



Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19^a

Interprofessional collaboration in urgency and emergency network teams in the Covid-19 pandemic

Colaboración interprofesional en equipos de red de urgencia y emergencia en la pandemia de Covid-19

Aline Heleni Caneppele¹

Danielle Fabiana Cucolo¹

Vivian Aline Mininel¹

Everson Meireles²

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva¹

1. Universidade Federal de São Carlos,
Departamento de Enfermagem. São Carlos,
São Paulo, Brasil.

2. Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar comparativamente a colaboração interprofissional nas equipes de urgência e emergência antes e após o primeiro óbito por Covid-19 no Brasil. **Método:** Estudo transversal correlacional realizado com profissionais de saúde de serviços de Urgência e Emergência em uma cidade do estado de São Paulo. A coleta de dados foi conduzida com aplicação da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe para avaliar três fatores: Parceria, Cooperação e Coordenação. Para análise, a amostra foi dividida em Grupo A (antes do primeiro óbito por Covid-19 no Brasil) e Grupo B (após esta data) utilizando estatística descritiva e comparativa. **Resultados:** Na comparação entre os grupos (A = 94 e B = 60), o fator Coordenação foi melhor pontuado após o início da pandemia ($p = 0,001$). Os serviços terciários apresentaram pontuações superiores quando comparados aos de nível secundário em ambos grupos. **Conclusão e implicações para prática:** Em ambientes complexos e dinâmicos como setores de urgência e emergência, o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional assumem destaque durante a pandemia. A colaboração interprofissional se fortaleceu nas equipes analisadas, com aumento significativo da coordenação das ações após o primeiro óbito por Covid-19 no Brasil.

Palavras-chave: Emergências; Relações Interprofissionais; Comportamento Cooperativo; Equipe de Assistência ao Paciente; Infecções por Coronavírus.

ABSTRACT

Objective: To compare interprofessional collaboration in urgency and emergency's teams before and after the first death by Covid-19 in Brazil. **Method:** Cross-sectional study carried out with health professionals from Urgency and Emergency Services in a city of São Paulo State. Data collection was conducted through Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale assessing three factors: Partnership, Cooperation and Coordination. For analysis, the sample was divided into Group A (before the first death by Covid-19 in Brazil) and Group B (after this date) using descriptive and comparative statistics. **Results:** In the comparison between groups (A = 94 and B = 60) Coordination factor was better scored after the start of the pandemic ($p = 0.001$). Tertiary services had higher scores when compared to secondary level in both groups. **Conclusion and implications for practice:** In complex and dynamic environments such as urgency and emergency sectors, teamwork and interprofessional collaboration are prominent during the pandemic. Interprofessional collaboration was strengthened in the analyzer's teams, with a significant increase in coordination of actions after first death by Covid-19 in Brazil.

Keywords: Emergencies; Interprofessional Relations; Cooperative Behavior; Patient Care Team; Coronavirus Infections.

RESUMEN

Objetivo: Analizar en términos comparativos la colaboración interprofesional en equipos de urgencias y emergencias antes y después de la primera muerte por Covid-19 en Brasil. **Método:** Estudio transversal realizado con profesionales de la salud de los servicios de Urgencias y Emergencias de una ciudad del estado de San Pablo. La recopilación de datos se realizó utilizando la Escala de Evaluación de Colaboración Interprofesional en el Equipo para evaluar tres factores: Asociación, Cooperación y Coordinación. Para el análisis, la muestra fue dividida en el Grupo A (antes de la primera muerte por Covid-19 en Brasil) y el Grupo B (después de esta fecha) mediante estadísticas descriptivas y comparativas. **Resultados:** En la comparación entre grupos (A = 94 y B = 60), el factor de Coordinación se calificó mejor después del inicio de la pandemia ($p = 0.001$). Los servicios terciarios obtuvieron puntajes más altos en comparación con el nivel secundario en los dos grupos. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** En contextos complejos y dinámicos como los sectores de urgencia y emergencia, el trabajo en equipo y la colaboración interprofesional fueron resaltados durante la pandemia. La colaboración interprofesional se fortaleció en los equipos analizados, con un aumento significativo en la coordinación de acciones después de la primera muerte por Covid-19 en Brasil.

Palabras clave: Urgencias Médicas; Relaciones Interprofesionales; Conducta Cooperativa; Grupo de Atención al Paciente; Infecciones por Coronavírus.

Autor correspondente:

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva.
E-mail: jaqueline.alc@ufscar.br.

Recebido em 06/08/2020.
Aprovado em 15/10/2020.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0312>

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe é necessário para proporcionar uma assistência de qualidade e segura ao usuário, promover o bem-estar entre os profissionais de saúde e consequentemente gerar resultados financeiros positivos para as organizações assistenciais.^{1,2}

As equipes interprofissionais são definidas como aquelas que compartilham objetivos, responsabilidades, trabalham integradas e possuem clareza de seus papéis profissionais. As ações realizadas em equipe de assistência ao paciente são primordiais em situações complexas, imprevisíveis e urgentes³ e dependem da comunicação entre os seus membros para melhoria dos resultados do cuidado⁴, como no caso da pandemia Covid-19.

Ao final de 2019, ocorreu o início das infecções por Coronavírus (denominado SARS-CoV-2 e causador da doença Covid-19), considerado um vírus de RNA causador de infecções respiratórias, que emergiu em Wuhan na China.⁵ Aproximadamente 80% dos pacientes manifestam a doença de forma assintomática, entretanto, nos outros 20% podem ser necessárias intervenções hospitalares devido a complicações.⁶ No Brasil, o primeiro caso confirmado ocorreu dia 26 de fevereiro de 2020⁷, sendo registrada a primeira morte em 17 de março do mesmo ano.⁸

Nesse contexto, a colaboração interprofissional estabelecida entre profissionais de diferentes áreas da saúde tem tomado destaque, por sua potência em lidar com a imprevisibilidade e propiciar a articulação dos saberes técnicos de profissionais que compõem equipes de saúde dos diferentes níveis da rede de atenção. Comparativamente, o trabalho em equipe se estabelece de modo mais integrado do que a colaboração interprofissional, que é caracterizada por interações mais flexíveis e fluidas, com a presença de tarefas complexas¹ em redes, reconhecidas por sua contribuição na prática interprofissional em saúde,⁹ com articulação de diferentes serviços.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal é composto por uma rede ampla que engloba os serviços de urgência e emergência (UE). Durante a pandemia do Covid-19, é o local onde há enfrentamento do agravamento dos casos da doença.¹⁰

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS foi criada com a Portaria nº 1.600 em 2011, sendo composta pela Vigilância em Saúde, Atenção Básica em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centrais de Regulação, Unidades de saúde com Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar. Sua finalidade é articular e integrar os serviços de saúde com agilidade e humanização aos pacientes em situações críticas de UE. A rede é organizada por um sistema regulado e hierarquizado que qualifica as portas de entrada hospitalares com atendimento ininterrupto às demandas espontâneas.¹¹

Na última década, os atendimentos nas unidades de UE cresceram, em média, 2,4% ao ano e quando há um evento epidemiológico de grande escala (como a pandemia do Covid-19), o ambiente é tensionado com o aumento das demandas por atendimentos.¹²

Os setores de UE enfrentam limitações de recursos humanos, estruturais e materiais que se agravam com a imprevisibilidade e gravidade dos casos, fatores que podem interferir na qualidade da assistência.¹³ Muitos desafios enfrentados no ambiente de trabalho pelos profissionais de saúde se intensificaram com a pandemia do Covid-19. Observa-se crescente demanda, escassez de recursos, instalações improvisadas para atendimento nas UE e o deslocamento de profissionais de saúde para outras regiões, onde nunca trabalharam juntos, aspecto que pode comprometer a comunicação e a coordenação consideradas fundamentais durante uma pandemia.¹⁴ Estas tensões observadas no contexto da interação entre os profissionais e dos resultados clínicos nos serviços de UE podem ser minimizadas com investimentos na colaboração interprofissional.

A literatura aponta desdobramentos da colaboração interprofissional na redução de erros clínicos, com impactos na segurança do paciente e consequente melhoria na qualidade do cuidado.^{4,15} Neste contexto, partindo do pressuposto de que a compreensão da gravidade da pandemia pode ter sido impulsionada a partir do primeiro óbito por Covid-19 registrado no Brasil, que consiste no delineamento definido para esta investigação, destaca-se a relevância do presente estudo.

O potencial da colaboração interprofissional no contexto da RUE juntamente com a situação enfrentada pelas equipes de saúde durante a pandemia despertou a seguinte questão: Quais os efeitos da pandemia da Covid-19 na colaboração interprofissional nos serviços de urgência e emergência? Definiu-se como hipótese, o aumento da colaboração interprofissional após o primeiro óbito por Covid-19 registrado no Brasil. Objetiva, então, analisar comparativamente a colaboração interprofissional nas equipes de urgência e emergência antes e após o registro da primeira morte por Covid-19 no Brasil.

MÉTODO

Estudo transversal realizado em serviços da RUE de um município do interior de São Paulo, vinculados ao SUS, que incluem dois hospitais com serviços médicos de UE, uma unidade de SAMU e três UPAs.

A amostra intencional foi composta por 154 profissionais da área da saúde (Assistentes Sociais, Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Técnicos de Ortopedia e Técnicos de Radiologia) e de apoio (Condutores ou Socorristas, Telefonistas Auxiliares de Regulação - TARM, gestores e supervisores das unidades da RUE).

Entre os participantes foram incluídos todos os profissionais de saúde que atuavam nas unidades de UE, no período de coleta de dados, com experiência profissional mínima de três meses na equipe, no serviço e que concordaram participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre junho de 2019 e abril de 2020 utilizando-se dois instrumentos: um para caracterização dos participantes contendo dados socioprofissionais e outro para mensurar a colaboração interprofissional entre os membros da equipe - "Assessment of Interprofessional Team Collaboration

Scale II (AITCS II)^{16,17} na versão traduzida e validada para o português no Brasil¹⁸ Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II). Os itens da escala representam três construtos considerados fundamentais para a colaboração interprofissional em saúde: Parceria (8 itens), Cooperação (8 itens) e Coordenação (7 itens), totalizando 23 assertivas organizadas em uma escala de Likert de cinco pontos (5 - sempre, 4 - na maioria das vezes, 3 - ocasionalmente, 2 - raramente e 1 - nunca).¹⁸

Uma das pesquisadoras se deslocou às unidades e, durante o turno de trabalho, convidou os profissionais esclarecendo o objetivo da pesquisa e apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Após assinatura, os instrumentos foram distribuídos e elucidados aos participantes com preenchimento e recolhimento no momento da abordagem (plantões diurnos) ou posteriormente (plantões noturnos), sendo recolhidos pela pesquisadora no prazo máximo de sete dias. Os profissionais que responderam no local levaram aproximadamente 15 minutos para preenchimento dos instrumentos.

Para análise, a amostra foi dividida em dois grupos considerando a data de registro do primeiro óbito em função do Covid-19 no Brasil⁹ (Grupo A - antes de 17/03/2020 e Grupo B após essa data), partindo do pressuposto de que a compreensão da gravidade da pandemia pode ter sido impulsionada a partir desse momento. Os dados de caracterização foram analisados por meio de estatísticas descritivas (frequência e percentual) e comparativas. Os escores do AITCS II foram comparados em relação aos dois grupos e, também, em função das variáveis: tempo de trabalho; atuação profissional e escolaridade. Foram realizadas comparações intragrupos para os serviços de UE classificados por níveis de atenção secundário (UPAs, SAMU), terciário (hospitais), tempo de trabalho nas equipes e modalidade do serviço, agrupada nas variáveis Pronto Atendimento (PA) "Móvel", "PA Fixo" e "Multiprofissional de apoio".

O Programa computacional IBM SPSS[®] Statistics 23 foi utilizado para aplicação das seguintes análises estatísticas: análises descritivas (frequências, percentuais, média e desvio-padrão) para caracterização da amostra e dos escores obtidos com a aplicação da AITCS II; análises de comparação de grupos por meio de testes não paramétricos (teste Mann-Whitney – *U* e

Kruskal-Wallis – *K-W*). O nível de significância adotado nestas últimas análises foi $p \leq 0,05$.

Este estudo adota os preceitos éticos das Resoluções 466/2012¹⁹ e 510/2016²⁰ do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CAEE 09271419.3.0000.5504, parecer nº 3.213.199/2019 e emenda nº 4.009.498/2020.

RESULTADOS

Entre os 154 profissionais de saúde que participaram da pesquisa, predominou o sexo feminino (108; 70,1%) e, em relação à idade, a variação foi de 20 a 67 anos ($M = 38,8$; $DP = 8,9$). A maioria era Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (69; 44,8%), seguidos de Enfermeiros (39; 25,3%), Médicos (17; 11%), Condutores ou socorristas (9; 5,8%), Fisioterapeutas (8; 5,2%), TARM (6; 3,9%), Fonoaudiólogos (3; 1,9%), um Assistente social (0,6%), um Técnico de Ortopedia (0,6%) e um Técnico de Radiologia (0,6%).

Predominantemente, o tempo do profissional na equipe foi de um a cinco anos (87, 56,5%) e entre seis e 10 anos (24; 15,6%), os demais tinham menos de um ano na equipe (21; 13,6%), entre 11 e 15 anos (13; 8,4%) e outros, ainda, 16 anos ou mais (9; 5,8%).

Quanto à formação/escolaridade, a grande maioria era Especialista (57; 37%) ou concluíram cursos Técnicos profissionalizantes (44; 28,6%), os demais possuíam Ensino Superior completo (32; 20,8%), Mestrado (8; 5,2%), Ensino Médio (7; 4,5%), Doutorado (5; 3,2%) e Pós-doutorado (1; 0,6%).

O escore médio obtido para cada fator da AITCS II (1. Parceria; 2. Cooperação; 3. Coordenação) e o escore total (Colaboração) antes do registro do primeiro óbito por Covid-19 no Brasil ($n = 94$, Grupo A) foi comparado aos valores identificados pelos participantes após esse evento ($n = 60$, Grupo B), diferenças significativas no Escore Total de Colaboração ($p = 0,002$) foram captadas especificamente pelo Fator 3. Coordenação ($p = 0,011$) - Tabela 1.

Os serviços da RUE foram classificados em Secundário e Terciário, conforme mencionado anteriormente, e os escores dos fatores da escala (AITCS II) foram comparados dentro de cada Grupo (antes e após 17/03/2020). Os serviços terciários

Tabela 1. Comparação entre os escores médios dos fatores da AITCS II antes e após o registro do primeiro óbito por COVID-19 no Brasil. São Carlos, SP, Brasil, 2020 ($n = 154$)

Dimensões AITCS II	Grupo A ($n = 94$)		Grupo B ($n = 60$)		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	
Fator 1. Parceria	3,23	1,08	3,46	0,94	0,253
Fator 2. Cooperação	3,93	0,77	4,12	0,75	0,175
Fator 3. Coordenação	2,84	0,80	3,37	0,95	0,011
Escore Total. Colaboração	3,36	0,73	3,66	0,71	0,002

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

AITCS II - Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II; Grupo A: coleta antes de 17/03/2020; Grupo B: coleta após 17/03/2020; M = Média; DP = Desvio Padrão; *p* obtido no teste Mann-Whitney.

apresentaram pontuações superiores em todos os fatores da escala nos Grupos A e B, no entanto, observou-se resultado significativo apenas no Grupo A (antes do primeiro óbito por Covid-19 no Brasil), com pontuações superiores nos serviços de nível terciário para os fatores: Parceria ($p = 0,001$), Coordenação ($p = 0,048$) e escore total - Colaboração ($p = 0,001$) - Tabela 2.

Os escores obtidos antes e após 17/03/2020 - Grupo A e B - também foram comparados de acordo com a modalidade de serviço (PA Móvel, PA Fixo e Multiprofissional de apoio) para análise das equipes com diferenças significativas tanto no Grupo A quanto no Grupo B no fator Parceria ($p=0,003$ e $p=0,001$, respectivamente) e escore total Colaboração ($p=0,014$ e $p=0,007$). No Grupo A, o serviço Multiprofissional de apoio apresentou maiores pontuações médias e no Grupo B menores pontuações médias foram significativas nas equipes de PA Fixo - Tabela 3.

Ao realizar a comparação intragrupos do tempo de trabalho nas equipes por fator da escala AITCS II, foram identificadas diferenças significativas no grupo B nos fatores Cooperação ($p=0,039$), Coordenação ($p=0,007$), e no escore total de Colaboração ($p=0,027$), com pontuações superiores entre os

profissionais que possuíam menos de um ano de trabalho juntos, em comparação com aqueles que tinham entre 11 e 15 anos de trabalho na equipe.

As variáveis “tempo de trabalho”, “escolaridade” e “área de atuação” de cada membro das equipes não demonstraram diferenças significativas quando comparadas com o antes e o depois do registro da primeira morte no Brasil por Covid-19.

DISCUSSÃO

Evidências de validade e confiabilidade da AITCS II em amostras brasileiras foram anteriormente demonstradas^{18,21} e este é o primeiro estudo a aplicá-la na RUE no Brasil para mensurar a colaboração interprofissional em um contexto de atendimento complexo, considerando também, o enfrentamento de uma pandemia sem precedentes.

A aplicação da AITCS II se demonstrou pertinente para identificação dos construtos que requerem fortalecimento no contexto da colaboração interprofissional, por meio das dimensões da Parceria, Cooperação e Coordenação. As equipes da RUE apresentaram tendências positivas à colaboração interprofissional

Tabela 2. Comparação entre os escores médios dos fatores da AITCS II e o nível de atenção dos serviços nos grupos antes e após o registro do primeiro óbito por COVID-19 no Brasil, São Carlos, SP, Brasil, 2020 (n = 154)

Dimensões AITCS II	Grupo A				p	Grupo B				p
	Secundário (n = 56)		Terciário (n = 38)			Secundário (n = 28)		Terciário (n = 32)		
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
F1. Parceria	2,84	1,06	3,81	0,82	0,001	3,20	1,09	3,68	0,72	0,095
F2. Cooperação	3,82	0,77	4,09	0,76	0,126	4,20	0,82	4,05	0,68	0,197
F3. Coordenação	2,71	0,81	3,04	0,75	0,048	3,32	0,98	3,41	0,93	0,656
ET. Colaboração	3,14	0,71	3,67	0,65	0,001	3,58	0,76	3,73	0,66	0,454

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

AITCS II Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II; F1: Fator 1; F2 Fator 2; F3: Fator 3; ET: Escore Total; Grupo A: coleta antes de 17/03/2020; Grupo B: coleta após 17/03/2020; M = Média; DP = Desvio Padrão; p obtido no teste Mann-Whitney.

Tabela 3. Comparação entre os escores médios dos fatores da AITCS II e a modalidade de serviço das equipes nos grupos antes e após o registro do primeiro óbito por Covid-19 no Brasil, São Carlos, SP, Brasil, 2020 (n = 154)

Dimensões AITCS II	Grupo A			p	Grupo B			p
	PA Móvel (n = 14)	PA Fixo (n = 64)	Apoio (n = 16)		PA Móvel (n = 8)	PA Fixo (n = 48)	Apoio (n = 4)	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)		M (DP)	M (DP)	M (DP)	
F1. Parceria	3,29 (1,12)	3,03 (1,04)	4,00* (0,87)	0,003	4,30 (0,62)	3,23* (0,87)	4,50 (0,61)	0,001
F2. Cooperação	4,17 (0,38)	3,85 (0,84)	4,05 (0,71)	0,418	4,69 (0,37)	4,02 (0,75)	4,13 (0,88)	0,065
F3. Coordenação	2,96 (1,05)	2,74 (0,73)	3,12 (0,77)	0,196	3,96 (0,90)	3,25 (0,88)	3,67 (1,49)	0,104
ET. Colaboração	3,49 (0,73)	3,23 (0,71)	3,75* (0,66)	0,014	4,33 (0,56)	3,51* (0,63)	4,13 (0,96)	0,003

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa.

AITCS II - Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II; F1: Fator 1; F2 Fator 2; F3: Fator 3; ET: Escore Total; Grupo A: coleta antes de 17/03/2020; Grupo B: coleta após 17/03/2020; PA: Pronto Atendimento; M = Média; DP = Desvio Padrão; p obtido no Kruskal-Wallis – k-w. * Resultados significativos obtidos no teste k-w foram melhor investigados por meio de análise *post hoc* de comparações pareadas com o teste Mann-Whitney ao nível de $p \leq 0,05$.

que podem sinalizar efeitos significativos na qualidade do cuidado, com destaque ao apoio mútuo das equipes para o enfrentamento das adversidades impostas pela pandemia.

Revisão recente¹⁵ sobre o tema em hospitais apontou que a colaboração interprofissional foi relacionada à melhora dos resultados clínicos, satisfação do paciente, satisfação da equipe, performance pós-alta hospitalar, qualidade do cuidado, segurança e eficiência, engajamento no trabalho, redução de burnout e estresse, taxas de erros, rotatividade de pessoal, taxas de permanência, tempo de internação, taxa de morbidade e mortalidade.

As relações estabelecidas entre os profissionais nos serviços de UE e a articulação das ações de saúde estão organizadas, principalmente, para atender as situações de risco à vida.^{22,23} No manejo da Covid-19, usuários com sinais de agravamento (Síndrome Respiratória Aguda Grave) deverão procurar as unidades de UE, de forma espontânea, ou serão referenciados à esses serviços para estabilização clínica.⁶

Este estudo permitiu identificar, anteriormente à pandemia por Covid-19, que a colaboração interprofissional era ocasional entre as equipes nos serviços pesquisados com pontuações inferiores no fator Coordenação. No entanto, após início dos casos e óbitos no país, a Coordenação passou a ser o fator melhor pontuado pelas equipes nas UEs, possibilitando inferir que diante de uma emergência de saúde pública de âmbito nacional, ações coordenadas são adotadas para prevenir e controlar a pandemia, garantindo a segurança dos profissionais e pacientes.²⁴

A coordenação interprofissional, assim como a colaboração, requer o compartilhamento de responsabilidades entre os membros das equipes, interdependência, clareza dos papéis profissionais, tarefas e objetivos³ para condução da atenção em saúde por meio de atributos considerados indispensáveis no contexto de imprevisibilidade trazida pela pandemia.

A colaboração, comunicação e coordenação constituem aspectos decisivos e inter-relacionados na mitigação de riscos inerentes ao atendimento de urgência e emergência.²⁵ Nesse contexto, a coordenação pode ser compreendida com ênfase no cuidado que precisa ser coordenado em seu percurso nas redes de atenção, como a RUE, no caso do presente estudo.

Para que haja uma prática colaborativa é preciso que as equipes colaborem entre si, e os profissionais colaborem com equipes de outros serviços, constituindo um sistema de redes entre profissionais que apresentam comportamento cooperativo. Sem esse elemento de colaboração, de nada adianta a integração entre as equipes.²⁶

A comunicação para a coordenação do cuidado na tomada de decisões clínicas pode envolver consultas formais e informais. A dinâmica dessas consultas pode se estabelecer por abordagem síncrona ou assíncrona mediadas por tecnologias ou face-a-face, cuja escolha será definida a partir da avaliação da urgência da resposta clínica esperada. Esse modo de coordenação do cuidado favorece a obtenção de informações sobre o caso do paciente, o planejamento do cuidado, aprimora a tomada de

decisões, contribui para qualidade do cuidado²⁷ e das relações interprofissionais.

As diferenças significativas observadas entre as equipes da atenção secundária e terciária antes do primeiro óbito por Covid-19 nos construtos de Parceria, Coordenação e no escore geral da Colaboração Interprofissional requerem investigações futuras que possibilitem a compreensão desse resultado. Sabe-se que no cenário do estudo, os médicos que atuam na atenção secundária são plantonistas intermitentes, e, portanto, podem ter o vínculo prejudicado com as equipes locais pelo tempo reduzido para o trabalho juntos. Estudos destacam^{28,29} que o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional requerem comunicação e compartilhamento que garanta contato frequente, sociabilidade e reconhecimento mútuo entre seus membros.

Com a colaboração interprofissional, lacunas entre diferentes categorias profissionais podem ser superadas, a partir da articulação dos pontos de vista a respeito do cuidado ao usuário, comportamento cooperativo com trocas constantes de conhecimentos e mudanças no desempenho das tarefas, que não estarão centradas em seu papel profissional exclusivamente, mas em colaborar com os demais membros da equipe. Comparativamente, o investimento na superação das lacunas para colaboração se destaca na atenção hospitalar conforme resultados de outro estudo.³⁰

O tempo de trabalho juntos e compartilhamento do mesmo espaço físico é importante para o fortalecimento da sociabilidade, da integração no trabalho em equipe e na colaboração interprofissional.²⁸ Na RUE, os achados revelaram diferenças significativas no grupo de profissionais que possuíam menos de um ano de trabalho juntos e de 11 a 15 anos de trabalho, mostrando os investimentos desses profissionais em cooperar e coordenar as ações de cuidado juntos.

Analisou-se em um estudo a organização do trabalho em um setor de urgência e emergência, o qual torna evidente a importância da interação e articulação da equipe interprofissional durante atendimentos graves e no momento da assistência, pois todos os profissionais precisam agir o mais rápido possível para restabelecimento da vida. Nas relações interprofissionais, no momento da assistência com maior complexidade no setor de urgência, cada profissional de saúde compreende seu papel, e admite a importância da interação interprofissional em prol de um mesmo objetivo.²²

O número de profissionais participantes da pesquisa distribuídos nas diferentes modalidades de serviço (PA Móvel, PA Fixo e Apoio) é justificado pela estrutura e organização do trabalho no município estudado. Mesmo sem equilíbrio quantitativo na composição dos grupos, foi possível identificar que nas unidades fixas de atendimento, a colaboração interprofissional ainda precisa ser fortalecida no contexto de uma pandemia.

No entanto, os dados dessa pesquisa demonstraram a diferença da colaboração entre serviços secundários e terciários, indicando a necessidade de outros estudos de métodos mistos para apoiar o aprofundamento da análise comparativa das equipes mencionadas, sendo que a observação qualitativa

da colaboração interprofissional e da contextualização das demandas da pandemia podem enriquecer significativamente a análise apresentada.

Os achados dessa pesquisa podem contribuir na gestão dos serviços de UE que já vivenciavam dificuldades e foram somadas às demandas dessa crise sanitária. Tais equipes precisam fortalecer o trabalho em rede e a colaboração para enfrentar, além das necessidades clínicas, questões sociais e econômicas que já acometem ou acometerão usuários e trabalhadores da saúde.³¹

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

Em ambientes complexos e dinâmicos como setores de urgência e emergência, o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional assumem destaque durante a crise social e sanitária da pandemia da Covid-19. A constante parceria e integração dos diferentes saberes profissionais para a tomada de decisão compartilhada, consiste em importante estratégia para resposta qualificada às incertezas e instabilidades enfrentadas no cuidado em saúde.

Este estudo mostrou o fortalecimento da colaboração interprofissional, com destaque para o construto da coordenação no contexto da pandemia do Covid-19, que confirma a hipótese elaborada e reflete a indispensável necessidade de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde.

Compreende-se que a principal limitação do estudo se refere à amostra, por seu tamanho reduzido, sem definição aleatória e equilibrada para a definição dos grupos que foram comparados. Considera-se também que o contexto da pandemia pode ter impactado na disponibilidade dos profissionais dos serviços de urgência e emergência em participar do estudo.

A análise comparativa da colaboração por nível de atenção mostrou a tendência de pontuações superiores nos serviços de nível terciário e requer investigações futuras desta forma de organização do trabalho em diferentes modalidades da RUE incluindo os PA fixo e móvel.

FINANCIAMENTO

Recursos do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para custeio da taxa de processamento do artigo.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva.

Coleta ou produção dos dados. Aline Heleni Caneppele.

Análise de dados. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva. Aline Heleni Caneppele. Everson Meireles.

Interpretação dos resultados. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva. Aline Heleni Caneppele. Danielle Fabiana Cucolo. Vivian Aline Mininel. Everson Meireles.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Aline Heleni Caneppele. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva. Danielle Fabiana Cucolo. Vivian Aline Mininel. Everson Meireles.

Aprovação da versão final do artigo. Aline Heleni Caneppele. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva. Danielle Fabiana Cucolo. Vivian Aline Mininel. Everson Meireles.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Aline Heleni Caneppele. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva. Danielle Fabiana Cucolo. Vivian Aline Mininel. Everson Meireles.

EDITOR ASSOCIADO

Antonio José de Almeida Filho

REFERÊNCIAS

1. Rosen MA, Diaz Granados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2018 maio/jun;73(4):433-50. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000298>. PMID:29792459.
2. Rosenbaum L. Divided we fall. *N Engl J Med*. 2019 fev;380(7):684-8. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs1813427>. PMID:30763193.
3. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2018 jan;32(1):1-3. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>. PMID:29131697.
4. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 jun;6:CD000072. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>. PMID:28639262.
5. World Health Organization. IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC) [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2020 jun 13]. Disponível em: <http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>
6. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 jun 13]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>
7. Ministério da Saúde (BR). Brasil confirma primeiro caso da doença [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [citado 2020 jun 13]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>
8. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus: 1 morte e 291 casos confirmados [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 jun 14]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46552-coronavirus-1-morte-e-291-casos-confirmados>
9. Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu SP. Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care*. 2017 nov;31(6):677-8. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1344048>. PMID:28792251.
10. González Armengol J, Vázquez Lima T. Los servicios de urgencias y emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2. *Emergencias*. 2020;32(3):155-6. PMID:32395920.
11. Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011 (BR). Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 7 jun 2011 [citado 2020 jun 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
12. Santana R, Sousa JS, Soares P, Lopes S, Boto P, Rocha JV. The demand for hospital emergency services: trends during the first month of COVID-19 response. *Port J Public Health*. 2020;38(1):30-6. <http://dx.doi.org/10.1159/000507764>.
13. Silva AP, Munari DB, Brasil VV, Chaves LDP, Bezerra ALQ, Ribeiro LCM. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2012;11(3):549-56. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i3.16609>.
14. Mayo AT. Teamwork in a pandemic: insights from management research. *BMJ Leader*. 2020;4(2):53-6. <http://dx.doi.org/10.1136/leader-2020-000246>.

15. Pomare C, Long JC, Churruca K, Ellis LA, Braithwaite J. Interprofessional collaboration in hospitals: a critical, broad-based review of the literature. *J Interprof Care*. 2020 jul/ago;34(4):509-19. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2019.1702515>. PMID:31928245.
16. Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument. *J Contin Educ Health Prof*. 2012 mar;32(1):58-67. <http://dx.doi.org/10.1002/chp.21123>. PMID:22447712.
17. Orchard C, Pederson LL, Read E, Mahler C, Laschinger H. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. *J Contin Educ Health Prof*. 2018;38(1):11-8. <http://dx.doi.org/10.1097/CEH.000000000000193>. PMID:29517613.
18. Bispo EPF. Tradução, adaptação transcultural e validação do *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II* – AITCS II para o contexto brasileiro [tese]. Santos: Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal De São Paulo Campus Baixada Santista; 2018.
19. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 (BR). Dispõe sobre a pesquisa em Seres Humanos. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 12 dez 2012 [citado 2020 jul 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
20. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 (BR). Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 7 abr 2016 [citado 2020 jul 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
21. Caneppele AH. Colaboração Interprofissional em equipes na Rede de urgência e emergência em uma cidade do interior de São Paulo [dissertação]. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos; 2020.
22. Garlet ER, Lima MADDS, Santos JLGD, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009 abr/jun;18(2):266-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200009>.
23. Cavalcante JB, da-Silva-Junior GB, Bastos MLA, Costa MEM, Santos AL, Maciel RHMO. Rede de relações em um serviço de atendimento móvel de urgência: análise de uma equipe de trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2018 jun;16(2):158-66. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520180208>. PMID:32270080.
24. Marques LC, Lucca DC, Alves EO, Fernandes GCM, Nascimento KC. COVID-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20200119. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119>.
25. Gilardi S, Guglielmetti C, Pravettoni G. Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency department. *J Adv Nurs*. 2014 out;70(6):1299-309. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12284>. PMID:24138152.
26. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl 2):1525-34. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
27. Papermaster AE, Champion JD. Exploring the use of curbside consultations for interprofessional collaboration and clinical decision-making. *J Interprof Care*. 2020 jul;2:1-8. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2020.1768057>. PMID:32614621.
28. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 nov;15(11):2723-88. <http://dx.doi.org/10.11124/JBISIR-2016-003016>. PMID:29135752.
29. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAMD, Souza HSD. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(Supl 1):e0024678. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
30. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2020;34(3):332-42. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>. PMID:31329469.
31. Amitrano C, Magalhães LCGD, Silva MS. Medidas de enfrentamento dos efeitos econômicos da pandemia COVID-19: panorama internacional e análise dos casos dos Estados Unidos, do Reino Unido e da Espanha [Internet]. Brasília: IPEA; 2020 [citado 2020 jul 25]. 73 p. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9978/1/td_2559.pdf

^a Artigo extraído da Dissertação de Mestrado: “Colaboração Interprofissional em equipes na Rede de Urgência e Emergência em uma cidade do interior de São Paulo”, defendida no ano de 2020, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, de autoria de Aline Heleni Caneppele, orientada por Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, co-orientada por Vivian Aline Mininel.