaimento de funções cognitivas e do desempenho (THE LANCET, 2020). As justificativas para esses impactos na saúde mental dos profissionais de saúde que lidam diretamente com as pessoas infectadas pela doença, estão ligadas ao temor pela exposição ao contágio, a situação de isolamento e confinamento e as medidas de quarentena implementadas (REMUZZI & REMUZZI, 2020). Além disso, as condições laborais desses profissionais, por vezes, possuem papel importante na pressão psicológica e sintomas psicossomáticos, destacando-se: sobrecarga de trabalho; equipamentos e suporte organizacional escassos; política frágil de cargos e salários; inexistência de piso

salarial da categoria; elevada carga horária; baixa remuneração; responsabilidade elevada; lida cotidiana com a dor, sofrimento, morte. Há um agravante neste panorama, quando tais condições são compreendidas como inerentes à profissão ou ao contexto empobrecido do trabalho, trazendo o efeito de uma naturalização ou banalização do cenário (SOUZA; BERNANDO, 2019).

Neste sentido, ressalta-se a necessidade de refletir sobre os elementos sociopolíticos, condições laborais e questões inerentes ao momento histórico-sanitário da pandemia que estão presentes no contexto vivenciado por esses atores. Além disso, debates devem ser iniciados para o enfrentamento dessa problemática, sendo necessária colaboração de todos os envolvidos nesse contexto. Em relação aos trabalhadores, é necessário ampliar seu engajamento nas respectivas entidades de classe e controle social para fortalecer a participação política e aumentar os direitos e as condições de trabalho. Esse posicionamento baseia-se na perspectiva de que o trabalho pode ser um gerador de saúde, à medida em que pode prover ao funcionário satisfação e bem-estar pelo que faz, além de reconhecer o sofrimento e o desgaste mental que o mesmo trabalho propicia. Em relação aos gestores e empregadores, é urgente a atenção mais qualificada na direção de formulação e execução de políticas públicas. Neste sentido, sugere-se o mapeamento do perfil epidemiológico dos profissionais em sofrimento psíquico e com diagnósticos de transtornos mentais, como estratégia de cuidado em saúde mental dos trabalhadores. Assim, essa estratégia direcionaria recursos de promoção de saúde mental e o bem-estar dos profissionais de saúde que dispõem sua força de trabalho em prol do cuidado das pessoas, muitas vezes para além de suas possibilidades (ESPERIDIAO; SAIDEL; RODRIGUES, 2020).

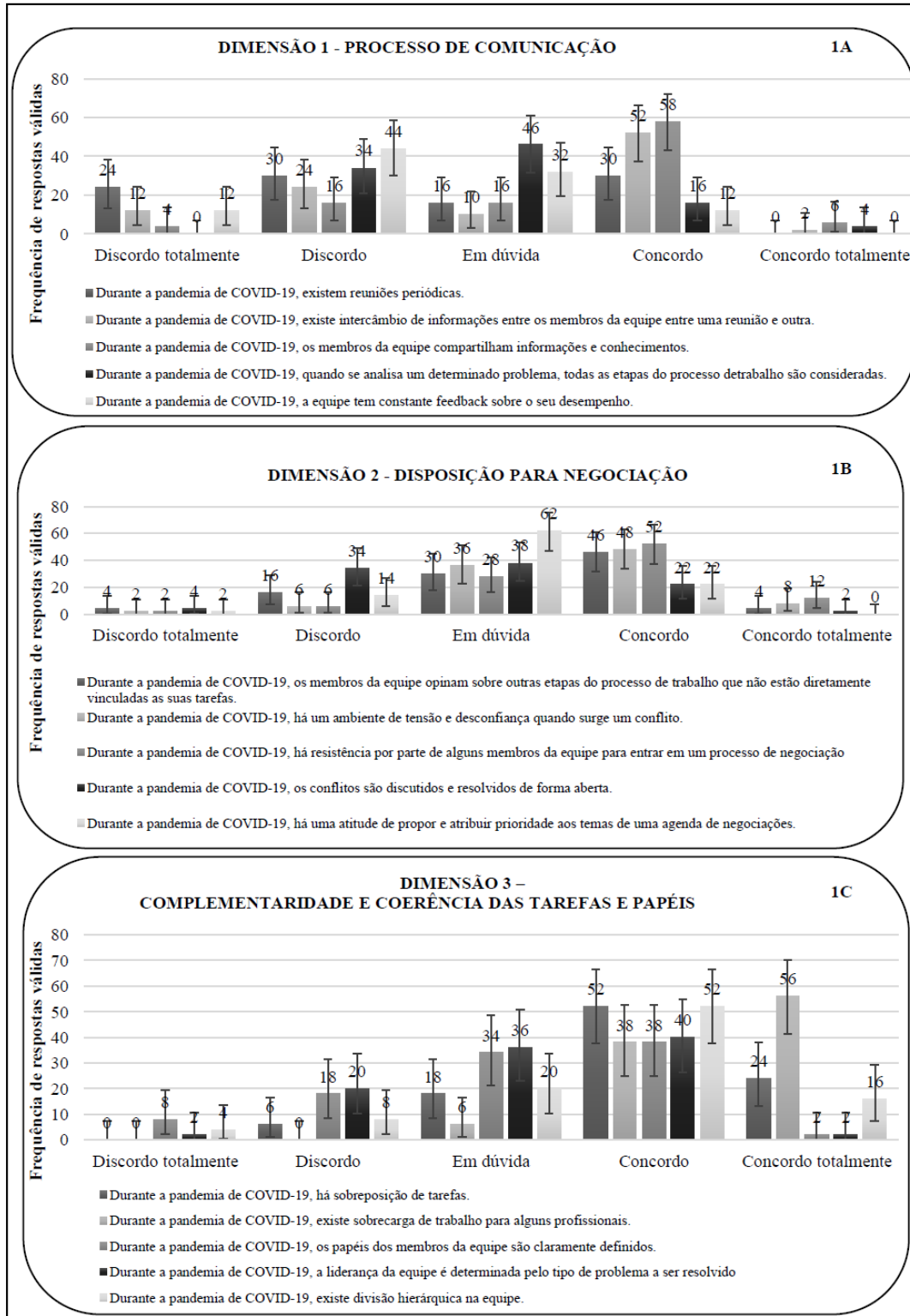


Figura 1. Processo de comunicação, disposição para negociação e complementaridade e coerência das tarefas e papéis, durante a pandemia da COVID-19, entre os residentes do Programa de Residência Médica (RM) e Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI) de um hospital universitário no Nordeste Brasileiro, 2020.

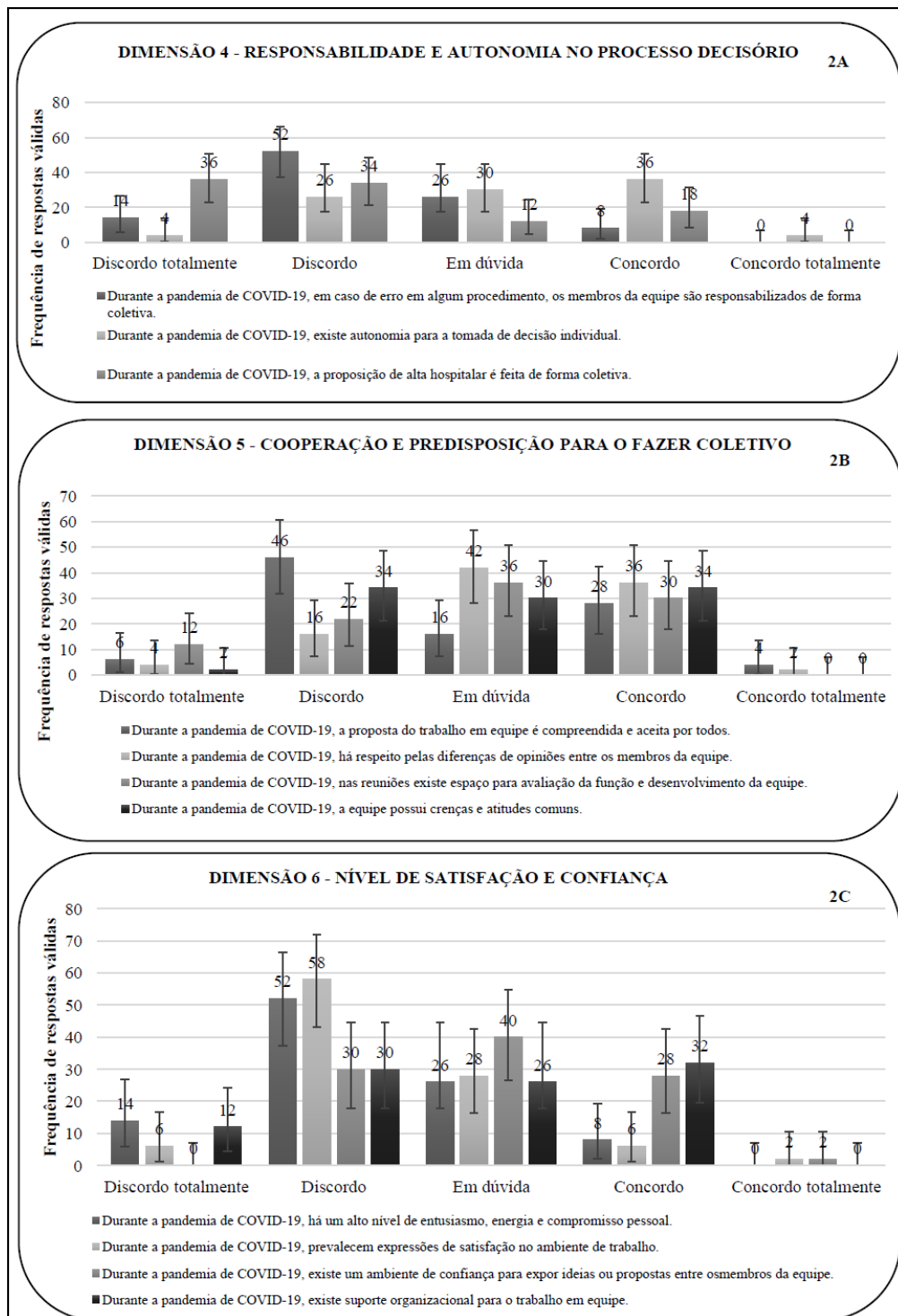


Figura 2. Dimensões sobre a responsabilidade e autonomia no processo decisório, cooperação e predisposição para o fazer coletivo, nível de satisfação e confiança, durante a pandemia da COVID-19, entre os residentes do Programa de Residência Médica (RM) e Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI) de um hospital universitário no Nordeste Brasileiro, 2020.

Fonte: Autoria própria.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da pesquisa, evidenciou-se que o objetivo do trabalho foi alcançado, por meio da identificação de várias barreiras que podem interferir negativamente no trabalho multiprofissional durante a pandemia de COVID-19, como: Não existir reuniões periódicas e falta de feedback para a equipe, fragilidades no processo de negociação; sobreposição de tarefas e sobrecarga de trabalho; divisão hierárquica da equipe; responsabilização individual de erros; alta hospitalar feita de forma individual; não compreensão da proposta do trabalho em equipe e nível reduzido de satisfação, confiança, entusiasmo, energia, compromisso pessoal. Em relação aos facilitadores, destaca-se o fato de haver um intercâmbio de informações e conhecimentos entre a equipe, favorecendo o processo de comunicação. Faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos para investigar se tais condições são frequentes no ambiente de trabalho de residentes em saúde, e se existe a possibilidade de uma potencialização em virtude da situação causada pela pandemia de COVID-19. Além disso, os resultados atuais sugerem que a gestão da unidade de saúde tem um papel fundamental no funcionamento do serviço, e conseqüentemente, sobre a saúde de seus trabalhadores, devendo esta criar protocolos, regras e serviços que reduzam as fragilidades do sistema e favoreçam a multiprofissionalidade no cenário de saúde atual.

Considerou-se como limitação deste estudo a ausência de ferramentas validadas para a investigação do trabalho multiprofissional durante o cenário imposto pela pandemia da COVID-19. Tendo isto em vista, e visando o controle e a padronização dos resultados, deu-se preferência pela aplicação do questionário previamente proposto por Pinho (2006) para profissionais da saúde, o qual foi adaptado considerando as modificações na rotina de trabalho secundárias à COVID-19. Além disso, outro fator limitante foi o número reduzido de participantes, e a não verificação desses aspectos nos profissionais durante o ingresso no programa de residência, limitando assim, a realização da comparação de como estavam no início e após um período de atuação.

REFERÊNCIAS

BATISTA, R. E. A.; PEDUZZI, M. Interprofessional Practice in the Emergency Service: specific and shared assignments of nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.1, p.213-20, 2019.

BELARMINO, A. C. et al. Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n.2, p. e20200470, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília; 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de Dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2012.

BRBOROVIĆ, H. et al. Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review. **International Journal of Nursing Practice**, v. 23, n. 6, p. e12598, 2017.

CABRAL, E. R. M. et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID - 19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v.3, p.1-12, 2020.

CAVALCANTI, I. L. et al. Burnout e depressão em residentes de um programa multiprofissional em oncologia: estudo longitudinal prospectivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.42, n.1, p.190-98, 2018.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.51, n.4, p.556-557, 2003.

CROKER, A. et al. Collaboration: what is it like? – phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams. **Journal of Interprofessional Care**, v.26, n.1, p.13-20, 2012.

DUGAN, D. Interdisciplinary hospice team processes and multidimensional pain: a qualitative study. **J Soc Work End Life Palliat Care**, v.8, n.1, p.53-76, 2012.

DUSEK, B. et al. Care transitions a systematic review of best practices. **Journal of Nursing Care Quality**, v.30, n.3, p.233-9, 2015.

ESPERIDIAO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73, n.1, p. e73supl01, 2020.

FELTRIN, F. et al. Impact of stress on the quality of life and health conducts of multiprofessional residents. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 3, p. 395-404, 2019.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1421-1428, 2009.

HEPP, S. L. et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**, v.29, n.2, p.131-7, 2014.

HOMRICH, P. H. P. et al. Presenteeism among health care workers: literature review. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 1, p. 97-102, 2020.

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v.395, n.10223, p.497-506, 2020.

KARAM, M. et al. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. **International Journal of Nursing Studies**, v.79, p.70-83, 2018.

KILPATRICK, K. et al. Measuring patient and family perceptions of team processes and outcomes in healthcare teams: questionnaire development and psychometric evaluation. **BMC Health Services Research**, v.19, n.9, 2019.

MACÊDO, A. T. S. et al. Estresse Laboral em Profissionais da Saúde na Ambiência da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de psicologia**, v. 12, n. 42, p. 524-47, 2018.

MACHADO, Y. A. F.; STELLFELD, E. L. Médicos residentes: do anonimato ao protagonismo: A pandemia revela a importância dos residentes. **Revista de direito médico e da saúde: Doutrina, legislação, jurisprudência**, n. 21, p.164, 2020.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 863-69, 2009.

MEYERS, A.G. et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). **BMC Health Services Research** v.14, n.10, 2014.

NAKAMURA, L. et al. Correlação entre produtividade, depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n.12, p.96892-905, 2020.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Revista Ciência & cognição**, v.8, p.68-87, 2006.

PIRES, D. E. P. **Organização do trabalho em saúde**. In: Leopardi, MT, Organizadora. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.

REBOUÇAS, E. R. N. Residência multiprofissional: contribuições durante a pandemia. **Cadernos ESP**, v.14, n.1, p.118–23, 2020.

REEVES, S. et al. Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. **Journal of Interprofessional Care**, v.29, n.3, p.230-37, 2014.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*, v.395, p.1225–28, 2020.

ROCHA, J. S. et al. Health and Work of the Multiprofessional Residents. **Revista Ciencias de la Salud**, v.16, n.3, 2018.

ROCHA, J. S.; CASAROTTO, R. A.; SCHMITT, A. C. B. Health and Work of the Multiprofessional Residents. **Revista Ciencias de la Salud**, v. 16, n. 3, p. 447-462, 2018.

ROTTA, D. S. et al. Anxiety and depression Levels among multidisciplinary health residents. **Rev Rene**, v.17, n.3, p.372-7, 2016.

SAMMER, C.E, et al. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v.42, n.2, p.156-65, 2010.

SILVA, A. F. et al. Presenteeism in multiprofessional team workers in the Adult Intensive Care Unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 96-104, 2019.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.2, p.132- 8, 2015.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v.21, n.1, p.200-209, 2018.

SOUZA, C. S. et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180294, 2019.

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.44, n.26, 2019.

THE LANCET. COVID-19: protecting health-care workers. *The Lancet*, v.395, n.10228, p.922, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Group Interpersonal Therapy (IPT) for depression. Geneva, 2016.