



**FIOCRUZ
CEARÁ**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Raquel Bomfim Castelo

OS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO PARA MELHORIA DAS PRÁTICAS
COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Eusébio

2022

Raquel Bomfim Castelo

OS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO PARA MELHORIA DAS PRÁTICAS
COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da nucleadora
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ-CE.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Educação em Saúde.

Área temática: Comunicação interprofissional
na ESF.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Livia Moreira Barros

Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Guarino de
Moura de Sá.

Eusébio

2022

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Escritório Técnico Fiocruz Ceará
Biblioteca Fiocruz Ceará
Gerada mediante dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C349d Castelo, Raquel Bomfim.
Os Desafios da Comunicação para Melhoria das Práticas
Colaborativas Interprofissionais da Estratégia Saúde da Família. /
Raquel Bomfim Castelo. – 2022.
120 f. : il. : color.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Moreira Barros
Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Guarino de Moura de Sá.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família, da
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF) –
Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2022.

1. Comunicação. 2. Comunicação interprofissional. 3. Barreiras
na comunicação. 4. Educação em Saúde, práticas colaborativas
interprofissionais. I. Título.

CDD – 362.10981

Raquel Bomfim Castelo

OS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO PARA MELHORIA DAS PRÁTICAS
COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz-Ceará.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Presidente/Orientadora -Prof.^a Dr.^a Livia Moreira Barros-
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE).

Coorientador- Prof. Dr. Guilherme Guarino de Moura de Sá -
Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE).

Membro efetivo- Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo-
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE)

Membro suplente- Prof.^aDr.^a Sharmênia de Araújo Soares Nuto, -
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE)

A Deus por me inspirar e fortalecer ao longo de toda a jornada.

A meus pais pelos valores éticos e humanos aprendidos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós, (*in memoriam*) Bomfim, Masé, Celina e Abrahão, cada um de vocês é responsável por um pouco de mim, aprendi muito com cada exemplo, amo vocês.

Aos meus pais por terem proporcionado todo o aprendizado que me trouxe a essa trajetória e por me incentivarem a apreciar a Saúde Pública com seu envolvimento e paixão em suas profissões.

A minha família por sempre apoiar minhas conquistas e torcer pela minha felicidade, inclusive minhas amadas tias Lucinha e Célia eternas inspirações na Odontologia. Tia Cris, por estar sempre nos momentos divertidos e minha madrinha Fabíola por sempre torcer por minhas conquistas.

Ao meu marido Euclides por me ajudar em todo o processo até aqui, mesmo mediante aos maiores desafios pessoais.

A minha irmã Rafaela e meu cunhado Cristhiano por me ensinarem que determinação e foco são fundamentais na vida.

Ao meu irmão Isac por ser sempre prestativo, me ajudar e sempre tirar minhas dúvidas me inspirando com sua trajetória acadêmica.

A meus filhos por entenderem minha ausência e estarem junto a mim em cada etapa.

Aos meus cunhados por me mostrarem possibilidades ao trilhar o caminho da docência.

A meus sogros pelo exemplo de resiliência e determinação.

À minha orientadora Livia Moreira Barros por ser exemplo de objetividade, competência, apoio, amizade e dedicação. Por acreditar em mim e me conduzir no desenvolvimento deste projeto e respeitar sempre minha essência e minhas escolhas. Por mesmo de licença-maternidade mostrar vibração e compromisso com minhas conquistas.

Ao meu Coorientador Guilherme Guarino de Moura de Sá pela paciência e doação ao projeto nos momentos necessários.

A toda a equipe de trabalho da UBS Anísio Teixeira pela contribuição e apoio na pesquisa.

A toda a equipe de Saúde Bucal pelo suporte e por entenderem meu processo.

À amiga Cláudia Cybeli Lessa da Páscoa Oliveira por me incentivar na busca do conhecimento, por ser uma referência de ser humano e profissional e por todo o nossa cumplicidade profissional e trajeto na Terapia Comunitária.

À amiga de jornada Sória Leopoldo Lima de Alencar pelo companheirismo e amizade foi incrível vivenciar todas as etapas a seu lado, sua presença me fortaleceu em cada passo.

Ao meu grupinho de Mestrado da Fiocruz, Aline, Marília, Neyli, Renata e Rejane por toda a troca, auxílio e amizade ao longo de toda a caminhada, não seria a mesma coisa sem vocês. Acredito que nosso encontro não foi por mera ordem alfabética...

À coordenadora Eveline Ferreira Feitosa pelo incentivo e apoio ao projeto, mesmo diante de todas as adversidades.

À Cristina da Silva Fernandes por sua doação em ensinar e tirar dúvidas sempre que necessário.

Ao tutor Claudio Roberto Freire de Azevedo por motivar todo esse processo e abrir um mundo de conhecimentos que me fez acreditar na transformação da prática e me ajudou a resgatar a paixão por aprender e ensinar.

Aos facilitadores Natália e Gabriel por serem responsáveis pelo ponto de partida das Metodologias Ativas de Aprendizagem.

Ao todo o grupo do GPEA por compartilharmos tantos saberes e por tudo que vivenciamos juntos.

A todas as amigas não citadas, porém tão importantes para meu dia-a-dia.

A todos que de alguma forma contribuíram para que esse estudo se concretizasse.

“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.”

(Paulo Freire)

RESUMO

A comunicação interprofissional forma um veículo aberto e efetivo dialógico entre as equipes de saúde, facilita a prática colaborativa, propicia espaços para o compartilhamento de inquietações e conquistas geradas no dia-a-dia do trabalho e contribui para melhorias nos resultados e satisfação dos usuários. Quando não efetiva pode comprometer a qualidade do cuidado, ampliar o número de erros e gerar estresse ocupacional. Objetivou-se analisar a comunicação interprofissional na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de estudo multimétodos dividido em duas fases. Na primeira, houve estudo com abordagem qualitativa com aplicação de grupo focal. Participaram do encontro nove profissionais representantes de seis equipes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com o intuito de compreender as percepções durante o processo de comunicação nas equipes. A amostra foi composta por nove participantes. Foi realizado encontro presencial e os dados foram processados pelo *software IRAMUTEC®*, analisados pela classificação hierárquica descendente e utilizados na construção da fase dois. Na segunda fase implementou-se uma intervenção educativa presencial, utilizando o Arco de Maguerez. O encontro ocorreu com 15 profissionais de saúde inseridos na UBS em questão e analisou a comunicação interprofissional no processo de trabalho na APS, por meio das discussões emergidas. Comparou-se o conhecimento e atitude dos participantes a respeito do tema, antes e após a intervenção educativa por meio de pré e pós-teste (imediate e tardio), caracterizando o estudo quase-experimental. Observou-se a mudança de desfecho relacionado à intervenção educativa. Para promover a análise das falas, na etapa qualitativa da fase dois, utilizou-se a análise de conteúdo. Para compor a amostra, os critérios de inclusão foram: profissionais atuantes nas equipes da ESF que tinham período de atuação superior a seis meses na UBS. Excluíram-se profissionais afastados de suas funções por problemas de saúde, licença maternidade ou férias. A UBS em questão situou-se município de Fortaleza-CE. Na operacionalização do Arco de Maguerez o problema central identificado foi a falta de comunicação efetiva, sistemática e periódica entre os profissionais, na observação da realidade. Elencaram-se os pontos-chave, estabeleceu-se a etapa da teorização seguida das hipóteses de solução e aplicação à realidade. Na comparação do pré e pós-teste houve mudança no conhecimento dos profissionais a respeito da temática. Por fim evidenciou-se a pertinência da comunicação interprofissional em saúde na prática e sua característica em percorrer toda a trajetória do cuidado. Compreendeu-se a percepção dos participantes sobre a comunicação interprofissional por meio da realização do grupo focal, os quais, de maneira geral, reconheceram a relevância da temática e apontaram suas potencialidades e barreiras. A implementação da intervenção educativa levantou os aspectos importantes e de interesse do grupo relacionados à vivência da equipe a respeito da temática. O arco de Maguerez expressou-se como efetiva ferramenta educacional, a qual possibilitou a valorização da prática cotidiana e aprimoramento no processo de construção de conhecimento.

Palavras-chave: Comunicação. Comunicação interprofissional. Barreiras na comunicação. Educação em Saúde, práticas colaborativas interprofissionais.

ABSTRACT

Interprofessional communication forms an open and effective dialogic vehicle between health teams, facilitates collaborative practice, provides spaces for sharing concerns and achievements generated in day-to-day work and contributes to improvements in results and user satisfaction. When not effective, it can compromise the quality of care, increasing the number of errors and generating occupational stress. The objective was to evaluate interprofessional communication in the Family Health Strategy (ESF). This is a multimethod study divided into two phases. In the first, there was a study with a qualitative approach with the application of a focus group, nine professionals representing the six teams of a Basic Health Unit (BHU) participated in the meeting in order to understand the perceptions during the communication process in the teams. The sample consisted of nine participants. A face-to-face meeting was held and guiding questions were launched. Data were processed by IRAMUTEC® software, analyzed by descending hierarchical classification and used in the construction of phase two. In the second phase, a face-to-face educational intervention was implemented, using the Arch of Maguerez. The meeting took place with 15 health professionals inserted in the UBS in question and analyzed the interprofessional communication in the work process in PHC, through the discussions that emerged. The participants' knowledge and attitude regarding the topic were compared before and after the educational intervention through pre- and post-test (immediate and late), characterizing the quasi-experimental study. To promote the analysis of the speeches, in the qualitative stage of phase two, we used content analysis. To compose the sample, the inclusion criteria were: professionals working in the FHS teams who had been working for more than six months at the UBS. Professionals removed from their duties due to health problems, maternity leave or vacations were excluded. The UBS in question is located in the city of Fortaleza-CE. The target population was 15 health professionals from the respective UBS who volunteered to participate in the educational activity. The intervention was categorized following the steps of the Arch of Maguerez. The central problem identified was the lack of effective, systematic and periodic communication between professionals, in the observation of reality. The key points were listed, the theorization stage was established, followed by the hypotheses of solution and application to reality. Comparing the pre- and post-test, there was a change in the outcome in some aspects related to the professionals' knowledge about the subject. Finally, the relevance of interprofessional communication in health in practice and its characteristic in covering the entire trajectory of health care was highlighted. The perception of professionals regarding the theme was understood through the realization of the focus group, which, in general, recognized the relevance of the theme and pointed out its potential and barriers. The implementation of the educational intervention raised the important aspects of interest to the group related to the experience of the team regarding the theme. Maguerez's arch was expressed as an effective educational tool, which made it possible to value everyday practice and improves the process of knowledge construction.

Keywords: Communication. Interprofessional communication. Communication barriers.
Health Education, interprofessional collaborative practices.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma da busca e seleção de artigos de acordo com as recomendações do PRISMA	28
Figura 2	Por G1 CE-06/01/2021. Ilustração das Regionais renomeadas por meio do Decreto nº 14.899 em dezembro de 2020.	35
Figura 3	Descrição das etapas do procedimento de coleta de dados. ..	37
Figura 4	Etapas da intervenção educativa utilizando as etapas do Arco de Maguerez	42
Figura 5	Dendograma com as classes obtidas a partir da Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza, CE, Brasil. 2021	4
Figura 6	Arco de Maguerez desenvolvido durante a partir da intervenção educativa	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estratégia de busca nas de dados e descritores. Fonte: própria autora, 2021.	26
Quadro 2	Identificação dos títulos, ano, periódico, idioma e tipo de estudo dos artigos. Fonte: própria autora, 2021.....	29
Quadro 3	Categorias identificadas na revisão. Fonte: Própria autora, 2021.....	30
Quadro 4	Resultados da 1ª Etapa do Arco de Maguerez. Fonte: Própria autora, 2021.....	55
Quadro 5	Resultados da 2ª Etapa do Arco de Maguerez. Fonte: Própria autora, 2021.....	58
Quadro 6	Resultados da 4ª etapa do Arco de Maguerez. Fonte: Própria autora, 2021.....	62
Quadro 7	Resultados da 5ª etapa do Arco de Maguerez. Fonte: Própria autora, 2021.....	64
Quadro 8	<i>Feedback</i> dos participantes após intervenção educativa. Fonte: Própria autora, 2021.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Apresenta resultados dos três momentos do teste aplicado antes e após a intervenção educativa.	68
Tabela 2 Demonstrativo das questões sobre atitude relacionadas à comunicação interprofissional nos três momentos.....	69

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE	Ceará
CIP	Comunicação Interprofissional
COVID-19	Corona vírus disease 2019
DECS	Descritor em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
GF	Grupo Focal
GPEA	Gestão do Processo de Ensino Aprendizagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JCI	Joint Commission Internacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
MISP	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
MP	Metodologia da Problematização
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
PUBMED	National Library of Medicine
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEGER	Secretaria Municipal de Gestão Regional

SF	Saúde da Família
SP	Situação-problema
STs	Segmentos de texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo geral	24
2.2	Objetivos específicos	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
4	MÉTODO	34
4.1	Tipos de estudo	34
4.2	Local do estudo	34
4.3	Participantes do estudo	36
4.4	Descrição do Procedimento de coleta de dados do estudo	36
4.4.1	FASE 1: Grupo Focal - percepção sobre comunicação interprofissional no lócus da pesquisa	37
4.4.2	FASE 2 Intervenção educativa	39
4.5	Aspectos Éticos	45
5	RESULTADOS	46
5.1	Grupo Focal sobre comunicação interprofissional ESF	46
5.2	Intervenção Educativa com base na problematização de Charles Maguerez	52
5.3	Resultados do pré e pós teste	67
6	DISCUSSÃO	70
6.1	GRUPO FOCAL	70
6.2	INTERVENÇÃO EDUCATIVA	75
7	CONCLUSÃO	83
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	95

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação tem como objetivo analisar a comunicação interprofissional na Estratégia Saúde da Família (ESF) de determinada UBS, no município de Fortaleza, a respeito da comunicação interprofissional na APS. O interesse em estudar a temática surgiu durante a participação em cursos de Capacitação em Facilitadores de Aprendizagem Significativa para o SUS (CAS-SUS) e Aperfeiçoamento em Aprendizagem Significativa (AAS), assim como estudos em grupo de Gestão nos Processo de Ensino- Aprendizagem (GPEA), em 2016, 2017, 2018 e 2019, realizados no Núcleo de Educação Permanente do Samu, em Fortaleza (NEP-SAMUFOR). Nesse mesmo período realizou Capacitação e Aperfeiçoamento em Terapia Comunitária Integrativa (TCI), no Projeto Quatro Varas, sob supervisão do Dr. Adalberto Barreto, onde desenvolveu grupo na UBS trabalhando de forma dialógica com a comunidade e outros profissionais. A percepção da importância da comunicação e diálogo para as práticas profissionais para a melhoria da segurança do paciente alinhada ao interesse da autora em Metodologias Ativas de Aprendizagem e Educação na Saúde fez com que a temática surgisse.

Dentro do contexto da Educação na Saúde a intervenção educativa foi utilizada como meio de diálogo e reflexão como os profissionais sobre a importância e desafios da comunicação na ESF. A temática despertou das necessidades da prática profissional da autora, inserida, há 15 anos, na mesma UBS, exercendo a função de cirurgiã-dentista, assim como da sua experiência na facilitação de grupos de gestantes e rodas de TCI junto à comunidade e profissionais de outras categorias. A percepção da relevância de uma comunicação interprofissional efetiva, fluida dentro do processo de cuidado na APS, constituiu fator propulsor para o desenvolvimento desse projeto. Dessa forma compreende-se que a prática dialógica, troca de experiência e saberes devem ser instigados e trazidos para melhoria dos processos de trabalho dentro da ESF.

1 INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou-se em 1990 após a promulgação de Leis 8080 e 8.142, nas quais a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, estas incorporaram os princípios de universalidade, integralidade, participação da comunidade e descentralização (CASTRO *et al.*, 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), elaborada em 2006, enfatiza a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reestruturação da atenção primária no SUS e define a atenção básica como agrupamento de ações de saúde realizadas em esfera individual e coletiva que englobam a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Tais ações são desenvolvidas por meio de equipe multidisciplinar com sua população correspondente ao território geograficamente definido. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, sendo definida como porta de entrada do SUS (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Após o estabelecimento da Estratégia de Saúde na Família (ESF) como política nacional para a implantação da APS, houve maior direcionamento rumo à cobertura universal em saúde. De 1998 a 2018, o número de equipes da ESF passou de dois mil para 43 mil, o que corresponde a uma cobertura de 62,5% da população brasileira. Esse fato possibilitou melhoria dos resultados em saúde como a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária e queda nas taxas de mortalidade infantil em todas as regiões do país, beneficiando diretamente as populações mais vulneráveis (TASCA *et al.*, 2020).

Cerca de 80% dos problemas de saúde da população, são resolvidos na APS, o que sinaliza a necessidade dos profissionais de saúde apresentarem características como: conhecimento técnico adequado, empatia, humanização e escuta qualificada para melhor reconhecimento das necessidades da clientela. Entretanto, sua atuação profissional é passível de falhas tanto na parte técnica quanto na humanização do atendimento (MACEDO *et al.*, 2020).

O cuidado longitudinal dispensado em nível primário exige espaço temporal especialmente prolongado quando comparado aos cuidados pontuais prestados na assistência hospitalar. Nessa conjuntura, grande parte do cuidado está centralizada na APS, fato que aumenta a probabilidade de que o usuário experimente um incidente inserido no contexto da assistência primária (AGUIAR *et al.*, 2020).

Para melhoria no cuidado nos serviços de saúde, faz-se necessária a cultura de segurança do paciente, a qual constitui o conjunto de valores, comportamentos e competências que definem o engajamento com a segurança e a gestão do cuidado à saúde. Dessa forma, garantir o cuidado integral resolutivo e seguro nas equipes de APS é essencial porque a segurança do paciente, definida como redução em um nível mínimo aceitável do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado em saúde, é uma dimensão primordial para a qualidade da assistência à saúde (RAIMONDI *et al.*, 2019).

Não obstante, para que essa cultura positiva de segurança do paciente seja instituída, torna-se relevante à compreensão de crenças, valores e normas sobre o que o serviço considera como importante. Percebe-se crucial identificar quais ações e comportamentos são esperados e estimulados bem como seu monitoramento para efetivar a essa cultura (SOUZA *et al.*, 2018).

No início dos anos 2000, a política de segurança do paciente tornou-se internacionalmente reconhecida, sendo substancial para a qualidade em saúde (SOUZA *et al.*, 2018). Destarte, a Organização Mundial da Saúde (OMS) pactuou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, como um programa para coordenar, facilitar e agilizar melhorias em nível mundial, além de definir e identificar as prioridades na área, em um contexto global, e ainda colaborar com uma agenda internacional para a pesquisa no campo mencionado (SOUSA *et al.*, 2020).

Com o objetivo de abranger um cuidado seguro, a OMS em sinergia com a Comissão Conjunta Internacional-Joint Commission Internacional (JCI), tem impulsionado como estratégia para orientar boas práticas com vistas à diminuição de riscos e eventos adversos em serviços de saúde, a admissão das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) (ANDRADADE *et al.*, 2019).

As seis metas são: identificação precisa do paciente; **comunicação efetiva** – item de maior pertinência entre as metas devido à extrema necessidade de haver comunicação acertada, clara e objetiva entre os profissionais e setores, com o propósito de dar continuidade aos serviços de saúde com maior segurança; uso coerente de medicamento; cirurgia segura; restrição do risco de infecção e prevenção de lesões por pressão e danos por queda (SOUSA *et al.*, 2020).

No Brasil, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS) foram significativos para aguçar as discussões e estratégias no

âmbito público e privado. Tal fato culminou na criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, bem como seus protocolos (SOUZA *et al.*, 2018).

Apesar da implantação da PNSP, o incentivo à segurança do paciente e efetivação da cultura de segurança na APS só foram citados na atualização da PNAB, publicada pela Portaria no 2.436 de 21 de setembro de 2017. A portaria realça a necessidade da implantação de ações de segurança do paciente, na esfera da APS, para a promoção de cuidados seguros e estímulo à cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes (RAIMONDI *et al.*, 2019).

Estudo desenvolvido na Espanha, com objetivo de pesquisar a segurança do paciente nos cuidados primários, afirma que 18,63% das consultas efetuadas pelos profissionais médicos e enfermeiros, no âmbito da APS, ocasionaram algum evento adverso ao paciente. Ao encontro desses dados, o levantamento realizado pela Fundação de Saúde de Londres identificou que os danos decorrentes dos cuidados prestados na APS variam entre menos de 1% até 24% dentre eventos adversos e incidentes (RAIMONDI *et al.*, 2019).

Estudo, realizado no Brasil, demonstrou que os erros nos espaços de assistência à saúde da APS estavam continuamente correlacionados ao atendimento administrativo, despreparo dos profissionais, exames e tratamentos inadequados e **falhas na comunicação** (RAIMONDI *et al.*, 2019). Estudo realizado em 2020 também identificou que os principais desafios na APS relacionados à segurança do paciente são **erro na comunicação**, falta de conhecimento, competências e habilidades dos profissionais, erro de diagnóstico e falhas no tratamento (NORA; BEGHETTO, 2020).

Em 2013, a REBRAENSP advertiu que a **comunicação ineficaz** está entre as causas de mais de 70% das falhas na atenção à saúde. A ausência de trabalho em equipe e interrupção da comunicação podem ser apontadas como substanciais causas em resultados insatisfatórios e eventos inesperados, pois tais falhas podem causar injúria ao paciente (ANDRADE *et al.*, 2019).

A comunicação pode ser definida como um canal de duas vias: emitir e receber informações como um dos modos de intervir nos conflitos, pode ainda ser compreendida como um processo da transcendência inerente às relações interpessoais, uma troca de sentimentos através da fala ou outros meios e uma partilha de significados, sendo um processo de mão dupla. Com a ausência de significado não ocorre comunicação (WITISIKI *et al.*, 2019).

Considerando-se a comunicação efetiva como item de maior relevância entre as metas internacionais para a segurança do paciente, esta deve ser priorizada no trabalho em

equipe. O desenvolvimento dessa comunicação nas relações tem como consequência o rompimento de barreiras de poder, propicia o compartilhamento de decisões e conhecimento e converte o saber individual em coletivo (SOUSA *et al.*, 2020).

A comunicação efetiva entre a equipe contribui com a tomada de decisões coletivas eficazes e eficientes sobre os planos terapêuticos do usuário. Em contrapartida, ressalta que a **deficiência na comunicação** é recorrente na APS, fato que torna a equipe inábil para participar da tomada de decisão por meio compartilhado de permuta de informações sem fluidez ou mal interpretadas (BEGUETTO, 2020).

Nesse interim, a comunicação interprofissional (CIP) pode ser apreendida como aptidão para comunicação efetiva entre indivíduos, sobretudo de diferentes profissões, de forma colaborativa (COIFMAN *et al.*, 2019).

Desta forma, compreende-se a comunicação como um dos elementos que estabelecem práticas seguras em saúde, sendo intercessora na qualidade da interação entre usuário e profissionais. Observa-se que problemas na comunicação podem resultar na prestação de cuidados inseguros aos usuários, ao considerarmos que a ausência de diálogo impede a permuta de informações entre os membros da equipe o que pode resultar em tomadas de decisões instáveis de cada um deles. Enfatiza-se que a falta de propósito comum entre os componentes da equipe pode gerar **obstáculos na comunicação** onde as perspectivas pessoais podem sobrepor-se às necessidades dos usuários (CLARO; CUNHA, 2017).

Observa-se que profissionais, de diferentes áreas, inseridos no processo do cuidar de usuários e famílias necessitam da comunicação como componente intrínseco e elemento-chave do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional, que une de forma complementar a ação instrumental e ação comunicativa. As situações que requerem diálogo devem ser reconhecidas de forma adequada por meio do agir comunicativo. A crença de que o agir instrumental pode contemplar o conjunto das necessidades de saúde pode gerar incapacidade de escuta dos demais envolvidos no processo de cuidado (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Os elementos necessários para qualificar a superação da fragmentação da prática do trabalho em saúde da equipe interprofissional abrangem a cooperação/colaboração interprofissional, **comunicação**, respeito mútuo, troca de conhecimentos, articulação das ações e objetivos comuns. Evidencia-se que o trabalho em equipe pode significar um relevante instrumento para a ESF, enquanto política para a reorganização da APS, desde que

realizado para articular a integração entre agentes, saberes e fazeres, com ênfase na integralidade da assistência à saúde (CONDELES *et al.*,2020).

Ressalta-se a comunicação como primordial para praticar a cultura de grupo, criar um senso comum de realização dentro da equipe e permitir a colaboração interprofissional efetiva. Destaca-se, ainda, que a comunicação interprofissional forma um veículo aberto, efetivo e dialógico entre as equipes de saúde, facilita a prática colaborativa, propicia espaços para o compartilhamento de inquietações e conquistas geradas no dia-a-dia do trabalho e contribui para melhorias nos resultados e satisfação dos usuários. Dessa maneira ocorre o aprendizado pela reflexão dos processos laborais no cotidiano, por meio do diálogo autêntico, onde a problematização dos saberes gera transformação da prática (PREVIATO *et al.*,2018).

Faz-se pertinente que as equipes de saúde da APS criem espaços e oportunidades para o cultivo da arte de dialogar, superando a dicotomia entre o aprender e o ensinar (PREVIATO *et al.*, 2018). Dessa forma, compreende-se a necessidade de explorar potenciais oportunidades para **comunicação interprofissional**, assim como: oportunizar reuniões frequentes nas equipes, discussões dos casos, realizar tomada de decisão compartilhada e inserir a educação permanente com momentos de refinamento interprofissional. Por meio dessas ações podem-se aumentar as possibilidades de um trabalho pautado na prática colaborativa em Saúde.

Para coadunar com maior possibilidade de efetiva comunicação interprofissional, constata-se necessária a educação na saúde, por meio da incorporação de educação crítico-reflexiva, centrada no educando, onde este tenha autonomia no processo educativo. Nesse contexto, as metodologias ativas de aprendizagem possuem essa característica baseada no estímulo ao processo de ensino-aprendizagem o que resulta em um maior envolvimento, por parte dos discentes (MACEDO *et al.*,2018).

Inserido no conceito de metodologia ativa, há um método que favorece reflexão crítica e mobiliza o educando na busca pelo conhecimento a partir de uma Situação-problema (SP), ao refletirem em soluções para a mesma: a Metodologia da Problematização (MP) que corrobora com a concepção teórica e metodológica das metodologias ativas de aprendizagem (MACEDO *et al.*,2018).

A problematização, com a utilização do Arco de Magueréz, constitui forte instrumento para instigar a curiosidade dos educandos e tem como ponto de partida a realidade vivenciada por eles na qual o tema a ser trabalhado está acontecendo na vida real. Durante o desenvolvimento de atividades, com essa perspectiva metodológica, os educandos

são levados a observar a realidade com mais atenção e identificar aquilo que surge como problemático, carente e que necessita ser aprimorado ou corrigido (CALDARELLI, 2017).

A MP, na qual se ancora o método do arco de Charles Maguerez, foi escolhida por constituir estratégia potente para propiciar o desenvolvimento dos múltiplos saberes dos participantes, estimular a percepção da diversidade de olhares, experiências e pontos de vista, o que permite ao educando e, neste caso, também pesquisador, extrair e identificar os problemas ali existentes (CALDARELLI, 2017).

Ademais, a aplicação de metodologias ativas baseadas na problematização leva os discentes à produção do conhecimento visando à resolução dos problemas detectados a fim de aprimorar seu próprio desenvolvimento. Ao adquirir a percepção de que o novo conhecimento é uma ferramenta significativa e essencial para ampliação de seus caminhos e possibilidades, o educando poderá por em prática a liberdade e autonomia ao realizar escolhas e tomar decisões (CALDARELLI, 2017).

Uma comunicação interprofissional não efetiva, a despeito da área de exercício profissional, pode fragilizar a qualidade do cuidado, ao ampliar o número de erros, gerar estresse ocupacional e constituir uma barreira à prática colaborativa na APS. Por via da comunicação eficaz são estabelecidas rotinas e metodologias e sua quebra poderá afetar a segurança do paciente.

Nessa perspectiva, justifica-se a relevância desse estudo ao destacar a comunicação como alicerce para o desenvolvimento da integração das equipes o que permite exercer a colaboração interprofissional e melhorar a realidade no cuidado à população na APS.

Destarte, estratégias que visam ao trabalho colaborativo e melhoria da comunicação dentro da ESF promovem um aumento na interação entre profissionais, em oposição às tradicionais relações verticalizadas, devendo ter como intuito a atenção abrangente, contínua e integral à saúde dos usuários. Constatou-se que, diante da importância do tema, são necessários estudos que avaliem os desafios e estratégias para uma comunicação interprofissional efetiva na APS.

Diante do exposto surgiram os seguintes questionamentos: como se dá a comunicação interprofissional na APS? Quais as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde da ESF durante a comunicação em equipe? Qual a efetividade de intervenção educativa na melhoria do conhecimento desses profissionais sobre comunicação? Quais as potencialidades para o desenvolvimento de uma comunicação interprofissional efetiva?

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

- ✓ Analisar a comunicação interprofissional entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Objetivos específicos

- ✓ Compreender a percepção dos participantes sobre o processo de comunicação nas equipes de APS;
- ✓ Implementar intervenção educativa presencial com os profissionais de saúde da ESF, utilizando Arco de Maguerez, sobre a comunicação interprofissional;
- ✓ Comparar conhecimento e atitude dos profissionais antes e após a intervenção educativa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para a revisão de literatura, realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de identificar estratégias para melhorar a comunicação interprofissional na equipe da APS. Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada entre junho e julho de 2021, desenvolvida a partir das seguintes etapas: identificação da temática do estudo e elaboração da pergunta norteadora; busca de artigos nas bases de dados; interpretação e apresentação dos resultados (SOUZA *et al.*, 2010).

A questão norteadora do estudo, com base na estratégia População, Interesse, Contexto (PICO) (LOCKWOOD *et al.*, 2019) foi: “Quais as estratégias para enfrentamento das barreiras existentes na comunicação de profissionais de saúde na Atenção Primária?”, para a qual se consideram P= profissionais de saúde; I=barreiras na comunicação, Co= Atenção Primária à Saúde.

Para conduzir a estratégia de busca foram utilizados descritores e palavras-chave que refletiam a questão de pesquisa, com os operadores booleanos AND e OR para obter combinações aditivas e restritivas, respectivamente. A busca ocorreu nas bases de dados: Scopus; *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed/MEDLINE); PubMed, Lilacs, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e BDEF (Base de Dados da Enfermagem). Para corroborar a exaustão da possibilidade de busca, o acesso ocorreu a partir do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em cobertura de *Internet Protocol* (IP) pertencente à Universidade Federal do Ceará.

Com o intuito de ampliar os resultados encontrados, foram utilizadas palavras-chave e os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS por meio do cruzamento: (“Pessoal de saúde” OR “Profissional de saúde”) AND (“Barreiras de comunicação” OR “entraves à comunicação”) AND (“Atenção primária à saúde” OR “Atenção básica à saúde”) AND (Comunicação OR “Comunicação pessoal”) e por meio do *Medical Subject Headings* – MeSH no qual o cruzamento foi: (“Health Personnel” OR “Healthcare professional”) and (“Communication Barriers” OR “Barriers to communication”) AND (“Primary Health Care”) AND (“Communication” OR “personal communication”).

No quadro 1, apresentam-se as estratégias de busca utilizadas em cada base de dados.

Base	Descritores
Pubmed/Medline	("Health Personnel" OR "Healthcare Professional) AND ("Communication Barriers" OR "Barriers to Comunication") AND ("Primary Health Care) AND ("communication" OR "personal communication")
Lilacs	("Heath Personnel" OR "Healthcare Professional") AND ("Communication Barriers" OR "Barriers to Communication") AND (Primary Health Care") AND ("Communication" OR "Personal Communication")
Scielo	("Heath Personnel" OR "Healthcare Professional")AND ("Communication Barriers" OR "Barriers to Communication") AND (Primary Health Care") AND ("Communication" OR "personal Communication")
Scopus	("Health Personnel") AND ("Communication Barriers" AND ("Primary Health Care) AND ("Communication")("Collaborative Practices")
Bdenf	("Heath Personnel" OR "Healthcare Professional")AND ("Communication Barriers" OR "Barriers to Communication") AND (Primary Health Care") AND ("Communication" OR "Personal Communication")

Quadro 1: Estratégia de busca nas de dados e descritores. Fonte: Própria autora, 2021.

Durante esta etapa da revisão, foi utilizado o aplicativo *Rayyan* desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute* (QCRI), como ferramenta auxiliar para arquivamento, organização e seleção dos artigos (OUZANI *et al.*, 2016).

Os critérios de inclusão foram: artigos de estudos primários publicados no período de 2013, onde, no Brasil, ocorreu a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, assim como seus protocolos, no qual a meta de maior relevância do Programa constitui a comunicação efetiva, até o ano atual de 2021, nos idiomas inglês, português e espanhol que respondessem à pergunta de pesquisa. Excluíram-se dissertações, teses, revisões de literatura, artigos que não possuíssem relação com a questão de pesquisa e artigos duplicados. O processo de seleção e elegibilidade dos estudos foi seguido conforme as

recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2019).

Iniciou-se com a leitura dos títulos e resumos dos artigos para a seleção das publicações que se enquadrassem nos critérios de inclusão. Posteriormente, realizou-se a análise completa dos estudos selecionados, com instrumento semiestruturado, que possibilitou a identificação de informações dos estudos como título, autores, ano, país, características metodológicas e principais resultados.

Para estabelecer o nível de evidência, consideraram-se: nível I - as metanálises e estudos controlados e randomizados; nível II - os estudos experimentais; nível III - os quase experimentais; nível IV - os descritivos, não experimentais ou qualitativos; nível V - os relatos de experiência e nível VI - os consensos e opinião de especialistas (MELNIK, 2011).

Por fim, realizou-se a síntese dos resultados nos estudos selecionados, os quais foram divididos e organizados em categorias, e observou-se as similaridades e divergências dos achados dessa pesquisa. A organização das categorias foi realizada a partir de conceitos confluentes relacionados ou que respondessem à pergunta de pesquisa.

As categorias encontradas foram: importância do trabalho colaborativo em equipe; relevância da comunicação interprofissional; barreiras de comunicação e estratégias para melhorar a comunicação. O estudo respeitou os princípios éticos e legais da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que envolvem pesquisas com informações de domínio público.

Os resultados encontrados a partir da busca foram um total 520 publicações das quais 444 foram excluídas, por não atenderem aos critérios de inclusão, por meio da leitura do título e resumo, 40 foram excluídas por serem repetidas, de forma que restaram 36 para serem lidos na íntegra. Após a leitura integral foram selecionados 16 para a amostra final, como descreve a Figura 1.

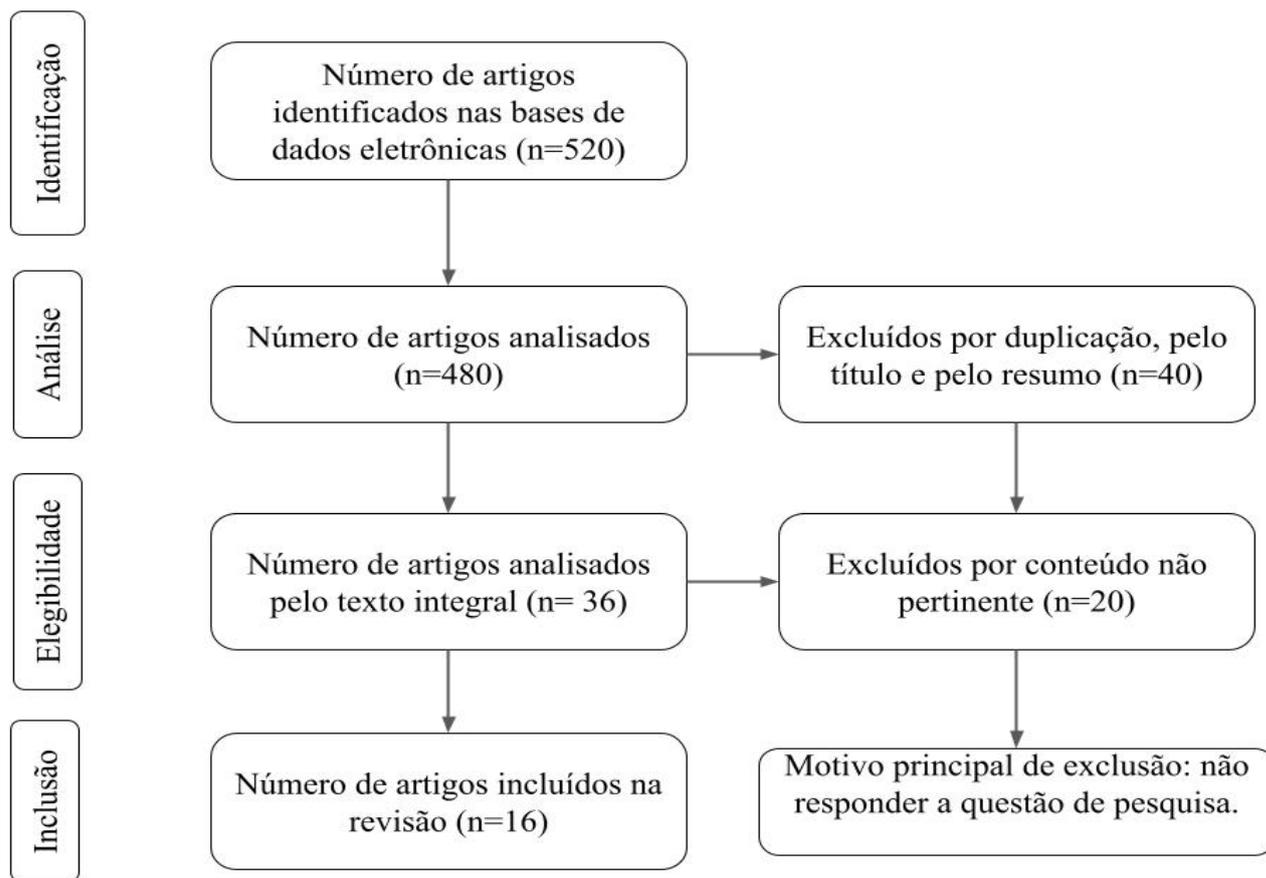


Figura 1 - Fluxograma da busca e seleção de artigos de acordo com as recomendações do PRISMA (MOHER *et al*, 2009). Fonte: Própria autora, 2021.

Os 16 artigos selecionados ID1 a ID16 (Figura 2) foram publicados em 10 periódicos diferentes com destaque para o *Journal of Interprofessional Care*, com seis (26,6%) artigos publicados em 2013, 2014, 2015, 2016, 2018,2019, sendo dois no ano de 2018. Quanto ao ano de publicação foram incluídos artigos publicados de 2013 a 2021.

Em relação à origem dos estudos sete (43,75%) foram realizados nos EUA, seis na Inglaterra (37,5%), dois no Brasil (12,5%) um no Canadá, um na Grécia (6,25%), um na África do Sul (6,25%), um na Alemanha (6,25%).

Considerando o tipo de estudo foram incluídos 12 estudos descritivos (75%), sendo sete (58,33%) de abordagem qualitativa e cinco (41,7%) de abordagem quantitativa e um (8,33%) de abordagem quali-quantitativa, classificados com nível de evidência IV; três estudos experimentais (18,75%), classificados com nível de evidência II e I (6,25%) estudo de caso, classificado com nível de evidência V.

O quadro 2 sintetiza características dos artigos selecionados quanto ao título, ano, periódico de publicação e tipo de estudo, além da classificação do nível de evidência.

Quadro 2: Identificação dos títulos, ano, periódico, idioma e tipo de estudo dos artigos. Fonte: própria autora, 2021.

ID	Ano/Idioma/País	Periódico	Tipo de estudo	NE
ID1(MITCHEL; BOYLE,2021).	2020/Inglês/Reino Unido	Human Resource Management Journal	Estudo descritivo quantitativo	IV
ID2(NISBET et al,2013).	2013/Inglês/USA &UK	Journal of Interprofessional Care	Estudo descritivo qualitativo	IV
ID3(JARUSEVICIEN et al,2013).	2013/Inglês/USA & UK	BMC Family Practice	Estudo descritivo qualitativo	IV
ID4 (MARINO et al, 2014).	2014/Espanhol/Argentina	Journal of the Bahía Blanca Medical Association	Estudo descritivo qualitativo	IV
ID5(BROMMELSIEK et al,2019).	2019/Inglês/USA	Journal of Interprofessional Education and Practice	Estudo descritivo qualitativo/quantitativo	IV
ID6(SZAFRAN et al,2018).	2017/Inglês/USA & UK	Journal of Interprofessional Care	Estudo descritivo qualitativo	IV
ID7(VANDERGOOT et al,2018).	2017/Inglês/ USA &UK	Journal of Interprofessional Care	Estudo descritivo quantitativo	IV
ID8(AMARAL et al,2021).	2021/Português/Brasil	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Estudo descritivo qualitativo	IV
ID9(PRAST et al,2016).	2015/Inglês/USA	Occupational Therapy in Health Care	Estudo descritivo quantitativo	IV
ID10(DELISLE et al,2016).	2016/Inglês/Inglaterra	Journal of Interprofessional Care	Estudo experimental	II
ID11(KRUEGER; ERNSTMEYER; KIRKING, 2017).	2017/Inglês/USA	Journal of Nursing Education	Estudo experimental	II
ID12(CASIMIRO et al,2016)	2015/Inglês/Canadá	Journal of Interprofessional Care	Estudo de caso Instrumental	V
ID13 (MATZIOU et al,2014).	2014/Inglês/Grécia	Journal of Interprofessional Care	Estudo descritivo quantitativo	IV
ID14(LIMA et al,2020).	2020/Inglês/Brasil	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Estudo descritivo qualitativo	IV
ID15(NISBET; LINCOLN; DUNN, 2013).	2020/Inglês/África do Sul	BMC Medical Education	Estudo descritivo qualitativo	IV
ID16(EISENMANN et al,2018).	2018/Inglês/Alemanha	Western Journal of Emergency Medicine	Estudo experimental	II

No quadro 3 apresentou-se as categorias identificadas na revisão integrativa.

Quadro 3: categorias identificadas na revisão. Fonte: Própria autora, 2021.

CATEGORIAS IDENTIFICADAS NA REVISÃO
<p>Importância do trabalho colaborativo em equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior troca, discussão, integração de pontos de vista dos diferentes membros, maior integração da equipe (ID3, ID1, ID6, ID9). • Aumento da comunicação interpessoal (ID5, ID1, ID6). • Melhora a qualidade de atendimento /segurança do paciente (ID2, ID6, ID12). • Melhor uso dos recursos disponíveis (ID12).
<p>Relevância da comunicação interprofissional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eixo transversal nos serviços de saúde (ID4, ID8). • Elemento-chave nos processos de trabalho em saúde (ID11, ID7, ID5, ID8, ID10, ID14, ID13).
<p>Barreiras de comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflitos dentro da equipe (ID4, ID6, ID11, ID13). • Falta de conhecimento do papel de cada membro da equipe (ID16, ID5, ID6, ID13). • Falta de treinamento para habilidades colaborativas e dialógicas (ID6, ID10, ID13, ID15, ID16). • Comunicação assíncrona entre a equipe (ID6). • Formação acadêmica ineficiente (ID14).
<p>Estratégias para melhorar a comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento de habilidades regularmente (workshops, seminários, palestras formais). (ID15, ID2, ID3, ID4, ID5, ID6, ID7, ID16, ID9). • Educação Permanente (ID8) • Reuniões regulares de equipe (ID6, ID4, ID3, ID5). • Liderança compartilhada (ID1). • Utilização de um meio eletrônico e registro físico (ID6)

CATEGORIA 1: Importância do Trabalho colaborativo em equipe

O trabalho em equipe, na atenção primária à saúde, deve incluir objetivos compartilhados, visão para a colaboração, compreensão clara das funções individuais dentro da equipe, treinamento interprofissional e ter espaço e tempo para comunicar de forma eficaz (SZAFRAN *et al.*, 2018). Os profissionais de saúde aprendem no local de trabalho interprofissional, por meio das interações com pacientes, colegas e situações cotidianas que possam desenvolver seus conhecimentos de forma mais acirrada para que sejam aplicados em práticas futuras (NISBET *et al.*, 2013).

Ressalta-se que os modelos de atendimento que utilizam equipes interprofissionais demonstram maior satisfação e segurança do paciente, maior continuidade do atendimento e utilização mais eficiente dos recursos, resultados clínicos superiores se comparados ao modelo uni-profissional (SZAFRAN *et al.*, 2018; CASIMIRO *et al.*, 2015), constata-se as práticas colaborativas essenciais para atendimento de alta qualidade ao paciente (PRAST *et al.*, 2015).

CATEGORIA 2: Relevância da comunicação interprofissional

A falta de clareza de objetivos, comunicação deficiente, incapacidade de recrutar profissionais e estruturas hierárquicas podem levar uma má qualidade no trabalho em equipe (SZAFRAN *et al.*, 2018). Aponta-se que a comunicação perpassa por todas as instâncias de trabalho na saúde, desde pacientes, trabalhadores e gestores (MARINO *et al.*, 2014) e constitui fator primordial para aprimorar a segurança e a qualidade do atendimento ao paciente (KRUEGER; ERNSTMEYER; KIRKING, 2017). A comunicação efetiva interprofissional tem o papel de estabelecer relacionamentos positivos e reduzir erros médicos melhorando a satisfação profissional (SZAFRAN, *et al.*, 2017).

Um crescente corpo de evidências revela que a deficiência na comunicação entre os profissionais de saúde pode prejudicar o paciente (MATZIOU *et al.*, 2014).

Entretanto, sabe-se que a comunicação eficaz e a resolução de conflitos são elementos-chave para a prática colaborativa interprofissional, porém, atualmente, apenas 0,3% da literatura sobre educação interprofissional são discutidos (DELISLE *et al.*, 2016).

A comunicação efetiva é capaz de modificar a realidade do serviço e certificar integralidade das ações de cuidado (AMARAL *et al.*, 2021) ao contribuir para uma comunicação clara e efetiva em diferentes espaços de atuação, levando a harmonia na equipe e facilitando a resolução de conflitos (LIMA *et al.*, 2020).

CATEGORIA 3: Barreiras de comunicação

Dentre as barreiras enfrentadas pelos profissionais, que dificultam a comunicação interprofissional, encontradas, por meio deste estudo, citam-se a falta de orientações e informações precisas dentro das equipes para com a população e usuários, as quais permitem trabalhar os mesmos critérios sobre assunto específico em todas as unidades sanitárias. Ocorrem situações de violência entre a população e as equipes de saúde, identificando-se como causa a má qualidade da comunicação oficial em relação aos procedimentos exigidos (MARINO *et al.*, 2014).

Outras barreiras citadas para o bom funcionamento da equipe foram: a existência de equipes compostas por membros de personalidade difícil, não saber o papel de cada membro, assim como o baixo nível de colaboração dos médicos com outros profissionais de saúde (SZAFRAN, *et al.*, 2018).

Foram encontradas, ainda, a falta de treinamento de habilidades na residência médica para a colaboração em equipe, resultando em menor funcionamento da equipe e lacunas nas habilidades médicas (SZAFRAN *et al.*, 2018), atuação multiprofissional fragmentada; a fragilidade nos diálogos entre o tripé; usuários/profissionais/gestão; a tímida utilização de tecnologias leves e a falta de sistematização dos serviços intersetoriais (AMARAL *et al.*, 2021).

A comunicação assíncrona por mensagens ou via eletrônica pode constituir um obstáculo, pois resulta em um lapso de tempo que pode gerar informações ambíguas. (SZAFRAN *et al.*, 2018).

Destaca-se, ainda, como barreira, o modelo de formação em saúde no Brasil a qual acontece hegemonicamente de forma uniprofissional e disciplinar (LIMA *et al.*, 2020).

CATEGORIA 4: Estratégias para melhorar a comunicação

Salienta-se que podem ser realizados *workshops*, seminários, clínicas auditorias, palestras formais, publicações escritas, programas *online*, áudio, vídeo ou outra mídia eletrônica (CHETTY *et al.*, 2020). Outra estratégia evidenciada no estudo foi o desenvolvimento de liderança compartilhada entre membros de diferentes profissões (MITCHELL; BOYLY, 2020).

Afirma-se que a realização de formações para o desenvolvimento de habilidades requisitam pesquisa contínua, educação e aprimoramento da equipe (VANDERGOOT *et al.*, 2017; MARINO *et al.*, 2014).

Uma das estratégias utilizadas para melhor aproveitamento desse espaço de discussão, pelo Ministério da Saúde, foi a Equipe de Resolução de Conflitos, ao vislumbrar a possibilidade da criação de espaços físicos apropriados para condução de reuniões da equipe de trabalho (MARINO *et al.*, 2014).

Afirma-se que estratégias de treinamento de habilidades de comunicação como *TeamSTEPPS*[™] e *DESC Script* contribuem para melhoria da comunicação dentro das equipes de saúde (BROMMELSIEK *et al.*, 2019; VANDERGOOT *et al.*, 2017).

Dentre as estratégias relatadas, uma delas foi a utilização de um meio eletrônico e o registro físico os quais podem facilitar a comunicação entre os membros da equipe. Faz-

se importante compreender as funções e responsabilidades de cada membro e permitir o desenvolvimento de habilidades, respeito e confiança dentro da equipe (SZAFRAN *et al.*, 2017). A Educação Permanente pode ser usada como estratégia para a melhoria da comunicação dentro da equipe de saúde (AMARAL *et al.*, 2021).

Destaca-se a significância dessa revisão integrativa em adquirir conhecimento científico, proporcionar a construção das categorias e fomentar a importância do trabalho colaborativo em equipe, perceber a relevância da comunicação interprofissional, identificar as barreiras e estratégias para melhorar a comunicação dentro da ESF, além de servir como alicerce para o planejamento e construção da intervenção educativa.

4 MÉTODO

4.1 Tipos de estudo

Tratou-se de estudo multimétodos dividido em duas fases: na primeira fase houve um estudo de abordagem qualitativa, por meio da realização de grupo focal, com intuito de compreender a percepção dos participantes sobre o processo de comunicação das equipes no local de trabalho.

No segundo momento ocorreu a intervenção educativa com a utilização do Arco de Maguerez a respeito da comunicação interprofissional. Houve aplicação de pré, pós-teste imediato e pós-teste de 15 dias, o que caracterizou o estudo quase experimental do tipo antes e depois. Comparou-se a atitude e conhecimento dos profissionais em relação à temática. Realizou-se a análise de conteúdo de Bardin das falas emergidas do encontro.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Unidade Básica de Saúde no município de Fortaleza-CE. Segundo informações extraídas do Portal da Prefeitura Municipal de Fortaleza, foi iniciado, em janeiro de 2021, o processo de transição e reestruturação das regiões que compõem a Cidade de Fortaleza. Com a reestruturação, os 121 bairros da Capital foram agrupados em 39 territórios seguindo critérios, como a quantidade de habitantes, a área de cada bairro, a aproximação cultural e a utilização de equipamentos públicos pelos habitantes.

As Secretarias Regionais que passam de sete para doze, irão compor a Secretaria Municipal de Gestão Regional (SEGER). A partir da reestruturação, as doze Secretarias Executivas Regionais serão responsáveis pela manutenção referentes à limpeza de ruas ou de espaços utilizados, recapeamento de ruas e avenidas, capinação e manutenção preventiva de equipamentos públicos como creches, escolas e postos de saúde. O processo incentiva o diálogo comunitário, pois haverá um fórum territorial para discussões locais e o conjunto de fóruns formará o conselho territorial composto por representantes dos bairros da sociedade civil. Com a nova territorialização a Secretaria Executiva Regional VI, local onde a pesquisa foi desenvolvida, conta com 15 bairros que são os seguintes: Aerolândia, Alto da Balança, Cidade dos Funcionários, Jardim das Oliveiras, Parque Manibura, Messejana, Cambeba, Parque Iracema, Lagoa Redonda, Curió, Guajeru, José de Alencar, Paupina, São Bento e Coaçu.

A nova regionalização foi criada por Lei Complementar nº 278, de 23 de dezembro de 2019. Já o Decreto nº 14.590, de 6 de fevereiro de 2020, trouxe a renomeação das

Regionais, com novos mapas. Em 31 de dezembro de 2020, por meio do Decreto nº 14.899, o então prefeito Roberto Cláudio publicou a nova regulamentação da estrutura administrativa e do processo de transição das Regionais.

A figura 2 representa as regionais renomeadas por meio do Decreto nº 14.899 em dezembro de 2020.

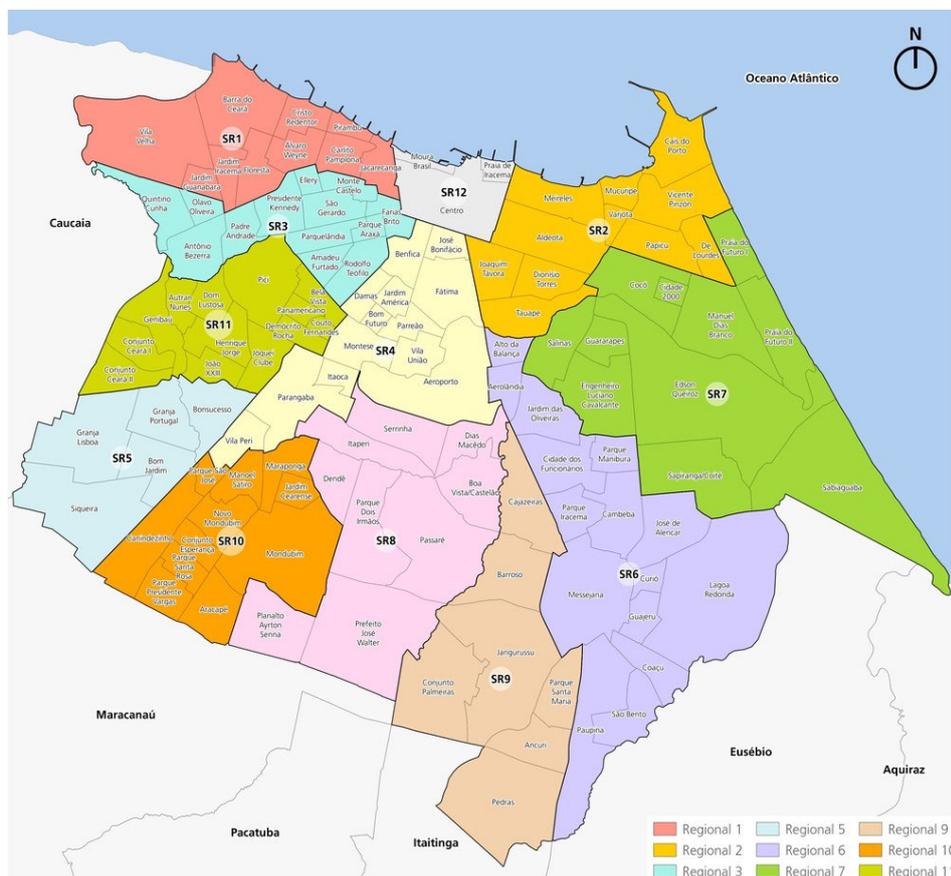


Figura 2: Por G1 CE-06/01/2021. Ilustração das Regionais renomeadas por meio do Decreto nº 14.899 em dezembro de 2020.

A pesquisa ocorreu, especificamente, em UBS que pertence a Secretaria Regional VI do município de Fortaleza-CE. A área de abrangência envolve parte do bairro Paupina e parte do bairro São Bento, fazendo limite ao norte com o território da UBS de Messejana, ao sul com território da UBS José Barros de Alencar, ao leste com o município do Eusébio e ao oeste com o território da UBS Maria Grasiela Teixeira Barroso.

Segundo o IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população dessa área era de aproximadamente 22.988 pessoas. No entanto, temos na UBS em questão, de acordo com o atesto municipal de funcionamento das UBS no mês de competência março de 2022, uma população cadastrada de 17.239 pessoas. Essa UBS conta com seis Equipes

da Estratégia de Saúde da Família apenas três Equipes de Saúde Bucal (ESB). O número médio de atendimentos gerais mensais na UBS, de Março de 2021 a Março de 2022, a partir de dados extraídos do Sistema de Informações fornecidos pela gestora, foi de 14.400. Os profissionais que compõem as seis equipes da ESF são: seis médicos, sete enfermeiros, três odontólogos, sete técnicos de enfermagem, dois auxiliares de saúde bucal e 20 agentes comunitários de saúde (ACS), somando ao todo 45 profissionais atuantes na UBS em questão.

4.3 Participantes do estudo

Para a população-alvo foram convidados 45 profissionais de saúde da respectiva UBS. Para compor a amostra, os critérios de inclusão foram profissionais atuantes nas equipes de ESF que tenham período de atuação superior a seis meses na UBS, para que estes tenham propriedade da percepção da comunicação interprofissional na equipe e profissionais que se voluntariaram a participar da atividade educativa. Foram excluídos da intervenção educativa profissionais que estavam afastados de suas funções por problemas de saúde ou gozo de férias no período do encontro.

4.4 Descrição do Procedimento de coleta de dados do estudo

A figura 3, abaixo, apresenta a descrição das etapas do procedimento de coleta de dados.

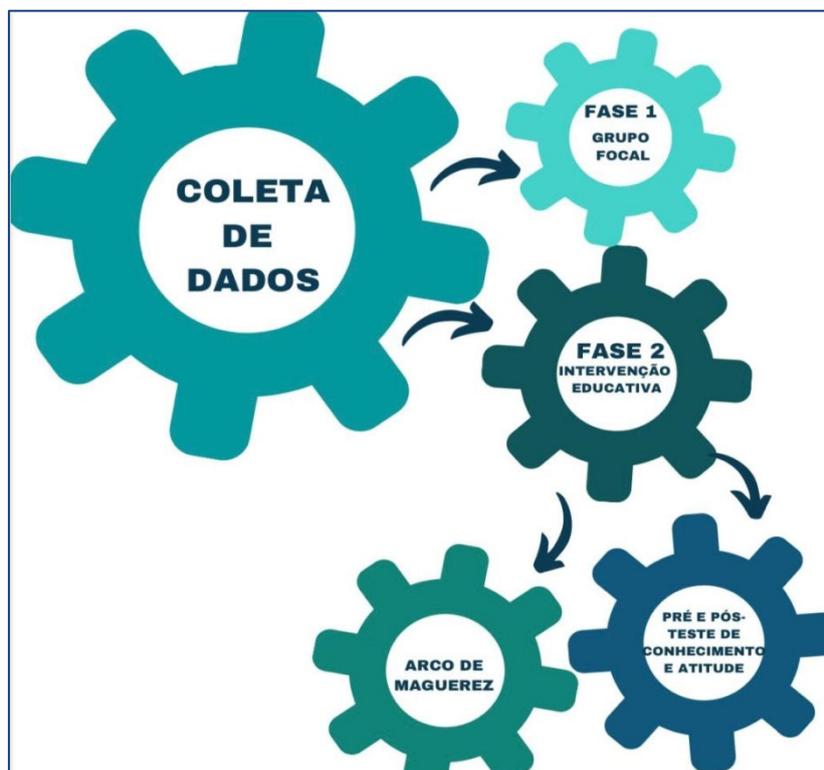


Figura 3: Descrição das etapas do procedimento de coleta de dados. Fonte: própria autora, 2022.

4.4.1 FASE 1: Grupo Focal - percepção sobre comunicação interprofissional no lócus da pesquisa

Durante a fase 1 foi utilizada a abordagem **qualitativa**, apropriada para aprofundar a compreensão de grupos, de microrrealidades e segmentos, e visa ao desvendamento de opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas, a lógica interna e específica e a singularidade sobre a visão dos problemas enfrentados (MINAYO; GOMEZ,2003).

Para a utilização dessa abordagem foi realizada a formação de um Grupo Focal (GF) que se refere a uma técnica de investigação qualitativa de caráter descritivo a qual busca compreender as atitudes e opiniões dos participantes em relação ao objeto pretendido na pesquisa. Além disso, pode possibilitar a integração do grupo, estimular a troca de experiências, discussões, conseqüente pensamento crítico e reflexivo e fomentar a elaboração de táticas grupais para solucionar problemas e transformar a realidade. Essa técnica investigativa proporciona ao pesquisador o conhecimento das percepções dos participantes *in loco* (SOARES, *et al.*, 2016). Na medida em que dialogam e constroem coletivamente os resultados das pesquisas estimulam o protagonismo dos participantes (KINALSKI, *et al.*, 2017).

Ao pretender-se apurar uma temática, sob visão coletiva, essa técnica constitui um recurso cada vez mais viável para coleta de dados (MUNARETTO *et al.*, 2013). O GF permite investigar a inserção de participantes em qualquer universo da área da saúde ao permitir que adentrem em um momento de reflexão, contextualização e análise do objeto investigado, propiciando a diversidade de olhares, opiniões, sugestões e críticas (TRAD, 2009).

Salienta-se que o GF constitui uma técnica de ampla utilidade nas pesquisas qualitativas, no entanto esta exige um rigoroso planejamento e preparo do pesquisador o qual assume relevante papel como moderador (DE ANDRADE *et al.*,2019).

O público-alvo constou de dois profissionais de cada equipe os quais foram convidados por meio de ligação telefônica e se dispuseram a participar da pesquisa. Para a criação do **Grupo Focal** houve um convite aos profissionais atuantes na ESF, por um período igual ou superior a seis meses, na referida UBS, período no qual o profissional tivesse construído, de forma mais clara, a percepção de como ocorre a comunicação dentro da equipe.

De acordo com os achados na literatura o GF pode ser constituído de seis a 15 participantes, sendo ideal o tamanho que permita uma discussão adequada da temática onde todos os envolvidos tenham espaço de fala (TRAD, 2009). A amostragem foi por conveniência, sendo representada por **nove participantes, os quais foram escolhidos** pela maior disponibilidade durante o turno de trabalho.

Posteriormente foi criado um grupo virtual, por meio de aplicativo de mensagens instantâneas, para facilitar o encontro, no qual foram acordados dia e horário da atividade. Os profissionais preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma presencial (APÊNDICE A).

Essa etapa da coleta de dados deu-se em um encontro com quatro horas de duração e ocorreu em uma sala na UBS referida a qual foi adaptada e disponibilizada para a atividade. Iniciou-se com dinâmica de “quebra-gelo” com o objetivo de promover a interação e participação do grupo e, posteriormente, foi projetado vídeo em que foram estimulados a refletir sobre comunicação na equipe.

Em um segundo momento foram lançadas, pela mediadora, **perguntas disparadoras** sobre a percepção a respeito da importância e relevância das **habilidades de comunicação** encontradas na prática interprofissional na ESF (APÊNDICE B). No decorrer da execução da atividade e interação grupal foram estimuladas as falas, debates e reflexões sobre a **comunicação interprofissional** na prática laboral dos participantes.

O encontro foi gravado e as falas transcritas na íntegra pela pesquisadora. A confidencialidade foi mantida e os nomes substituídos pela letra “P” referente ao nome **participante** e numerados de acordo com a ordem crescente de participação.

Após a transcrição as falas foram processadas no *software* IRAMUTEC® para análise e compilação dos dados. O *software* supracitado possibilitou o agrupamento de vocábulos, chamados de ocorrências, por similaridade semântica (PEITER *et al.*, 2019).

Em sua nomenclatura o *corpus* compreende o agrupamento textual total utilizado na análise que é composto por um conjunto de textos. Cada texto foi representado por uma unidade a ser analisada que, no estudo, correspondeu a cada texto oriundo das falas transcritas incluído na análise. Os textos foram, ainda, divididos pelo *software* em Segmentos de Texto (STs), fragmentos textuais de aproximadamente três linhas delimitados por similaridade semântica (PEITER *et al.*, 2019).

Para analisar textualmente essa etapa da pesquisa foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente na qual os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários. A variação destas ocorre conforme a transcrição do pesquisador e

o tamanho do seu corpus, representado pelo conjunto de texto que se pretende analisar. O conjunto desses segmentos é dividido com base na frequência das formas reduzidas (SOUZA *et al.*, 2018).

A atividade foi executada no mês outubro de 2021. Após o período de cerca de um mês, a Fase 2 da pesquisa foi aplicada.

4.4.2. FASE 2 Intervenção educativa

Na **fase 2** houve a implementação da **intervenção educativa** sobre a comunicação interprofissional com uso do **Arco de Charles Maguerez** o qual foi utilizado como referencial metodológico.

Para realização desta fase foi criado grupo no aplicativo de mensagens instantâneas após o convite realizado, presencialmente a cada profissional com sua devida autorização, onde foram realizadas as inscrições voluntárias para participação na pesquisa e repasse de informes como data, local, horário, tema e objetivo da intervenção. Participaram 15 profissionais, dos quais seis também haviam participado do grupo focal e solicitaram, voluntariamente, participar da intervenção educativa. A pesquisadora principal foi a moderadora do encontro o qual foi realizado no mês de novembro de 2021, em uma sala adaptada para as atividades dentro da UBS em questão.

Ao iniciar o encontro implementou-se dinâmica de acolhimento, também conhecida como quebra-gelo, para estimular a interação e participação do grupo. Para este momento aplicou-se a dinâmica do “telefone sem fio”, porém de forma gestual, em que os participantes dispostos em fila deveriam imitar gestos iniciados pela facilitadora. Os gestos do primeiro participante deveriam ser imitados pelo segundo e assim por diante, chegando a um gesto final sendo este comparado ao gesto inicial na dinâmica.

Em seguida sugeriu-se a distribuição de todos, em círculos, formando três grupos com cinco participantes. A sugestão do círculo tem a finalidade de remeter à ideia de posições igualitárias no processo educativo, ao ficar um ao lado do outro sem ocupar lugar destacado perante aos demais, com o objetivo de fomentar uma construção coletiva sem haver nenhum detentor do conhecimento e para que todos se sentissem partícipes do processo.

Inicialmente agradeceu-se a presença de todos e apresentou-se o projeto e objetivo da pesquisa ressaltando-se não apenas visar à coleta de dados, mas contribuir com a melhoria do serviço. Prosseguiu-se com o esclarecimento e assinatura, de forma presencial, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (APÊNDICE A) e posterior aplicação de um

pré-teste por meio do *Google Forms*, com sete questões de conhecimento e seis de atitude apresentadas em múltipla escolha. Um *QR code* foi projetado para que os participantes tivessem acesso, em seu dispositivo móvel, ao questionário o qual abordou os temas comunicação e colaboração interprofissional na ESF (ANEXO F) com a finalidade de coletar o conhecimento e atitude prévios dos participantes, a respeito da temática, antes da intervenção educativa e posteriormente comparar resultados com o **pós-teste** (imediate e tardio-realizado após 15 dias da atividade por meio virtual).

O instrumento do pré, pós-teste (imediate e tardio) foi dividido em duas partes: a primeira conteve informações sobre o perfil social e laboral com as variáveis: sexo, idade, estado civil, profissão, tempo de formação, especialização. A segunda parte contemplou a avaliação de **conhecimento e atitude** (APÊNDICE F) a qual possibilitou a realização de diagnóstico educacional de público-alvo determinado a partir da identificação do conhecimento prévio sobre o assunto, assim como o que sente, quais as ideias pré-concebidas sobre o assunto e como manifestam o conhecimento por meio de suas ações (KALIYAPERUMAL, 2004). O instrumento utilizado foi elaborado, pela autora, por meio da revisão integrativa presente neste estudo, especificamente para esta pesquisa. A aplicação desse questionário no **pré e pós-teste** proporcionou uma comparação cognitiva e atitudinal dos educandos antes e após a atividade educativa.

O referencial metodológico da atividade educativa, pautado no Arco de Magueréz, constituiu o alicerce dessa etapa embasado nos pressupostos da metodologia da problematização a qual incita a reflexão e tomada de consciência e pode gerar atuação intencional no mundo para transformação da prática. O Método do Arco apresentado pela primeira vez por Bordenave e Pereira, em 1982. Utilizou-se o Arco de Magueréz, por ser uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização (PRADO *et al.*, 2012).

Paulo Freire defende a educação problematizadora, a qual se encontra fundamentada na indissociabilidade dos contextos e das histórias de vida na construção de sujeitos e sugere que o conhecimento prévio do educando deve ser considerado e explorado (FREIRE, 2011). Ademais, destaca-se que ensinar não é a simplesmente transferir conhecimento, mas a criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Nesse contexto, utilizam-se como ferramentas o estímulo à curiosidade e à postura ativa ao instigar-se a análise crítica da realidade (CAMPOI *et al.*, 2019).

Na utilização da Metodologia da Problematização, com o Arco de Magueréz, primeiramente procuramos perceber o recorte de realidade a ser observado para desencadear

o processo, por meio das cinco etapas presentes no Arco. Durante a aproximação dessa realidade, é natural os educandos possuírem alguns saberes, circundados por conhecimentos, crenças, competências, habilidades, os quais que são absorvidos e adquiridos de fontes diversas relacionadas a experiências de história de vida, aprendizados na escola e trabalho e assim estabelecer um saber existencial (COLOMBO, 2007). Esse saber foi utilizado na mobilização das falas no decorrer da atividade para a extração dos problemas e busca das soluções.

A intervenção seguiu as **cinco etapas** presentes no Arco de Maguerez as quais consistem na: observação da realidade, eleição dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. As características e etapas constituem a riqueza dessa metodologia a qual é mobilizadora de diferentes habilidades intelectuais dos sujeitos, entretanto, exigem que os objetivos educativos sejam alcançados, disposição e esforços individuais e coletivos, pelos que a desenvolvem, no sentido de seguir de forma sistemática a sua orientação básica (FARIAS *et al.*, 2020).

A utilização do Arco de Maguerez pode levar o participante a desenvolver competências de autonomia e comunicação interpessoal, corresponsabilizando-se por seu aprendizado e na mudança em sua realidade durante o processo educativo (FARIAS *et al.*, 2020). A figura 4, a seguir, representa as etapas do Arco de Maguerez aplicadas durante a intervenção educativa.



Figura 4 - Etapas da intervenção educativa utilizando o Arco de Maguerez.

Fonte: Própria autora, 2021.

A **primeira etapa** consiste na observação da realidade e definição do problema e necessita da participação ativa dos sujeitos e um olhar atento sobre a realidade, ou recorte desta, por meio de uma primeira leitura, na qual o tema a ser trabalhado estará incluído ou acontecendo na vida real. Nesse momento, os participantes deverão olhar com atenção para a realidade, com seus próprios olhos, identificar-lhes as características e analisar aspectos que necessitam ser desenvolvidos ou passar por revisão ou melhoria (COLOMBO, 2007).

Diferentes estratégias que permitam uma aproximação dos sujeitos à realidade podem ser utilizadas como: filmes, dramatização, reportagens/notícias, e entrevistas com a população e especialistas, visitas, dentre outras (COLOMBO, 2007).

Neste estudo foi utilizada “situação-problema” com o objetivo de promover discussão sobre o problema relacionado à temática para a construção do Arco de Maguerez por meio da observação da realidade. Essa situação-problema foi construída com base nas informações obtidas no grupo focal (GF) durante a fase 1, foram abordados temas relacionados às falhas na comunicação interprofissional e desafios enfrentados por uma equipe de saúde fictícia de determinada UBS como dificuldade de reuniões, comunicação assíncrona entre profissionais, falta de espaço nas agendas para momentos dialógicos, falha na comunicação com o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), foco da gestão nas práticas curativas em detrimento de práticas que promovam o diálogo.

Na **segunda etapa**, os participantes identificam os **pontos-chave** do problema ou assunto em pauta, elencam, a partir da observação da realidade, o que é de fato relevante e as variáveis determinantes da situação (FARIAS *et al.*, 2020). Este passo constitui o momento de síntese após prévia análise inicial do problema central, o que precisa ser mais bem compreendido ou conhecido para buscar uma resposta.

Ao elencar os pontos-chave fez-se necessário iniciarmos por uma síntese a respeito do problema a fim de obtermos uma melhor compreensão e identificação de alguns supostos fatores relacionados ao problema, como as causas do problema, por meio mais objetivo, naquele recorte de realidade (COLOMBO, 2007).

Deste modo, foi proposto que os participantes destacassem os pontos-chave que poderiam explicar o surgimento de problemas no processo de comunicação interprofissional.

A **terceira etapa** é de **teorização**, na qual os participantes passam a perceber o problema e questionar o porquê dos acontecimentos observados nas fases anteriores. É uma etapa investigativa, em que os educandos devem organizar, analisar e avaliar as informações adquiridas para contribuírem na resolução do problema. Se bem desenvolvida, essa etapa pode levar à compreensão do problema, não somente em suas manifestações baseadas nas experiências ou situações, mas também os princípios teóricos que os explicam. Nesse momento foi recomendado que os participantes se apropriassem dos conhecimentos teóricos a respeito o assunto (VILLARD *et al.*, 2015).

Solicitou-se previamente que os grupos destacassem o que seria preciso aprender para melhorar a comunicação em equipe e solucionar o problema. Em seguida, a pesquisadora ministrou uma aula expositiva dialogada curta sobre comunicação interprofissional. O conteúdo foi construído com base nos resultados da revisão integrativa e grupo focal com destaque para definição de comunicação, barreiras e facilitadores, além de estratégias para melhorar a comunicação.

Durante a **quarta etapa** do Arco de Maguerez ocorreu a elaboração de alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, partindo do confronto entre teoria e realidade de maneira crítica e criativa. Assim, foram elencadas as **hipóteses para a solução do problema** alicerçadas na vivência dos profissionais da ESF, na qual estes refletiram sobre soluções para o problema identificado de forma crítica e criativa. As hipóteses foram construídas após a fase de teorização o que possibilitou a compreensão da realidade e a investigação do problema por todos os prováveis ângulos (DOS SANTOS *et al.*,2018).

Na **última etapa**, novos conhecimentos foram construídos com objetivo de transformar a realidade por meio das hipóteses previamente planejadas (FARIAS *et al.*,2020). Neste momento, o grupo apresentou a aplicação do plano de ação para melhorar a comunicação interprofissional e garantir melhoria na qualidade do cuidado na ESF e estabeleceu ações para transformação da realidade.

Para finalizar o encontro, houve a avaliação da intervenção educativa por meio da dinâmica: “Que bom, que pena, que tal?”, na qual os participantes expressaram *feedbacks* e sugestões a respeito da intervenção vivenciada.

Houve aplicação e coleta do **pós-teste** imediatamente após intervenção educativa, assim como 15 dias após, por meio de avaliação do conhecimento e atitude dos profissionais. A opção pela aferição dos desfechos apenas no intervalo de 15 dias é pontuada pelos achados do estudo que analisou estratégias de ensino-aprendizagem e comparou a eficácia, ao longo do tempo, em três momentos distintos (imediatamente após, 15 e 30 dias) após as estratégias educativas utilizadas. Os achados de tal estudo mostraram que, apesar do grupo experimental ter apresentado resultados melhores, o declínio com o decorrer do tempo (15 e 30 dias) foi semelhante para os outros dois grupos (LOPES, 2012).

Os dados de pré, pós-teste imediato e pós-teste tardio foram coletados a partir de formulário *online* disponibilizado pela ferramenta *Google Forms*.

Os dados coletados, na etapa quantitativa da fase 2, foram digitados em banco no programa *Microsoft Office Excel* e, posteriormente, processados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 24. Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos com frequências absolutas e percentuais. Realizou-se a estatística descritiva e inferencial após a verificação da não adesão à normalidade dos dados numéricos pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância adotado para as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$) e o intervalo de confiança de 95%. Na análise estatística foi utilizado o teste de Friedman.

As falas dos participantes, gravadas por dois equipamentos, foram transcritas e analisadas pela pesquisadora por categorias de acordo com as etapas do Arco. Na fase 2 a análise qualitativa foi investigada à luz da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin a qual visa, além de explorar, construir e apresentar as percepções ao redor de um objeto estudado. A análise do material coletado seguiu uma dinâmica sistemática mediante as fases definidas pelo autor como Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados (DE SOUSA; DOS SANTOS, 2020).

Dessa maneira, a legitimidade dos achados da pesquisa é decorrente de uma lógica peculiar e sistemática entre essas fases, na qual a rigidez no processo da investigação impede interpretações ambíguas e se estabelece como um pressuposto fundante. As proporções da codificação e caracterização sobrepujam-se às distintas fases da Análise de conteúdo por viabilizarem as inferências e interpretações (DE SOUSA; DOS SANTOS, 2020).

Nessa perspectiva, a análise de conteúdo é compreendida como um aglomerado de técnicas de “análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2004, p. 41).

4.5 Aspectos Éticos

Essa pesquisa desenvolveu-se dentro dos parâmetros contidos na Resolução 466/12 aprovada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) já que tratou de pesquisa envolvendo a participação de seres humanos (BRASIL, 2012). Dessa forma, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UNILAB, CAAE 47664121.0.0000.5576. Assim como ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Para a realização do trabalho de campo, apresentou-se aos participantes, de forma presencial, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) o qual descreveu a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios esclarecendo-os quanto à participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa quando assim quiserem.

Assegurou-se a confidencialidade e o sigilo aos participantes da pesquisa por meio da substituição dos nomes nas falas transcritas pela letra “P” relacionada ao nome “participante” e enumeradas de acordo com a ordem crescente de participação nas atividades. Os nomes de profissionais citados durante as falas foram substituídos por nomes de flores. Os participantes foram informados de que sua participação ou não nessa pesquisa não acarretaria qualquer benefício indevido, nem prejuízo de nenhuma natureza. Para

aqueles que reafirmaram a intenção de participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do TCLE, sendo disponibilizada a 2ª via para o participante, ficando a primeira sob a guarda da coordenação da pesquisa.

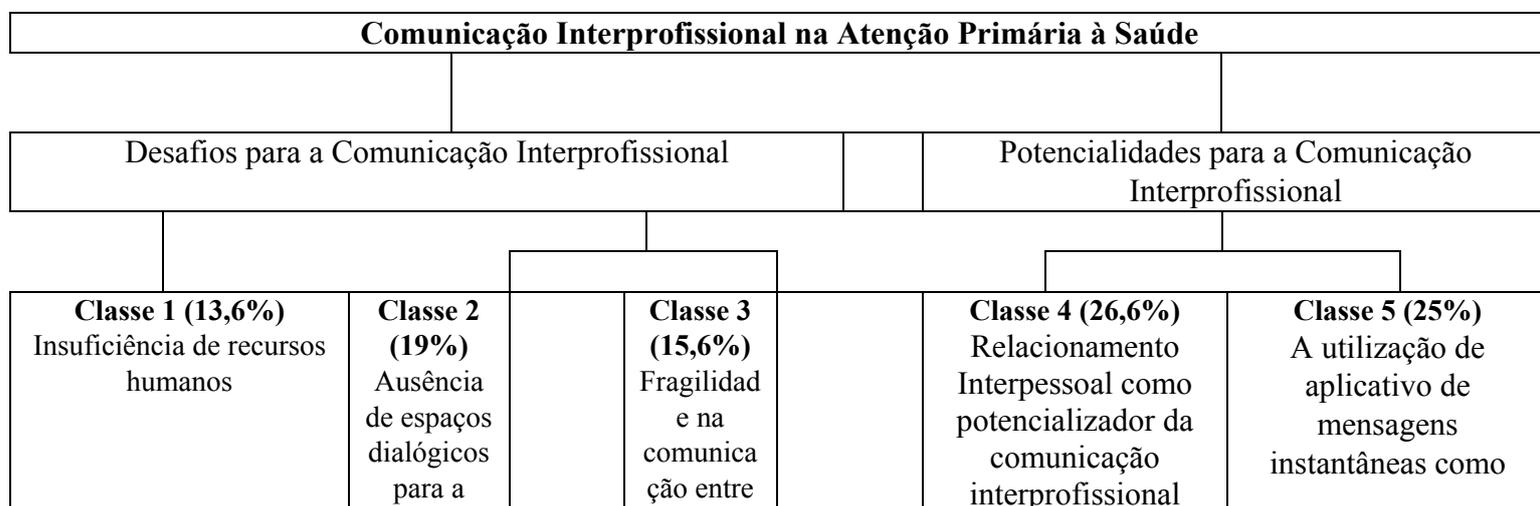
5 RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados, os mesmos serão apresentados conforme as fases da coleta de dados implementadas neste estudo.

5.1 Grupo Focal sobre comunicação interprofissional ESF

O grupo foi constituído por nove participantes, do sexo feminino, entre 40 e 50 anos sendo duas cirurgiãs-dentistas, duas enfermeiras, uma auxiliar de saúde bucal e quatro agentes comunitários de saúde, todas há mais de seis meses no exercício das atividades laborais na UBS em questão. Uma participante apresentava Mestrado, quatro pós-graduação, uma graduação e três participantes com nível médio em relação ao nível acadêmico.

O *IRAMUTEQ*® elaborou o dendograma da Figura 5, distribuído em cinco classes, as quais foram agrupadas em duas categorias analíticas. As falas de cada classe possuem trechos com as palavras existentes no dendograma.



		comunicação em equipe		profissionais de saúde e pacientes				facilitador no repasse de informações	
Palavras	X ²	Palavras	X ²	Palavras	X ²	Palavras	X ²	Palavras	X ²
Conhecer	59,58	Equipe	36,9	Horário	49,76	Entender	21,73	Passar	18,47
Doutor	43,18	Gestão	29,95	Consulta	37,06	Maior	17,09	Só	15,91
Deus	32,69	Categoria	26,4	Marcar	33,15	União	14,16	Jeito	14,21
Agora	27,39	Sentir	21,91	Hora	32,42	Alinhar	14,16	Ajudar	12,27
Vir	26,87	Preciso	21,88	Semana	27,47	Aqui	14,1	Pedir	11,26
Graça	26,01	Falta	20,79	Confirmação	27,47	Desafio	11,54	Lembrar	11,26
Paciente	25,66	Espaço	18,92	Minuto	27,47	Dentro	11,27	Estar	9,86
População	13,13	Momento	17,84	Enfermeiro	20,2	Grande	10,53	Tão	9,31
Abrir	13,13	Encontro	17,01	Dentista	11,29	Muito	10,49	Whatsapp	9,15
Exemplo	12,14	Dificuldade	16,65	Gestante	10,81	Como	9,03	Vender	9,15
Médico	7,61	Agenda	12,97	Dia	7,77	Mês	8,4	Voltar	8,76
Dizer	7,57	Geral	12,41	Dizer	7,64	Qualidade	8,4	Novo	8,76
Sair	7,37	Reunião	11,72	Paciente	7,36	Melhor	8,4	Parecer	8,29
Filme	7,32	Forma	8,32	Falha	5,95	Querer	8,2	Quando	8,08
Área	6,28	Reunir	8,2	Pré-natal	5,95	Melhorar	7,49	Menina	6,91
Entrar	5,31	Sentar	6,87	Informação	5,95	Respeito	7,49	Mudar	5,74

Figura 5 – Dendograma com as classes obtidas a partir da Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza, CE, Brasil. 2021. Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

De acordo com a figura, a primeira categoria tratou dos Desafios para a Comunicação Interprofissional, na qual foram incluídas a Indisponibilidade de recursos humanos; Ausência de espaços dialógicos para a comunicação em equipe e Fragilidade na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. A segunda categoria, denominada Potencialidades para a Comunicação Interprofissional, compõe-se pelas classes: Influência do Relacionamento Interpessoal na comunicação e Uso de aplicativos de mensagens instantâneas. Os dados foram analisados por meio do método da classificação hierárquica descendente.

Classe 1: Insuficiência de recursos humanos

Ao serem indagadas quanto aos desafios para a comunicação interprofissional, as participantes enfatizaram a falta de tempo para o desenvolvimento de assistência com qualidade como um dos principais desafios para efetividade da comunicação em equipe, instigado pela ausência de mais profissionais na unidade, o que reflete no distanciamento do cuidado centrado na pessoa. Desse modo, a insuficiência de recursos humanos gera atenuação no tempo para realização das ações de saúde e planejamento do cuidado.

“O meu desafio [...] ainda continua a ser o tempo e que a gestão valorize mais esses momentos de encontros nossos, que não é só atender, atender e despachar, né? [...] eles precisam entender que precisa ter tempo para poder alinhar as ideias.” (P5).

“A consulta em pouco tempo você não vai conhecer seu paciente porque precisa se comunicar mais.” (P7).

“Também acho que falta de tempo, sobrecarga os profissionais”. (P6)

As participantes chamaram atenção para a consequência da indisponibilidade de tempo como fator gerador de desconhecimento das necessidades de cuidado dos pacientes, o que provoca atendimento centrado na agudização dos problemas e não favorece a promoção da saúde dentro da atenção primária.

“Não dá tempo mesmo, porque vocês têm que fazer a consulta que tenha resultado, e se for pouco tempo, não vai ter resultado, às vezes, passa uma coisa despercebida que tá acontecendo com aquela gestante ou com aquela criança que por ser tão rápido o atendimento você não vê.” (P7)

“No meu pré-natal eu demoro bastante com paciente, eu demoro 30 a 40 minutos e a gestão queria que a gente fizesse um pré-natal em 15 minutos.” (P6)

Além disso, foi exposto que a falta de tempo, gerada pela insuficiência de recursos humanos, leva a sobrecarga dos profissionais e lotação da unidade de saúde, o que, também, relaciona-se diretamente à assistência sem o cuidado centrado na pessoa.

“Tem esse problema, a lotação, não tem culpa.” (P7)

“A gente tem uma agenda, uma demanda, muito grande.” (P9)

“Então eles mandam fazer isso, fazer aquilo, e as nossas visitas? Que é muita quantidade e cada vez mais gente, mais gente. Se você não tem suporte pra atender esse monte de gente não, não tem, não tem como [...] se a minha equipe com duas mil pessoas, não está dando conta, imagina uma de seis mil?” (P7)

Conforme as falas de partícipes vale acrescentar que a indisponibilidade de tempo para o cuidado qualificado influencia de forma direta a propagação da cultura medicocentrada e, conseqüente, abandono dos princípios e objetivos da Atenção Primária à Saúde, cujas ações precisam ser, de forma prioritária, direcionadas à promoção da saúde, com ênfase no autocuidado e autonomia dos sujeitos e cuidado centrado no usuário.

“Em minha opinião o maior desafio do posto de saúde é porque tá deixando de ser PSF, né? E ao todo o atendimento é educação, é saúde, é priorizar educação em saúde, porque assim, aqui na Odontologia aparece muita urgência, urgência.” (P8)

“Os próprios usuários não valorizam, [...] eu vou sair de casa pra ter uma consulta com o médico e receber um medicamento? Ele vem na hora! Eu vou sair da minha casa pra ir lá posto escutar só elas falarem? Isso aqui pra eles é perda de tempo, acaba pela descaracterização da atenção básica.” (P6)

As participantes mencionaram a rotatividade dos profissionais, gerada pela insuficiência de recursos humanos, uma vez que os profissionais são transferidos de locais de trabalho de maneira constante por razões administrativas, como fator limitante para a comunicação interprofissional efetiva, além disso, é válido citar que essa limitação reforça a descontinuidade do cuidado e prejudica o vínculo com a comunidade e afeta, conseqüentemente, o princípio da longitudinalidade do cuidado.

“A rotatividade tanto de profissionais como a que está tendo aqui dentro, principalmente médicos, quanto à rotatividade da gestão é um ponto muito negativo nessa comunicação.” (P6)

“Só vive mudando enfermeiro.” (P7)

“O desafio é ter profissional para trabalhar comigo [...] a nossa equipe não tem médico, então o desafio é muito grande, como a gente vai trabalhar bem se a gente não tem [...] é incompleto, né?” (P2)

Classe 2: Ausência de espaços dialógicos para comunicação em equipe

As participantes do grupo focal relataram a indisponibilidade de rodas de conversa com todas as categorias profissionais como aspecto limitante para a comunicação interprofissional efetiva. Ademais, citaram que as reuniões entre Enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde, quando acontecem, são em tempo limitado e os profissionais detêm-se à resolução de burocracias, o que prejudica a comunicação e o planejamento do cuidado dos pacientes e as mesmas ocorrem apenas uma vez por mês em várias equipes.

“Na minha equipe não tem comunicação [...] quando a gente se reúne é tão rápido que é só pra entregar os papéis de encaminhamento eu acho que isso não é comunicação.” (P7)

“Os desafios são essas faltas desses espaços, desses momentos de comunicação, de reuniões.” (P9)

Adicionaram à discussão que a existência desses espaços dialógicos funcionaria como potencializadores para o cuidado contínuo e centrado no paciente, com a partilha entre as diversas categorias profissionais sobre as necessidades de cuidados e possíveis intervenções para as múltiplas condições dos pacientes, além de facilitar a comunicação entre unidade de saúde e comunidade. Surgiram ainda barreiras relacionadas à categoria médica que, até mesmo pela cobrança por número de atendimentos, muitas vezes não dispõe de espaço na agenda para as reuniões de equipe.

“Por isso que é bom ter a reunião em equipe para saber como é que vocês as dentistas, pra saber desse atendimento a criança, eu não sei se tiver uma criança da minha comunidade eu não sei como é.” (P7)

“Eu acho que a gente precisa de mais momentos de comunicação da equipe completa [...] o momento de encontro da equipe inteira é um encontro produtivo.” (P4)

“Eu sinto também falta dessas reuniões, principalmente, porque, às vezes, a gente quer alinhar algumas coisas com os médicos e tem médicos que não são acessíveis. Porque eles não dão essa abertura, então eu acho que tem essa dificuldade de barreira entre categorias diferentes também, alguns são muito resistentes.” (P6)

“Assim, eu acho assim em relação a interpessoal, a gente acabou falando só das categorias e não incluiu o NAC [...] é um desafio muito grande a comunicação da gente com eles.” (P9)

Classe 3: Fragilidade na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes

A comunicação com os pacientes trata de desafio gerado por aspectos de outras classes anteriormente mencionadas. A falta de tempo e a rotatividade dos profissionais influenciadas pela insuficiência de recursos humanos suficientes e a ausência de espaços de alinhamento dos planos de cuidado entre toda a equipe, prejudicam a comunicação com os pacientes. Portanto, a causa principal da fragilidade na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes é a soma de aspectos que levam a uma falta de comunicação interprofissional efetiva.

“Porque acontecem coisas aqui na porta que, às vezes, por falta de alguma comunicação os pacientes ficam rodando aqui dentro do posto.” (P8)

“Eu sinto a necessidade de afinar mais a comunicação com os pacientes [...] eu corto eles bastante, a gente acaba tendo obrigação de otimizar a consulta, [...] senão não dá tempo.” (P5)

“As enfermeiras estão lá no consultório e dizem pra gestante: vão lá pra odontologia que elas já vão marcar, então tem que ter uma boa comunicação entre a dentista e a enfermeira sobre as gestantes, como é que vai ser o atendimento das gestantes, como é que a gente vai marcar? [...] às vezes, a dentista não está aqui.” (P8)

Classe 4: Relacionamento Interpessoal como potencializador da comunicação interprofissional

Quando questionadas sobre as potencialidades para comunicação interprofissional, as participantes relataram o bom relacionamento interpessoal como potencializador para melhora da comunicação dentro da equipe e reforçaram que apesar dos desafios citados, o respeito e a empatia entre os profissionais amenizam as barreiras para a comunicação efetiva.

“Mas eu acho que a gente aqui do nosso posto tem uma união muito grande, todo mundo que vem aqui diz que é um posto diferenciado, quem nunca trabalhou no posto aqui, por quê? Porque todos os profissionais que trabalham aqui se dão muito bem.” (P6)

“Porque a gente tem respeito, a gente se escuta, né? Mas tem essa união e eu acho que essa é uma potencialidade muito forte da comunicação aqui dentro dessa unidade...” (P7)

Classe 5: A utilização de aplicativo de mensagens instantâneas como facilitador no repasse de informações.

As mídias digitais, em especial o aplicativo de mensagens instantâneas, o *WhatsApp*, foram mencionadas pelas participantes como potencializadoras no repasse de informações, uma vez que permitem o acesso rápido às informações, o que facilita, também, a comunicação entre profissional de saúde e paciente. Logo, pode contribuir, também, para a superação de alguma fragilidade na comunicação do binômio profissional-cliente, a qual foi citada como desafio para a comunicação interprofissional e entre os membros da equipe, facilitando o repasse de informações.

“Eu estou tentando utilizar mesmo a ferramenta do Whatsapp também como um aliado [...] nessa questão da comunicação”. (P6)

“Eu acho que as mídias são potencialidades sim na comunicação”. (P4)

“Acho que as meninas já disseram tudo, Whatsapp, [...] a união dos profissionais daqui da unidade são as maiores potencialidades que a gente tem”. (P5)

5.2 Intervenção Educativa com base na problematização de Charles Maguerez

A intervenção educativa foi realizada com 15 participantes. Dentre os profissionais, havia oito agentes comunitários de saúde, quatro enfermeiras e duas cirurgiãs-dentistas e uma ACS que exercia cargo de gestão. Todas as participantes do sexo feminino (100%) com idade entre 24 e 60 anos; 64,3% da amostra com estado civil casado (a); 21,4% solteiro (a) e 14,3% divorciado (a).

Em relação ao número de filhos, 46,2% relatou ter dois filhos; 23,1% relatou ter um filho, 21,3% relatou ter três filhos e apenas 7,7% relatou de quatro ou mais filhos. Quanto à escolaridade cinco participantes relataram ter nível médio, quatro tinham graduação, quatro pós-graduação e um tinha Mestrado. Em relação ao tempo de serviço na Atenção Primária, os participantes tinham entre um a 25 anos e, em relação ao tempo de serviço na UBS em estudo, houve variação de um a 25 anos.

Ao iniciar o encontro, a facilitadora e também pesquisadora, apresentou a temática, objetivos geral e específicos, forneceu o material necessário como pasta, folhas, caneta e impressões dos documentos. Houve a leitura de forma coletiva com o grupo o TCLE com esclarecimento de todas as dúvidas. A assinatura do termo se deu de forma presencial.

O encontro foi intitulado previamente **“Comunicar, colaborar, crescer.”** Em seguida houve a realização de dinâmica de grupo do telefone sem fio, porém de forma gestual, na qual os discentes, dispostos em fila, imitaram o gesto inicial da facilitadora, passando de uma a uma, em que cada participante podia ver o gesto apenas de quem o antecedia. O grupo mostrou-se motivado e envolvido na atividade e durante a reflexão puderam perceber a temática abordada, a falha na comunicação como resultado da dinâmica, pois a mensagem final obtida foi diferente da inicial.

A parte qualitativa dos resultados da intervenção será apresentada abaixo de acordo com as etapas do Arco.

Após a formação dos grupos, partiu-se para a **primeira etapa** do Arco de Maguerez, a **observação da realidade**. Cada participante recebeu uma situação-problema única, a respeito da comunicação interprofissional, de forma impressa, a mesma foi projetada por data show. A situação-problema continha situações semelhantes às vivências emergidas no grupo focal, na qual o tema comunicação interprofissional foi abordado por diversos

ângulos, incluindo a relação com médico, ACS, enfermeiras, dentistas, ASB, gestão local e usuários. Trouxe ainda os desafios vivenciados no cotidiano do trabalho de equipe, como a falta de espaços dialógicos protegidos nas agendas dos profissionais, a dificuldade em reunir os profissionais e a sobrecarga de trabalho. A situação-problema foi utilizada com o objetivo de instigar os participantes a refletir e juntos encontrarem soluções para os próprios desafios.

O grupo optou por fazer a leitura de forma coletiva. Observou-se, nos participantes, engajamento e identificação com a realidade na prática laboral, assim como a reconhecimento do problema central fomentado através da SP conforme identificado nas falas das participantes a seguir. A **falta de comunicação efetiva, periódica e sistemática entre os profissionais** foi elencada como problema central.

“Copiaram foi do Jasmim (UBS referida) porque tá igual.” (P1)

“Problema central é a falta de comunicação. Uma comunicação efetiva, periódica, sistemática, resolveria muitos dos entraves. Também muitas vezes a falta de empatia, muitas vezes a gente erra na comunicação, a gente falha nessa comunicação e aí gera um problema e a gente tenta resolver aquele problema que foi causado a um paciente a uma pessoa.” (P2)

O fato de conhecerem de forma profunda a realidade, na qual estão inseridos, auxiliou na identificação dos problemas com facilidade e na colaboração com a troca de saberes relativa às categorias profissionais presentes. Em seguida, lançou-se a pergunta ao grupo sobre quais problemas eles identificavam na situação apresentada. Os problemas elencados pelo grupo foram destacados no quadro abaixo:

1ª Etapa do Arco – Observação da Realidade quadro 4: Resultados da 1ª Etapa do Arco de Magueréz
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de reunião periódica e ausência de reunião geral • Número reduzido ou ausência de reunião de equipe e falta de reunião por categorias profissionais; • Priorização de atendimentos clínicos dos médicos em detrimento do atendimento de outros profissionais; • Falta de comunicação da gestão com relação às agendas como férias dos profissionais e afastamentos; • Ausência de capacitações e informação com relação aos fluxos, processos e operações; • Número reduzido de profissionais nas equipes;

- Desorganização do fluxo da unidade com demanda acima da capacidade da UBS;
- Priorização da quantidade acima da qualidade;
- Pouca disponibilidade dos profissionais para participar das reuniões e desvalorização das reuniões por parte da gestão;
- Falta de comunicação entre os profissionais de cada equipe e da unidade;
- Ausência de registros e informações no prontuário, incompletas ou inexistentes para outros profissionais;
- Falta de empatia;
- Sobrecarga nas agendas dos profissionais;
- Precariedade de instrumental de trabalho e estrutura física.

Quadro 4: Resultados da 1ª Etapa do Arco de Maguerez. Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Com relação à falta de comunicação com a equipe foi identificada uma situação de não repasse de informações simples sobre afastamento de profissionais, conectado com a realidade do serviço, fato que dificulta o trabalho em equipe.

“Por que às vezes a gente fica aqui “boiando” sem saber quem está de férias ou não.” (P1)

A falta de comunicação da gestão com a base foi expressa por alguns participantes como fator dificultador para comunicação efetiva dentro da UBS. Os participantes envolvidos fizeram a ponte da situação-problema e à realidade do serviço, enriquecendo o momento educativo com saberes e práticas.

“A gente encaminha um paciente para a vacina, passa a informação para o paciente [...] Eu acho que nessa época para nós aqui, a comunicação é tudo, pra não acontecerem problemas nem aqui nem com a gente que está lá fora, faz parte da nossa vida.” (P1).

Outro ponto destacado foi a falta de treinamentos em relação à comunicação em situações de conflito, fato que gera comunicação incorreta e favorece o atrito entre profissionais e usuários dentro da Unidade.

“Outra coisa que quero falar aqui é por minha conta, a gente tem que ter um treinamento, para que possa ter um enfrentamento caso haja um problema, uma discussão, uma confusão, uma agressão. Por que às vezes a gente fica sem saber

o que fazer e a gente vai usar o lado humano. Qual é? Se defender, e muitas vezes acaba acarretando num drama maior.”(P1)

A desvalorização de espaços dialógicos também emergiu da fala dos participantes tendo como consequência ação mecânica dos profissionais, sem reflexão sobre sua prática, sem voltar-se para a resolução de problemas.

“Falta de valorização desses espaços de diálogo, falta de valorização das reuniões por parte da gestão e equipes, reconhecer que esses espaços são importantes, que muitas coisas podem ser resolvidas, por exemplo, a demanda está muito grande, vamos sentar, vamos resolver, vamos enxergar e buscar soluções, é trabalhoso, mas acho que é possível. A demanda é muito grande, a gente ainda vive aquele modelo, voltado para a cura, voltado para a doença...” (P2)

Falhas na comunicação assíncrona também foram citadas como entraves na comunicação da equipe por falta de registros nos prontuários dos pacientes.

“Ausência de informações no prontuário dos pacientes, realmente é outro tipo de comunicação, às vezes a gente precisa ver na consulta da gestante o que foi solicitado na consulta anterior pelo médico e conversar com a paciente. Se não está registrando como é que vai dar continuidade aquele atendimento, pré-natal? E assim também com a atenção secundária, terciária, não é um prontuário unificado, às vezes um diabético vai para um... e às vezes não há esse retorno, essa contra referência, às vezes o paciente vai para o CEO, extrai um dente, a gente vê o prontuário e é como se o dente tivesse ali na boca do paciente, não é um prontuário unificado e aí... traz essa dificuldade.” (P2)

“Doutora, isso daí também é bom para o profissional que vai saber o que aconteceu, porque quantas pessoas não passam por ele, ele não vai lembrar.” (P3)

“E até o próprio paciente vai se sentir importante se você disser: e aí deu certo seu exame, você fez, veio fazer ontem? A senhora lembra doutora? Às vezes nem se atenta que você está lendo ali [...] mas ela vai se achar [...] sim com certeza, você conseguiu? Né? A mesma coisa da nossa visita quando a gente chega que a gente fala assim alguma coisa da casa da pessoa, a pessoa se sente supervalorizada.” (P2)

“E ,a respeito do paciente, alguma coisa importante que era pra ter sido feita, algum exame importante que não está ali registrado e aí o outro profissional que

vai atender não sabe, da história clínica, não vai perguntar, paciente esqueceu, é importante esse outro tipo de comunicação.” (P2)

As precariedades de recursos materiais e espaço físico das salas foram citados como dificultadores das condições de trabalho na APS acarretando em barreiras na comunicação e, conseqüente, queda na qualidade das consultas e prestação de cuidado centrado no paciente.

“A precariedade de instrumental, dos espaços físicos, das salas, para que se tenham boas condições de trabalho, às vezes de conversar de forma sigilosa, alguma coisa importante, uma consulta importante, uma decisão importante, pra se ter assim com o paciente, às vezes não se tem, assim, espaço físico, tá barulho lá fora, o paciente também, todos querendo entrar, piso quebrado, a porta não fecha.” (P4)

A alta demanda de pacientes revelou-se nas falas como empecilho para atenção de qualidade ao usuário devido ao tempo encurtado das consultas o que dificulta uma escuta qualificada e uma comunicação efetiva.

“Que nem o grupo falou... Demanda acima da capacidade aí eu acho que isso aí também atrelado à quantidade em detrimento à qualidade, por que às vezes, ter a unidade funcionando é mais importante do que a qualidade em si. Então se tá funcionando, se tem gente atendendo tá tudo bem, mas quem tá lá dentro é que sabe a qualidade da consulta... Aí é difícil para nós...” (P4)

“Ave Maria, o médico nem olha pra gente [...] a respeito das consultas em tempo encurtado.” (P3)

“O número em detrimento da qualidade da consulta, da assistência.” (P2)

Também estiveram presentes reflexões sobre a importância das reuniões interprofissionais para maior integração da equipe e fortalecimento dos profissionais:

“A gente fala muito nas reuniões de profissionais por que a gente se prepara aqui pra enfrentar lá fora, mas essa interação entre nós, ela é mais do que necessária, que a gente vê profissionais de todos os níveis, como se fosse um campo de guerra, como se a gente trabalhasse um pra derrubar o outro e não é, penso eu que nós estejamos no mesmo barco, remando no mesmo sentido, mas chega num determinado momento que tão se matando um ao outro, é um ódio no olhar, é uma mágoa, é um ressentimento, e aí como é que a gente vai enfrentar lá fora. Eu

coloco nessa posição porque os profissionais que estão dentro das salas... De certa forma tem certa proteção, mas para o ACS nós estamos na rua, então quando a coisa está errada aqui dentro, ela reflete lá fora, e lá fora a gente não tem pra onde correr, então assim, eu gostaria que esse momento ele se repetisse outras vezes, embora eu não tenha participado anteriormente, mas porque a gente se sente acolhido nesse momento, a gente desabafa, troca ideias e é um momento até de quebrar essa rotina, né? Construir amizade, construir um conceito de trabalho pra que a gente se fortaleça pra enfrentar lá fora [...] lá fora é muito difícil.” (P5)

No momento seguinte, percorrendo a **segunda** etapa do Arco de Magueréz na qual os participantes apontam o que de mais importante foi observado no recorte da realidade apresentada na situação-problema. Nessa etapa há **identificação dos pontos-chave** do assunto em questão e as variáveis determinantes da situação, como uma síntese dos aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos, na busca de uma resposta ao problema na comunicação interprofissional na ESF. A partir do problema central emergiram os pontos-chave nas falas dos participantes.

O quadro 5 apresenta os pontos-chave citados pelos três grupos:

2º Etapa do Arco – Identificação dos Pontos-chave
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação falha • Desorganização • Alta demanda • Falta de planejamento e execução de ações • Desmotivação e falta de interesse por parte dos profissionais • Condições de trabalho • Alta rotatividade dos gestores e profissionais • Falta de valorização dos profissionais • Falta de autonomia nos processos laborais

Quadro 5: Resultados da 2ª etapa do Arco de Magueréz. Fonte: própria autora, 2021.

Durante a reflexão sobre os pontos-chave do problema surgiram falas que os desafios levantados já seriam do conhecimento de todos e muitos estariam distantes hierarquicamente da resolução.

“Eu acho que esses problemas levantados, hoje, já são do nosso conhecimento, pois fazem parte do nosso dia-a-dia, é fácil de resolver? Não. Mas tem muita coisa que não está ao nosso alcance, hierarquicamente a solução é acima e fica de mão atadas, convivendo com os mesmos problemas, sabendo que poderia solucionar e tem que conviver com eles.” (P6)

Outro ponto destacado foi a alta rotatividade dos gestores e profissionais, fato que gera desconstrução do que já havia sido pactuado entre os profissionais anteriormente e ainda afeta o acompanhamento longitudinal dos pacientes, além da desvalorização dos profissionais.

“Outra causa também que a gente resolveu na outra reunião: a mudança constante de gestão... Essa mudança constante de gestão faz com isso daí esteja sempre se repetindo e a gente não consegue avançar a partir de certo ponto. Temos que achar uma alternativa para que essas mudanças constantes não atrapalhem.” (P6)

“Acompanhar o andar da carruagem, não voltar tudo de novo [...] o que é difícil porque quem entrar vai querer trabalhar da sua maneira, não quer se adaptar ao que já existe.” (P3)

“Fala-se tanto da questão do vínculo profissional-paciente, mas até mesmo o vínculo entre profissionais, isso aí reflete até mesmo.” (P4)

“A Violeta fez o vínculo com a equipe, quando a pessoa construir o vínculo será que vai mudar, será que vai sair?” (P7)

“Esse problema quem vai sentir é o paciente.” (P4)

“Falta de valorização dos profissionais, essa é a primeira e mais importante, principalmente a valorização pela gestão. Ter um pouquinho mais de autonomia em relação ao nosso trabalho, porque a gestão da APS preza muito pelo paternalismo.” (P8)

Outro fator apontado foi a desmotivação dos profissionais refletindo nas práticas de trabalho e na comunicação da equipe, assim como falta de interesse na reflexão e melhoria das práticas laborais.

“A gente que vai ter que aqui achar os meios de se motivar senão a gente vai acabar adoecendo, sobrecarregando, uma depressão, uma síndrome de Burnout e outras coisas, então a gente tem que procurar se motivar apesar de tudo [...] eu acho que a falta de interesse também, por que a gente tá tão desmotivado que a

gente não tem interesse de se esforçar, de fazer diferente, acaba se acomodando.”
(P7)

A falta de segurança no trabalho e suporte aos profissionais foram citados durante o encontro como hipóteses que interferem na comunicação do profissional com o paciente e geram uma comunicação pautada no medo e pouco efetiva.

“Falta de segurança no trabalho, nos sentimos vulneráveis, nossas condutas são adequadas visando essa falta de segurança, vamos fazer tudo que o paciente pede, porque se a gente diz um não tem que falar da melhor forma.” (P4)

Outra questão levantada como hipótese que poderia explicar o problema foi a ausência de acolhimento e cuidado com os profissionais, refletida até mesmo nas condições precárias de espaço físico na UBS e sobrecarga profissional dificultando a comunicação interprofissional.

“Falta acolhimento ao profissional e condições adequadas, onde a gente vai guardar nossas coisas? Falta sala, então falta esse acolhimento ao profissional. Sobrecarga de trabalho falta de estímulo e falta de elo entre os profissionais, essa unidade, a gente é uma unidade, mas ao mesmo tempo a gente não é [...] fortalecer esse elo.” (P4)

“Temos que ver que além de profissionais essas pessoas aqui, são mães, são esposas, às vezes passam por problemas em casa, às vezes a pessoa tá num dia tão ruim, precisamos ter a percepção que aquela pessoa não tá bem, então você até na brincadeira ou uma maneira que a pessoa se expresse. A gente vem trabalhar pra cuidar, mas às vezes não consegue chegar os problemas em casa. Cadê o Cuidando do Cuidador? Foram demitidos... Olha aí a valorização do profissional [...] não tem mais PICS no município.” (P3)

O fraco elo entre os profissionais e falta de estímulo para espaços de comunicação foram expressos durante o encontro como hipóteses que podem explicar a falha na comunicação interprofissional.

“Falta de comunicação através de encontros e rodas, nossa roda de equipe e nossa roda geral e as nossas festinhas que a gente fazia e não faz mais, a gente tinha nosso São João, tinha nosso Carnaval, tinha nosso Outubro Rosa que a gente fazia lá fora, as mulheres tudo dançando... Era legal, é um momento nosso,

que queira não queira, a gente precisa. Falta comunicação de amor, de perdão, a vida é tão curta. Nossos encontros tem que ter, é só trabalho aqui dentro?” (P1)

Problemas organizacionais como falta de organização das agendas, demanda excessiva e falta de consultas compartilhadas também apareceram como fatores que dificultam a comunicação interprofissional efetiva.

“A falta de organização das agendas. Uma agenda muito cheia, consultas de 15 em 15 minutos, enfim e aí a demanda excessiva.” (P2)

“Falta de consultas compartilhadas também, de repente tem uma família muito complexa nas equipes e um profissional só não está conseguindo dar conta. Se procurar fazer um PTS (Projeto Terapêutico Singular), discutir com outros profissionais é uma espaço de comunicação que pode resolver muitas coisas.” (P2)

Emergiu na fala dos profissionais a relevância da capacitação profissional como fator de motivação:

“Falta de capacitação de todos profissionais. Vamos lá, vamos lembrar uns anos atrás que a gente se reunia mais, a gente se capacitava mais, a gente tinha mais esse momento gostoso, a gente não tem mais. Era muito bom nos engrandecia.” (P1)

“Às vezes essas faltas de capacitação, de reuniões implicam muito mais nesse estímulo do que até o salário, sei que o salário é muito importante, mas não é tudo. Às vezes esses espaços, essas rodas onde você tem o espaço de escuta, de troca, é tão importante esse reconhecimento, esse estímulo... que a gestão possa consentir que a gente tenha esses espaços.” (P2)

Surgiram ainda reflexões sobre a falta de reconhecimento dos profissionais dentro de suas funções e falta de empatia como dificultadores de uma comunicação efetiva.

“Falta de reconhecimento dos profissionais. Por que numa unidade de saúde cada um tem o seu papel principal e importante dentro dessa família que a gente é.” (P1)

“Quando a gente não sabe reconhecer o trabalho um do outro, a gente só falta morrer dando a cara, mas ninguém nunca chega lá pra agradecer, só chega pra criticar e arrumar confusão, então mais empatia gente.” (P1)

Após a discussão dos pontos-chave, a pesquisadora e facilitadora do encontro aplicou a **terceira etapa** do Arco de Maguerez, que é a etapa de **teorização**. Essa etapa pode levar os profissionais envolvidos a compreenderem o problema por meio não só da experiência apresentada, mas quais princípios teóricos o explicam. A teorização favorece o crescimento cognitivo dos educandos com a utilização de operações mentais de análise, onde todos os participantes devem se apropriar da temática em foco.

Assim, os grupos foram estimulados a responder o questionamento sobre o que deveriam estudar para resolver o problema. As estratégias de comunicação foram citadas nas falas dos participantes.

“Estratégias de comunicação para desenvolver o trabalho de forma eficiente.”
(P4)

O trabalho em equipe, planejamento e as práticas colaborativas foram elencados como temas a serem estudados para a resolução do problema.

“Comunicação, planejamento, trabalho em equipe e práticas colaborativas.”
(P9)

Após as sugestões do grupo, a facilitadora ministrou aula expositiva sobre importância da colaboração interprofissional; a relevância da comunicação interprofissional; as barreiras na comunicação interprofissional e estratégias para a melhoria da comunicação interprofissional. A teorização deu-se com a confirmação dos resultados que surgiram no questionamento feito aos participantes.

Emergiram falas e sugestões após a teorização aprimoradas na etapa seguinte.

“Podemos fazer reunião gerais e em equipe para melhorar a comunicação, identificar os problemas na unidade, bloquear antecipadamente a agenda dos profissionais, geral mensal e a da equipe de acordo com a necessidade.” (P7)

Na **quarta etapa** do Arco de Maguerez são definidas pelo grupo as **hipóteses de solução** para o problema de modo criativo e utilizando a criticidade na elaboração coletiva de alternativas factíveis para solucionar os desafios identificados, partindo do confronto entre a realidade e a teoria. Foram disparadas perguntas sobre o que poderiam fazer para ajudar a equipe citada na situação-problema.

O quadro 6 apresenta as hipóteses destacadas:

4º Etapa do Arco – Hipóteses de Solução
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de profissionais; • Parametrização de agendas com participação dos profissionais; • Estimular a motivação dos profissionais independente de hierarquias superiores; • Humanização com os profissionais; • Fluxo de pacientes e organizar as demandas; • Respeitar o horário de trabalho dos profissionais; • Estudar sobre comunicação e implementar estratégias de comunicação para desenvolver o trabalho de forma eficiente; • Planejamento; trabalho em equipe e práticas colaborativas; • Valorizar a escuta qualificada ao profissional; • Implantar apoio psicológico ao cuidador e outras estratégias de cuidando do cuidador; • Construir um plano de ação e avaliação de resultados periodicamente; • Realizar reuniões de equipe frequentes.

Quadro 6: Resultados da 4ª etapa do Arco de Magueréz. Fonte: Própria autora, 2021.

A reunião frequente de equipe, de forma semanal, e o planejamento das ações foram citados na fala dos participantes como estratégias efetivas na melhoria da comunicação interprofissional resultando na melhoria do cuidado ao paciente.

“Nós todas as terças feiras nos reunimos com a Dra. Petúnia e a Dra. Margarida. Toda hora tem demanda então os momentos que a gente tem com elas, a gente se resolve. Logo quando começou eu estava desestimulada... ah essa reunião não resolve nada... Porque às vezes a gente se angustiava lá na área, a pessoa contava o problema e a gente via que não tinha muita solução, mas aí depois eu fui percebendo que tem sim, que nem todos aqueles horários, que naqueles horários se não resolver de todo mundo, mas pelo menos resolve de alguém, que ali já dá uma estimulação em alguém, porque ali já melhora sua autoestima, quando você vai pra área que você não consegue questionando, às vezes você uma pergunta no grupo e a pessoa não pode responder, ela tá em atendimento... Então assim, direciona o problema, eu acredito que poderia ser dessa forma.” (P9)

“Ter esse dia na semana, para as outras equipes estarem resolvendo, resolveria muita coisa. Essa demanda desse paciente estar vindo toda hora aqui, essa receita pra renovar, com certeza nesse momento que eles teriam com esse médico dela iria resolver, o problema de muitas... Essa demanda também ia diminuir um pouco

[...] hoje eu agradeço [...] isso me ajuda, tanto ajuda aquele momento aquele paciente que está precisando.” (P9)

“Realmente no início teve resistência [...] pra que essa reunião toda semana, toda semana, assim a gente perde tempo, mas por outro lado a gente ganha tempo em outras coisas. Esse tempo que a gente direcionou para reunião tem nos ajudado bastante [...] pedimos o apoio da coordenação e fomos atendidos, então da agenda da médica foi retirada uma hora por semana, ou seja, são dois pacientes a menos, mas que isso traz um atendimento de muito mais. Sem falar que a gente tem aquele momento de interação semanal e que a gente está tratando não só os problemas da área, a gente cria vínculo também, estar juntos ali fortalece até vínculos afetivos entre a gente e não é só pra renovar a receita do paciente que não pode vir, é muito além disso, do planejamento das ações da própria equipe, treinamento, aproveita esse momento para tornar esse mais rico para tudo, de aprendizado.”(P6)

“O planejamento das ações da própria equipe, de treinamento, então a gente aproveita esse momento pra tornar cada vez mais rico pra todos, de aprendizado e de troca.” (P5)

A valorização da escuta ao profissional, respeito aos horários de trabalhos, suprimento de materiais, apoio psicológico ao profissional surgiram como hipóteses de solução para o problema apresentado.

“Otimizar o fluxo de pacientes, organizar as demandas, respeitar o horário de trabalho dos profissionais. Termos a ciência do trabalho de cada um. Uma queixa das ACS é que trabalham até no fim de semana, respeitar o horário de descanso dos outros, suprir material de trabalho, valorizara a escuta qualificada ao profissional e oferecer apoio psicológico, cuidando ao cuidador ao profissional.”(P4)

Na **quinta** etapa e última do processo **volta-se à realidade** na aplicação do plano de ação com os questionamentos como: O que fazer?

O quadro 7 apresenta as estratégias a serem implementadas na prática:

5º Etapa do Arco – Aplicação na realidade
<ul style="list-style-type: none"> • Treinamentos e capacitações e realizar o bloqueio das agendas dos profissionais para que todos participem; • Buscar principais demandas com profissionais da própria unidade e parceiros; • Compartilhar de experiências exitosas em espaços dialógicos durante reuniões de equipe.

Quadro 7: Resultados da 5ª etapa do Arco de Magueréz. Fonte: Pela própria autora, 2021.

O grupo identificou a necessidade da realização de treinamentos e capacitações com bloqueio na agenda dos profissionais que emergem das necessidades do serviço e a busca por experiências exitosas.

“Treinamentos e capacitações para melhorar o conhecimento, melhorar o cuidado, o atendimento da população na UBS com planejamento que essas capacitações saiam das necessidades dos profissionais.” (P6)

“É interessante também uma reunião de cada categoria, de enfermeiras... Dentistas... Porque na Odontologia é fundamental, a reunião dos profissionais. (P10)

“Entre a gente também, a gente muita informação pra receber e pra passar.” (P1)

“Eu tenho uma opinião assim, a Dra. Petúnia tá fazendo esse trabalho que é bacana, é até exemplo pra gente né? Mas fora daqui da Unidade tem outros postos que também funcionam bacana, com vários projetos que a gente nem tem aqui.”(P1)

“Buscar realmente experiências exitosas. Vale a pena a gente pegar, ter o contato com essas pessoas para elas passarem pra gente. Porque funciona lá não vai funcionar aqui por quê?” (P6)

A Figura 6 representa a dinâmica do Arco de Magueréz na intervenção educativa, fonte: própria autora, 2022.

ARCO DA PROBLEMATIZAÇÃO DE MAGUEREZ

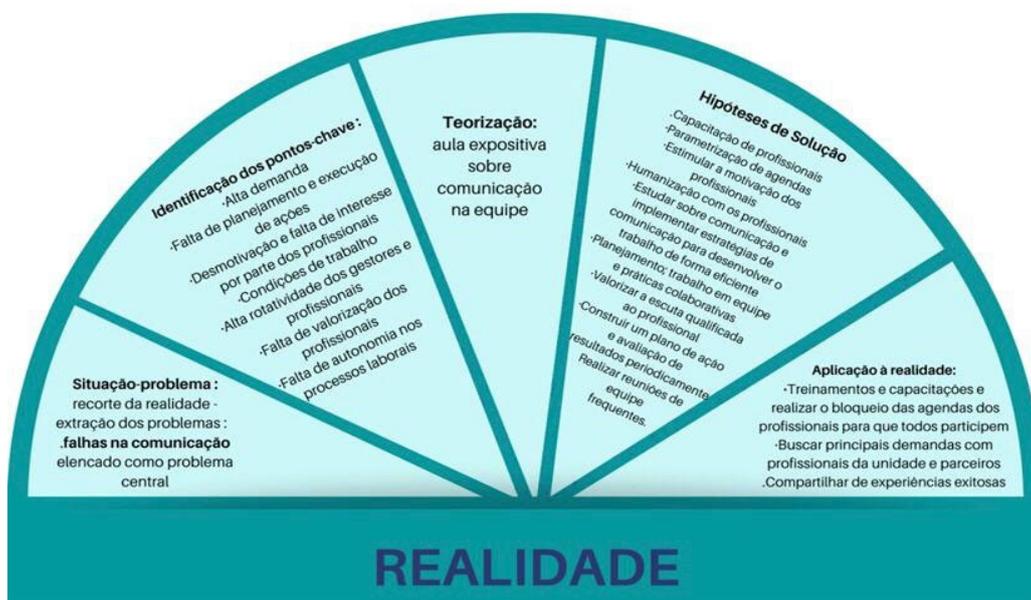


Figura 6: Arco de Maguerez desenvolvido a partir da intervenção educativa. Fonte: Própria autora, 2021.

Ao final do encontro foram solicitados *feedbacks* aos participantes a respeito da intervenção educativa por meio da dinâmica: *Que bom, que pena e que tal?*

Quadro 8, abaixo, apresenta o *feedback* dos participantes após intervenção educativa.

Que bom...	Que pena...	Que tal...
<ul style="list-style-type: none"> • “que teve esse momento...” (P9) • “participar desse momento...” (P2) • “que a gente conseguiu estar aqui, organizar as agendas...” (P13) • “que estamos nesse momento, estou gostando, foi muito bom, 	<ul style="list-style-type: none"> • “não temos um espaço melhor” (P2) • “que a gente não tenha o ambiente adequado e nem o estímulo para que isso aconteça mais vezes...” (P1) • “que a gente não tem mais incentivo por 	<ul style="list-style-type: none"> • “que aconteçam outros, esse espaço de troca e muito aprendizado” (P2) • “que todos estejam empenhados para o novo momento...” (P3)

<p><i>mas que bom que eu estou aqui...” (P10)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“que eu estou aqui mesmo de férias, porque eu tenho uma ansiedade, um desejo de aprender e de aprender, isso foi muito bom pra mim, desde ontem que eu estava na expectativa de vir, naquela alegria de vir...” (P11)</i> • <i>“que eu abri a minha mente para estar aqui, porque também tem que ter essa abertura de mente...” (P1)</i> • <i>“essa oportunidade que eu acho que serve como uma centelha pra ver se a gente se motiva se a gente vai mais pra frente, por que como todo mundo fala que a gente está tão desmotivado com tudo que fica meio que acomodado de estar fazendo outras coisas e que essas outras coisas são boas até pra gente mesmo...”(P8)</i> • <i>“que nós tivemos mais esse aprendizado...” (P5)</i> • <i>“nós temos essa oportunidade de estarmos juntos, refletindo sobre assuntos que são realmente pertinentes na</i> 	<p><i>parte da gestão” (P8)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“que nem todos os colegas puderam participar” (P6)</i> • <i>“que já acabou” (P9)</i> • <i>“que nem todos os colegas estão aqui, porque acharam que era uma perda de tempo, que pena que não estão, muitos fugiram, poderiam estar aqui e fugiram achando que não era necessário...”(P1)</i> • <i>“que esses momentos não são valorizados pela gestão, não são incentivados, porque se eles soubessem o quanto bem faz pra nós profissionais, pra que a gente se sinta melhor, trabalhar melhor, porque isso vai refletir no atendimento dos pacientes...” (P7)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“colocarmos em prática o que definimos.” (P8)</i> • <i>“que nos sirva de combustível pra nos motivar, que nós possamos também contagiar outros que não estão aqui e quem conseguir fortalecer o outro, talvez a gente consiga alcançar esses objetivos”(P6)</i> • <i>“termos outros momentos desses” (P5),(P9)</i> • <i>“que a gente realmente possa botar pra frente.” (P7)</i> • <i>“que em 2022 a gente não esquecer o que gente colocou aqui, vamos pôr em prática.” (P10)</i>
---	--	---

<p><i>nossa vida, no dia-a-dia de trabalho...” (P6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“essa oportunidade, que eu acho que serve como uma centelha pra ver se a gente se motiva se a gente vai mais pra frente, por que como todo mundo fala que a gente está tão desmotivada com tudo que fica meio que acomodado de estar fazendo outras coisas e que essas outras coisas são boas até pra gente mesmo...” (P7)</i> 		
---	--	--

Quadro 8: *Feedback* dos participantes após intervenção educativa. Fonte: Própria autora, 2021.

O grupo demonstrou satisfação na participação do encontro educativo, reconheceu a importância de momentos de reflexão e união da equipe e expressou desejo em dar continuidade às ações planejadas no encontro.

5.3 Resultados do pré e pós-teste

Antes e após a intervenção educativa realizou-se pré, pós-teste imediato e pós-teste tardio, após 15 dias, para que fossem comparados conhecimento e atitude dos profissionais a respeito da temática abordada com os seguintes resultados.

Questões	Pré-Teste		Pós-Teste		Pós-Teste		p-valor*
			Imediato	Tardio			
	n	%	n	%	n	%	
1. A comunicação interprofissional assertiva pode levar ao aumento na segurança dos pacientes.	15	100	15	100	15	100	-

2. A comunicação deve conter entraves entre os profissionais para manter a hierarquia.	9	60	13	86.7	11	73.3	0,301
3. A comunicação assíncrona não constitui barreira na comunicação interprofissional.	4	26.7	11	73.3	10	66.7	0,020
4. As reuniões de equipe frequentes favorecem ao diálogo e a comunicação interprofissional.	15	100	15	100	15	100	-
5. Conflitos dentro da equipe favorecem a comunicação interprofissional.	15	100	14	93.3	11	73.3	0,039
6. Treinamento de habilidades não é necessário para melhoria da educação interprofissional.	15	100	15	100	15	100	-
7. Conhecer o papel de cada membro da equipe não é importante para o trabalho colaborativo em equipe e melhoria da comunicação interprofissional.	8	53.3	15	100	12	80	0,01

*Teste de Friedman

Tabela 1 Apresenta resultados dos três momentos do teste aplicado antes e após a intervenção educativa.

A mediana de acertos no pré-teste foi de 5,67 ($\pm 0,9$) enquanto que, no pós-teste imediato, houve melhora para 6,13 ($\pm 0,915$). Porém, no pós-teste tardio, a média de acertos se manteve em 5,73 ($\pm 1,387$). Observou-se uma melhoria nos acertos imediatamente após a intervenção educativa, porém após 15 dias houve queda nesse número.

Ao se avaliar o teste de conhecimento, constatou-se que as questões sobre (1, 4, 6) tiveram frequência de acertos igual a 100% antes e após a intervenção educativa, não havendo significância estatística. Na questão sobre comunicação assíncrona constituir uma barreira nos processos de trabalho em saúde, houve alteração positiva no pós-teste com aumento dos acertos ($p= 0,020$).

Na questão sobre conflitos dentro da equipe, houve significância estatística quando se comparam os três momentos de coleta. Porém, ao se avaliar a porcentagem, percebe-se redução do percentual de acertos entre os participantes. Na questão sobre importância em

conhecer o papel de cada membro para uma melhor comunicação interprofissional, também se verificou aumento do percentual de acertos com significância estatística de $p=0,01$.

Na tabela 2 ,abaixo, estão os resultados dos pré, pós-teste imediato e pós-teste tardio sobre a atitude dos profissionais a respeito da comunicação interprofissional.

Tabela 2: Demonstrativo das questões sobre atitude relacionadas à comunicação interprofissional nos três momentos.

Questões	Pré-Teste		Pós-Teste		Pós-Teste		p-valor*
			Imediato		Tardio		
	N	%	N	%	N	%	
1. Você considera necessária a melhoria da comunicação interprofissional na ESF?	15	100	15	100	15	100	-
2. Você considera necessária uma mudança de comportamento para a melhoria da comunicação interprofissional na ESF?	15	100	15	100	15	100	-
3. Você considera necessário identificar as dificuldades na comunicação na ESF?	15	100	15	100	15	100	-
4. Você considera necessário participar de estratégias para melhoria da comunicação?	15	100	15	100	15	100	-
5. Você considera necessário participar de um treinamento de habilidades para a melhoria da comunicação?	15	100	15	100	15	100	-
6. Você considera necessário realizar reuniões mais frequentes de equipe para melhoria da comunicação interprofissional?	15	100	15	100	15	100	-

Em relação à atitude, frente ao processo de comunicação interprofissional, evidenciou-se que os participantes consideraram como muito necessárias ou necessárias às questões abordadas no questionário, não havendo modificação entre os momentos de coleta.

6 DISCUSSÃO

A etapa da discussão segue apresentada de acordo com a ordem das etapas exibidas nos resultados.

6.1 GRUPO FOCAL

Ao encontro dos resultados emergidos do grupo focal, a respeito da **classe 1** encontrada, a qual trata sobre a **insuficiência de recursos humanos** que influencia na **qualidade da comunicação**, estudo brasileiro ressalta que para que a APS cumpra seu objetivo no sistema de saúde, faz-se necessário oferta de equipes de profissionais de saúde com congruente formação. Outrossim, as orientações direcionam para a conveniência do planejamento da oferta de recursos humanos, dispondo de estratégia sustentável e constante de distribuição de profissionais médicos em áreas com obstáculos de alocação dessa categoria na APS (TASCA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, o manual instrutivo do Programa de melhoria de acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ) contribui ao destacar que a excessiva quantidade de residentes em determinada área de abrangência é passível de afetar a atuação da equipe e qualidade do serviço devido à sobrecarga de trabalho dentro das equipes (BRASIL, 2015).

A demanda espontânea torna-se a prioridade dos atendimentos no atual modelo da APS. Esse fator contribui para a mentalidade hospitalocêntrica arraigada culturalmente na população, onde há uma excessiva valorização do profissional médico e na prescrição de medicamentos em detrimento das ações preventivas. Faz-se necessária a reflexão sobre como o processo de comunicação interprofissional e seus fatores relacionados, a exemplo, falta de tempo e ausência de recursos humanos, afetam diretamente a assistência.

Desta forma, pode-se perceber a importância da quantidade adequada de recursos humanos assim como sua distribuição planejada em áreas com maior necessidade para atender a maiores demandas. Este fato pode evitar sobrecarga nos profissionais, deficiências no funcionamento das unidades de saúde como falta de espaços de reuniões de planejamento e consequentes falhas na comunicação interprofissional.

A **classe 2** trata da **ausência de espaços dialógicos em equipe** a qual pode acarretar ruídos nessa comunicação interprofissional e vai ao encontro dos achados na literatura científica.

Estudo brasileiro, realizado em distrito de Belém do Pará, destaca que esses espaços dialógicos fazem-se relevantes para o enfrentamento dos problemas vivenciados pela equipe,

nos quais é requerida abertura ao diferente com objetivo de encontrar o melhor caminho. Faz-se primordial agregar os variados saberes acessíveis no ambiente laboral, porém, com respeito às singularidades e de forma a utilizar as divergências de forma positiva na construção da resolutividade de conflitos relacionados à população que está sob sua responsabilidade (SILVA *et al.*,2017).

A prática dialógica pode promover um convite aos membros da equipe a participarem de forma permanente e ativa na superação de problemas relacionados à melhoria da assistência ao usuário, além de levar a maior satisfação desses profissionais nesse processo. O entrelaçamento de práticas e saberes envolve-se numa lógica intrincada a qual prioriza o diálogo ao trabalhar as tensões, conflitos, embates, consenso, assim como tudo que perpassa pelos processos de trabalho de equipe em seu cerne (SILVA *et al.*,2017).

Em vista disso, estudo realizado em Sergipe enfatiza que se fazem necessárias reuniões periódicas, entretanto, para que tenham resultados favoráveis, a competência e aplicação da **comunicação** tornam-se cruciais. Ressalta-se que todas as categorias podem participar das reuniões para potencializar a necessidade de que a comunicação seja mantida como um processo necessário e fundamental na ação administrativa (PEREIRA *et al.*,2021).

Estudo realizado na Bahia destaca que um ambiente interprofissional, pautado no diálogo, promove maior integração da equipe e oportuniza o reconhecimento das especificidades do trabalho de cada membro. Este fato constitui-se fundamental na obtenção de comunicação interprofissional efetiva e favorece espaço de cuidado com maior humanização e segurança. Em contrapartida, a hierarquização e desigualdade nas práticas das categorias profissionais podem resultar em conflitos no ambiente laboral, obstáculos na compreensão do papel do outro, contribuir para a formação de silos (grupos de profissionais que atuam de forma isolada), os quais antagonizam o trabalho em equipe e podem exercer influência na forma em como acontece a comunicação interprofissional ao propiciar falhas, nas mesmas, e conseqüente risco ao paciente (COIFMAN *et al.*, 2019).

Estudo realizado no Ceará destaca vários fatores que podem impactar negativamente na apropriada visão das equipes de saúde a respeito do processo de comunicação como: a competitividade das diferentes categorias profissionais, interesses conflitantes, formação acadêmica pautada no trabalho unidisciplinar, saberes hierarquizados, descartando saberes de outras categorias, preconizar práticas tradicionais com ações fragmentadas, alta rotatividade de certas categorias de profissionais (MOREIRA *et al.*,2019). Percebe-se que tais fatores podem contribuir para a pouca relevância dada ao

fomento de espaços dialógico e consequente baixa integração das equipes e gerar fragilidade no processo comunicativo interprofissional.

Pode-se constatar como fulcral o fomento de espaços comunicativos, embasados no diálogo e troca de saberes, para interação, acolhimento, humanização, fortalecimento, motivação e para dar sentido ao processo de trabalho em equipe desfragmentado onde todos possam contribuir e sentirem-se empoderados e partícipes na transformação da realidade que os cerca. Destaca-se a abordagem da temática comunicação, nesses espaços, para que essa competência tenha lugar de relevância nas práticas interprofissionais da APS, onde cada profissional deve se apropriar do seu papel na equipe. A clareza da comunicação contribui nesse direcionamento e consequente melhoria das práticas laborais incitando à colaboração e qualidade mediante ao cuidado.

Na **classe 3**, emergida do grupo focal, a **fragilidade na comunicação dos profissionais com os pacientes** corresponde ao desafio gerado por aspectos de outras classes anteriormente mencionadas. A falta de tempo e a rotatividade dos profissionais, influenciadas pela indisponibilidade de recursos humanos suficientes e a ausência de espaços de alinhamento dos planos de cuidado entre toda a equipe, prejudicam a comunicação com os pacientes. Dessa forma, entende-se que a causa da fragilidade na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes como o conjunto de fatores apresentados.

Pesquisa realizada na Turquia, com profissionais de saúde, considera que as fragilidades no processo comunicativo podem exprimir importantes sentidos para profissionais da saúde e pacientes. Os desafios podem ser decorrentes dos diferentes conhecimentos e linguagem muitas vezes não expressos pelos interlocutores, estipulação de valores, divergências de cunho cultural, restrições orgânicas do receptor ou emissor e a intervenção de recursos inconscientes no processo comunicativo (GÜNER; EKMEKCI, 2019).

Estudo realizado no Ceará destaca ser necessária a compreensão, a respeito da comunicação, não apenas dos profissionais envolvidos no cuidado, mas de toda a instituição de saúde, inclusive a gestão. Ressalta-se que por meio da comunicação os trabalhadores podem entender melhor a forma de lidar com o usuário, seu relacionamento com a equipe e forma de abordar as distintas categorias de profissionais. Desta maneira, salienta-se que a comunicação efetiva é essencial no trabalho em equipe e pode trazer ganhos diante de erros evitáveis na saúde e está relacionada a uma assistência segura e de qualidade. A compreensão das bases formadoras, assim como os resultados, viabiliza a superação das barreiras da

comunicação que emergem nos processos laborais de produção do cuidado (MOREIRA *et al.*, 2019).

Compreende-se que os achados referentes à fragilidade na comunicação com o usuário, mencionada por parte dos profissionais, podem ter como consequências a alienação do trabalho procedida por sua descontextualização. Percebe-se ainda a necessidade de uma comunicação clara com o usuário, respeitando suas potencialidades e limitações, contextualizada com sua condição de vida e condições sociais. Essa fluidez na comunicação com o usuário pode contribuir com a comunicação interprofissional e colaboração dentro da equipe, tendo em vista uma abordagem centrada no paciente e capaz de fomentar o protagonismo e maior autonomia do mesmo.

A **classe 4** abrangeu o **relacionamento interpessoal como potencializador da comunicação interprofissional**. As participantes relataram o bom relacionamento interpessoal como propício para melhoria da comunicação interprofissional e reforçaram que, apesar dos desafios citados, o respeito e a empatia entre os profissionais abrandam os desafios para a comunicação efetiva.

Revisão integrativa com o objetivo de identificar os fatores que contribuem para a satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde contempla esse aspecto ao enfatizar que comunicação apropriada e positiva entre profissionais proporciona maior satisfação no trabalho, sobretudo por existir esse entrelaçamento da **comunicação eficiente e relações interpessoais** que podem tornar o ambiente de trabalho mais satisfatório e com menos tensão. Em contrapartida, a baixa interação e comunicação interprofissional pode levar a exclusão profissional do processo decisório, fato que pode dificultar o processo colaborativo entre membros da equipe (VITALI *et al.*, 2021).

Dificuldades de implementação de trabalho em equipe constituem importante descontentamento, na questão interpessoal, onde o baixo engajamento de membros pode dificultar o trabalho colaborativo, gerar insatisfação e influenciar no trabalho de todos os profissionais da equipe, o que pode levar o profissional a trabalhar de forma isolada e gerar ansiedade entre os trabalhadores, uma vez que, seguidamente, a equipe não se reconhece como coletivo e esse fato intensifica a sobrecarga e conseqüente falta de satisfação no trabalho (VITALI *et al.*, 2021).

Revisão de literatura com o objetivo explorar os fatores que inibem ou facilitam o trabalho em equipe interprofissional em ambientes de atenção primária e comunitária, a fim de informar o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar na virada do século, realça que 70 % dos entrevistados em estudo afirmaram que a comunicação interprofissional efetiva

está relacionada de forma positiva às relações de trabalho edificantes. A revisão afirma que as relações interpessoais construtivas auxiliam na obtenção de um ambiente laboral motivador para os membros da equipe, fato que pode levar a um aperfeiçoamento, aumento do clima de respeito mútuo e confiança, maior eficácia da comunicação e trabalho em equipe. O estudo destaca que a comunicação pode ser aprimorada pelas reuniões regulares de equipe e dessa forma contribuir para relações interpessoais positivas e melhor resolução de conflitos interprofissionais (XYRICHIS; LOWTON, 2008).

Identifica-se que as relações baseadas na interação, o convívio e comunicação estimulados criam senso de pertencimento, de grupo. Atividades que oportunizem essa prática com momentos informais podem fortalecer as equipes e viabilizar maior destreza na resolução de conflitos, tomada de decisões e gerar maior satisfação dos profissionais da APS.

Na **classe 5** do grupo focal abordou-se a **utilização de aplicativo de mensagens instantâneas como facilitador no repasse de informações** a qual foi mencionada pelas participantes como potencializadoras da comunicação interprofissional, uma vez que permitem o acesso rápido às informações, sobretudo os aplicativos de mensagens instantâneas.

De encontro às situações que emergiram no grupo focal, estudo realizado na Paraíba ressaltou que 20,5% dos profissionais envolvidos na amostra utilizam a comunicação informal por meio de tecnologias de comunicação. Na percepção dos profissionais-alvo do estudo, esse processo constitui um mero repasse de informações e recados informais utilizando *WhatsApp*®, e-mail, celular e telefone. Nessa perspectiva o estudo ressalta que o ato de se comunicar, ao visar apenas à transmissão de recados e informações, de cunho informal, pode dificultar a reflexão dialógica e ação por parte da equipe e representar barreiras na efetividade da comunicação, transformação da realidade e colaboração da equipe (DINIZ *et al.*, 2021).

As tecnologias de comunicação constituem forte tendência no mundo atual que alcançam as equipes por facilitarem a comunicação não obstante o uso abusivo desses meios pode afetar a comunicação dialógica que necessita de níveis mais profundos de relações interpessoais. A comunicação, uma vez que superficial, pode representar um obstáculo comunicativo dialógico entre os profissionais e equipes (DINIZ *et al.*, 2021).

O mesmo estudo, ainda em oposição aos achados da pesquisa, destaca que para uma comunicação permeada pela interprofissionalidade e colaboração, as “tecnologias da informação”, utilizadas como mero repasse de informações, devem ser ultrapassadas, para

que o foco seja o processo comunicativo pautado nas ações partilhadas e troca de saberes em um movimento de transcendência da antidualogicidade (DINIZ *et al.*,2021).

Estudo austríaco, realizado no âmbito da atenção primária, enfatiza a necessidade de tornar mais disponíveis e eficientes a gestão e compartilhamento dos meios digitais. A pesquisa afirma que em médio prazo esses meios ocuparão um lugar mais destacado nos cuidados primários, de maneira geral, assim como nas equipes de APS austríacas, particularmente relacionado ao diagnóstico, planejamento terapêutico, prescrições medicamentosas e avaliações radiológicas. O estudo acredita que futuramente profissionais de saúde e os pacientes com suas necessidades e anseios devem estar envolvidos de forma dinâmica ao integrar soluções tecnológicas disponíveis na atual prestação de cuidados (KRIEGEL; TUTTLE-WEIDINGER; RECKWITZ, 2017).

Percebe-se uma contradição com as falas e percepções emergidas do encontro ao destacarem acreditar que os aplicativos de mensagens instantâneas facilitam a comunicação. Pode-se concluir que durante o período pandêmico, na impossibilidade de reuniões, de fato, os meios virtuais auxiliaram em repasse de informes, entretanto sem substituir a prática reflexiva, transformadora e embasada nas trocas de saberes e vivências tão necessárias no processo comunicativo dos profissionais que compõem a ESF. Deduz-se que a ausência desses espaços presenciais de compartilhamento de vivências, saberes e interação levam ao estresse e desmotivação dos profissionais envolvidos no cuidado.

Portanto as tecnologias de informação podem contribuir no repasse de informações necessárias no atendimento aos pacientes, porém de forma superficial sem potencialidade transformadora.

6.2 INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Utilizaram-se as metodologias ativas de aprendizagem, como o Arco de Maguerez, para que fosse possível confrontar a realidade, colaborar com a reflexão, análise e tomada de decisão para a solução de problemas advindos do cotidiano e, ainda, mobilizar ideias ao estimular a colaboração e a prática interprofissional.

A MP distingue-se de outras metodologias, com o mesmo fim, devido a sua singularidade processual, pois possui pontos de partida e chegada similares: a realidade. Esta deve ser observada por distintos ângulos. Tal metodologia contribui para uma verídica transformação e destaca o cunho pedagógico no desenvolvimento de profissionais com potencial crítico e participativo devido às mobilizações sociais e de habilidades intelectuais

proporcionadas aos sujeitos. A riqueza dessa metodologia relaciona-se as suas características e etapas, as quais exigem esforços e disposição dos sujeitos envolvidos no processo para seguir sistematizadamente sua orientação básica e alcançar os objetivos almejados (COLOMBO, 2007).

Durante o encontro a comunicação foi estabelecida por meio do diálogo e trocas de experiência o que permitiu aos participantes adentrarem na visão do outro, fomentar a empatia e autorreflexão em contraposição aos métodos engessados tradicionais que estimulam à fragmentação, o reducionismo e curativismo.

Destacou-se, na primeira etapa, a observação da realidade, a identificação do **problema central** como a **falta de uma comunicação sistemática, efetiva e periódica entre as equipes e profissionais** para resolução dos nós críticos presentes no dia-a-dia na UBS. Estudo, realizado em Sergipe, ressalta a importância da comunicação para a efetividade dos serviços prestados à comunidade. O estudo ainda evidencia que os membros da equipe presenciam de forma repetida desafios na comunicação, os quais exercem influência na qualidade, continuidade e execução do trabalho e na satisfação dos profissionais no ambiente laboral (PEREIRA *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, desafios relacionados à comunicação interprofissional se referem a erros assistenciais e eventos adversos que contribuem para a redução da qualidade do cuidado ofertado aos usuários dos serviços de saúde. A comunicação deficiente também pode ser um fator de fragmentação entre profissionais, tornando-se mais desafiadora na dimensão interprofissional (PEREIRA *et al.*, 2021).

Em consonância com os achados da pesquisa, revisão narrativa, que possui como tema central o trabalho interprofissional e seus desdobramentos salienta a vulnerabilidade dialógica como robusto aspecto a ser transposto no trabalho compartilhado em equipe. A burocratização do atendimento, causada por cobranças por melhorias nos indicadores e números de procedimentos, pode gerar entraves para a manutenção do diálogo legítimo entre as categorias profissionais distintas e fragilizar a comunicação interprofissional (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Compreende-se, dessa forma, que a comunicação transcorre ao longo de diversos caminhos da dinâmica do cuidado, sendo seu fortalecimento imperativo na transposição de barreiras à prática colaborativa a qual pode restringir erros e eventos adversos afetando positivamente a segurança do paciente.

Na segunda etapa do arco, fez-se a identificação dos **pontos-chave**. Dentre os pontos-chave, relatados pelos participantes do encontro, a **falta de planejamento** emergiu como contribuinte para falhas na comunicação interprofissional.

Estudo brasileiro destaca o planejamento como instrumento crucial de gestão. O estudo contribui, ainda, ao ressaltar que este não deve ser dissociado da lógica participativa, coletiva e permanente por propiciar a busca de objetivos e estabelecer trajetos para uma melhor qualidade de serviços em saúde e romper com a fragmentação e desarticulação presentes no processo de trabalho em saúde (AMARAL *et al.*,2021).

Em consonância com as evidências dessa pesquisa, estudo realizado no Rio Grande do Sul, constata que a **falta de planejamento** estratégico com uma comunicação organizacional pode tanto gerar desafios de ordem pessoal e profissional e podem contribuir com problemas como a falta de um diagnóstico atualizado referente à comunicação organizacional e ao público de interesse; desencontro de informações; uso de meios inadequados e linguagens não acessíveis; fragilidade no uso de codificações e consequentes leituras incorretas; a ausência referências para a comunicação oficial; mensagens de conteúdo complexo; impasses e falta de mecanismos para avaliar o processo de comunicação, assim como retroalimentá-lo (PETRY *et al.*,2017).

O estudo enfatiza, ainda, que o planejamento da comunicação organizacional considera os fluxos pelos quais as mensagens são transmitidas, por meio de políticas de comunicação bem delimitadas e ainda que uma comunicação planejada, igualitária e com canais coerentes minimiza o perigo de falhas de comunicação e maximiza as oportunidades das informações serem recebidas de forma clara e fluida (PETRY *et al.*,2017).

Verifica-se a transversalidade e relevância da comunicação interprofissional em todas as etapas descritas de planejamento e organização dos processos de trabalho na APS. Falhas nesse processo contribuem para desafios na comunicação e podem afetar de maneira prejudicial à qualidade da assistência e segurança ofertadas aos usuários.

Em relação às **condições de trabalho** as quais incluem a **organização do espaço**, evidenciadas como pontos-chave por meio da intervenção, estudo, realizado em Minas Gerais, relata que o processo de trabalho da equipe de saúde é influenciado pela ambiência, incluindo tanto a organização estrutural espacial quanto a disputa de espaço físico e/ou aumento do número de profissionais. Tais fatores geram condições de trabalho insatisfatórias as quais podem influenciar na organização individual e em equipe, assim como nas relações interprofissionais e entre profissionais e usuários (DE AZEVEDO *et al.*, 2021).

Estudo ainda contribui ao reforçar que a comunicação perpassa pelos ambientes organizacionais, por meio do qual o consciente coexiste com o inconsciente, a organização com a desordem, e dessa forma se estabelece a identidade organizacional, mediante o repensar das práticas de comunicação vigente (DE AZEVEDO *et al.*, 2021).

Destarte, entende-se a pertinência das condições de trabalho, como organização do espaço, para uma comunicação fluida e efetiva intermediada pelas relações interpessoais. Espaços laborais com organização incipiente podem gerar atritos, disputas e consequentes falhas na comunicação. Sugere-se um ambiente de trabalho planejado e organizado por meio de cronogramas, escalas, consenso, dentre outros, com a contribuição de todos os membros dos setores, mesmo defrontando inúmeros desafios estruturais para que se possam atenuar ruídos nas relações interpessoais e à vista disso na comunicação interprofissional.

Destacaram-se, ainda, como pontos-chave relacionados às causas do problema a **desvalorização e desmotivação dos profissionais**. Estudo, realizado em Minas Gerais, trouxe contribuições relacionadas à atuação cotidiana dos profissionais da APS, pautada em uma infraestrutura precária, baixa resolutividade em detrimento de escassos recursos e frágil envolvimento dos profissionais em sua prática. Ademais, a contrariedade em referenciar de forma ineficaz para os demais níveis de atenção e o prejuízo nas interrelações com os usuários ao não terem suas demandas atendidas. Tais fatores afetam a concretização da corresponsabilização, geram sobrecarga laboral e ainda o sentimento de desmotivação e desvalorização por parte dos envolvidos no processo. Esses elementos podem intervir na prática profissional, gerar insegurança, sofrimento psíquico além de prejudicar a qualidade da assistência prestada aos usuários (GONTIJO, 2020).

Estudo, realizado em Sergipe, contribui nessa perspectiva ao destacar que a atuação profissional na Unidade de Saúde pode ser satisfatória, porém pode também gerar insatisfação, acarretar **falhas na comunicação** e piora no desempenho dos envolvidos no processo de assistência ao cuidado em saúde (PEREIRA *et al.*, 2021).

Em vista disso, pode-se sugerir que tais fatores exercem direta influência na comunicação entre os profissionais atuantes na APS já que aspectos intrínsecos como a motivação e valorização, interferem nos processo do trabalho em saúde e podem levar a uma menor propensão à reflexão sobre a prática pautada na dialogicidade. Percebe-se o descompasso das práticas voltadas à valorização e motivação dos profissionais por meio de exigência de cumprimento de metas e cobranças exacerbadas pela alta demanda de usuários e complexidade das necessidades de saúde.

Após o confronto entre reflexões e parte teórica, que ocorreu na terceira etapa por meio de aula expositiva ministrada pela moderadora englobando a temática. Na quarta etapa do arco, os participantes sugeriram **hipóteses de solução** para o problema encontrado.

A **capacitação profissional e implementação de estratégias de comunicação**, para desenvolver um trabalho mais eficiente, emergiram da intervenção educativa como possíveis soluções para o problema. Estudo americano aponta que as equipes envolvidas em grupos focais que participaram de um treinamento, que abordou a comunicação, descreveram melhoria na comunicação intencional assertiva, aumento da colaboração e melhor resolução de conflitos, aumento do número de reuniões de equipe e prognóstico mais eficiente das necessidades dos pacientes e membros da equipe (BROMMELSIEK *et al.*, 2019).

Outro estudo, realizado em Sergipe, ressalta efeitos positivos e aumento da motivação para o trabalho em equipe por meio da realização de treinamentos para colaboração interprofissional que abordem compartilhamento dos papéis entre os membros da equipe, os autoconceitos profissionais e barreiras relacionadas à comunicação (PEREIRA *et al.*, 2021).

Revisão integrativa, com o objetivo de identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência, evidencia resultados positivos em treinamentos relacionados à comunicação na equipe. O estudo ressalta melhorias relevantes nas atitudes dos profissionais para o trabalho em equipe como maior confiança, uma comunicação eficaz, assim como aumento na motivação (MIORIN *et al.*, 2020).

Percebe-se que o implemento de estratégias que gerem reflexões pode auxiliar o trabalho em equipe e trazer melhorias na qualidade da prestação do cuidado, maior motivação profissional e comunicação mais fluida na ESF. Faz-se necessário a identificação, estímulo e capacitação de profissionais para que facilitem essas estratégias locais, sendo estas instauradas no processo de trabalho em equipe, além de abordar temáticas relevantes emergidas da prática entrelaçadas com a comunicação como aspecto central.

Outras questões oriundas do encontro educativo, como hipóteses de solução, foram o **trabalho em equipe e práticas colaborativas interprofissionais**. Ao enfatizarmos a comunicação interprofissional e o funcionamento da equipe como competências para a prática colaborativa interprofissional constata-se que estas são essenciais para um atendimento de qualidade na APS e podem ser fomentadas por meio de intervenção educativa interprofissional. Estudo canadense destaca que comunicação frequente pode

proporcionar eficácia das práticas colaborativas interprofissionais. Não obstante, a comunicação é relatada de forma muito instrumental, centrada essencialmente na troca de informações ou em métodos que propiciem o trabalho em equipe em detrimento de como esta pode facilitar a colaboração dentro da equipe interprofissional (FOX *et al.*, 2021).

Estudo estadunidense salienta robusta correlação de atitudes dos profissionais autorreferidas relacionadas ao trabalho em equipe e as competências colaborativas interprofissionais autorreferidas como um achado significativo ao considerar pesquisas realizadas anteriormente as quais relataram a atitude do indivíduo à colaboração como pré-requisito crucial para uma colaboração interprofissional efetiva. As atitudes são determinantes do comportamento e, dessa forma, impactam significativamente na colaboração interprofissional, na funcionalidade da equipe de saúde e na qualidade da assistência dispensada aos pacientes (STADICK, 2020).

O estudo identifica a magnitude de avaliar e compreender as atitudes dos participantes, em relação ao trabalho, antes de desenvolver atividades de educação interprofissional para possibilidade de acatar ou modificar competências colaborativas interprofissionais para projetar vivências eficazes de educação interprofissional (STADICK, 2020).

Por meio do grupo focal, no qual foram avaliadas as percepções dos profissionais em relação à comunicação interprofissional, executado previamente à construção da intervenção educativa, foi possível embasar, com maior direcionamento à realidade vivenciada, a construção da atividade educativa, gerar apropriação e engajamento por parte dos profissionais que experienciaram o encontro.

Estudo, realizado no Canadá, enfatiza que as equipes de atenção primária, particularmente, têm um pior desempenho em diversas nuances do funcionamento da equipe como o compromisso com os objetivos compartilhados e incentivos à inovação quando comparadas às equipes dos outros setores de saúde. A mesma pesquisa ainda contribui ao constatar, por meio da aplicação de ferramenta a qual avalia a colaboração, que nas categorias tomada de decisão e gerenciamento de conflitos a pontuação dos profissionais participantes da amostra teve níveis mais baixos. Este resultado propicia a compreensão dos desafios a serem ultrapassados pelos profissionais à medida que caminham em direção à prática do cuidado em conjunto (KAHAN *et al.*, 2021).

O estudo agrega à pesquisa ao frisar consistentemente a comunicação como fundamento do trabalho em equipe interprofissional na atenção primária, além desta determinar o tráfego eficiente de informações. Ainda em consonância com os achados da

pesquisa o estudo cita a utilização de uma gama de estratégias de comunicação informais, como as interações interpessoais em espaço comum compartilhado, consultas de corredor, notas adesivas em telas de computador, bem como espaços para reuniões regulares estruturadas envolvendo diferentes profissões. A soma dos processos formais e informais pode levar a uma melhor compreensão e alinhamento dos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe (KAHAN *et al.*,2021).

Compreende-se, a partir das evidências encontradas na literatura científica, assim como as percepções dos profissionais emergidas no encontro, o entrelaço relacionado à prática colaborativa interprofissional e a comunicação, sendo esta competência dorsal na construção do trabalho colaborativo em equipe para a obtenção de resultados significativos, como uma assistência ao encontro da integralidade, e maior segurança do paciente por meio do cuidado compartilhado e troca de saberes.

No tocante à **humanização** do cuidado com os profissionais de saúde, emergida durante a fase das hipóteses de solução para resolução do problema, revisão narrativa com o objetivo de analisar e discutir sobre a incorporação da humanização na APS, destaca que a Política Nacional de Humanização (PNH) estimula a comunicação entre gestores, profissionais e usuários do SUS, para a construção de processos coletivos de superação das relações de poder, afeto e trabalho. Tais relações podem ser geradoras de atitudes e práticas desumanizadoras que impedem a corresponsabilidade e autonomia dos trabalhadores da saúde nas atividades laborais, assim como no autocuidado dos usuários (RAMOS *et al.*,2018).

Nesse contexto estudo enfatiza, ainda, que o modo de ação do profissional é definido pela humanização nas relações entre indivíduos e equipe, não sendo direcionado apenas para o usuário, mas, da mesma forma, para os profissionais inseridos no serviço. Neste interim, compreende-se que a humanização é um processo relacional no qual, antes de favorecer ao usuário, devem-se intentar relações e boas condições no ambiente laboral (RAMOS *et al.*,2018).

À vista disso, evidencia-se um cenário de promoção de saúde integral e humanizada em um modelo de atenção embasado na organização de trabalho em equipe multiprofissional, com o intuito de aumentar a amplitude de saberes e práticas. Por meio desta engrenagem, favorecem-se trocas e construções alicerçadas no protagonismo e valorização dos sujeitos. Desataca-se a complementaridade entre o SUS e a humanização e que sua baixa eficácia APS constitui um desafio solucionável e de bastante relevância para o desenrolar das ações do SUS no Brasil. Dessa forma, faz-se crucial o envolvimento da

comunidade científica, governo e profissionais da saúde para que ações mais eficazes relacionadas à humanização sejam implementadas (RAMOS *et al.*, 2018).

Percebe-se a transversalidade da Política de Humanização compondo diversos atores e esferas do SUS. Faz-se imprescindível a comunicação no processo de humanização e integração da equipe. Consta-se que a humanização concedida aos profissionais de saúde, por meio de espaços dialógicos, de escuta qualificada e de integração da equipe, tem o potencial de melhorar a motivação e satisfação profissional e reflete de forma direta na comunicação entre os profissionais e consequentes cuidados ao paciente.

Constata-se, ademais, o incipiente uso das tecnologias relacionais, as quais fomentam o vínculo e âncoras entre os profissionais e podem contribuir para solucionar diversas demandas emergidas no contexto laboral na APS.

Em relação ao teste de conhecimento, observou-se 100% de acerto nas etapas dos testes pré, pós- imediato e pós-tardio (15 dias) a respeito da importância da comunicação assertiva interprofissional para a segurança do paciente fato que indica que os participantes reconheciam a relevância da temática abordada para uma prática segura no processo de cuidado.

A partir dos conhecimentos adquiridos na etapa de teorização, assim como por meio das discussões emergidas na intervenção, foram levantados pontos negativos da comunicação assíncrona quando esta exige resposta imediata ou aprofundamento das discussões e reflexão sobre a prática a pesquisa demonstrou que os profissionais compreendem a relevância das reuniões de equipe frequentes para favorecer o diálogo e a comunicação interprofissional dentro da ESF.

O pós-teste demonstrou melhora no acerto a respeito da comunicação assíncrona constituir uma barreira nos processos de trabalho em saúde, tais resultados podem estar vinculados à metodologia ativa utilizada em vista que a aplicação de estratégias pedagógicas pode tornar viável a transferência de conhecimento se realizadas de forma adequada (MORAES *et al.*, 2019).

Constatou-se piora nos acertos ao longo do acompanhamento, indicando falta de clareza a respeito dos conflitos dentro da equipe gerarem barreira na comunicação interprofissional. Entretanto, os resultados apontaram conhecimento adequado dos profissionais a respeito da necessidade de treinamento de habilidades para favorecer a comunicação.

A identificação desses resultados positivos, após a intervenção educativa, sinaliza que os participantes compreenderam a importância em conhecer o papel de cada membro

para uma melhor comunicação interprofissional. Observou-se uma melhoria nos acertos imediatamente após a intervenção educativa, porém após 15 dias houve queda nesse número. Enfatiza-se que da mesma maneira que a melhoria da aprendizagem aumenta de acordo com o número de repetições, os intervalos podem trazer aumento do esquecimento. Essa variação oscila entre quanto maior for o tempo de ruptura entre as repetições e a quantidade de conteúdo aprendida (FERREIRA *et al.*,2020).

O resultado obtido no questionário que avaliou a atitude dos profissionais pode sugerir que estes consideraram necessária uma mudança de comportamento para a melhoria da comunicação interprofissional na ESF, identificar as dificuldades na comunicação na ESF, participar de estratégias para melhoria da comunicação, participar de um treinamento de habilidades para a melhoria da comunicação e realizar reuniões mais frequentes de equipe para melhoria da comunicação interprofissional.

Nesse sentido o presente estudo tem potencialidade de contribuir com as práticas de saúde ao trazer diversas abordagens e reflexões a respeito da temática e ao apresentar estratégias factíveis para problemas cotidianos enfrentados pelas equipes da ESF. Destaca-se a importância de espaço protegido para a realização de reuniões frequentes de equipe, treinamento de habilidades a respeito da comunicação, implementação de práticas humanizadas e suporte aos profissionais, fortalecimento das relações interpessoais, estímulo a atividades educativas promotoras do diálogo e reflexão para encorajar e fortalecer o trabalho em equipe de modo mais sólido e consistente permeado pela colaboração.

As limitações e lacunas do estudo consistiram no fato que o estudo ocorreu em uma instituição pública de saúde, fato que pode tornar os dados não generalizáveis, ou seja, restritos a uma realidade específica. Dessa forma sugere-se que o estudo seja aplicado em outros serviços públicos e privados no território brasileiro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a comunicação interprofissional entre profissionais da ESF e identificou sua característica em percorrer toda a trajetória do cuidado em saúde.

Compreendeu-se a percepção dos profissionais, na UBS em questão, a respeito da temática, por meio da realização do grupo focal, os quais, de maneira geral, reconheceram a relevância e apontaram as potencialidades e barreiras da comunicação interprofissional.

Os resultados do grupo focal consistiram em cinco classes: Insuficiência de recursos humanos; Ausência de espaços dialógicos para a comunicação em equipe; Fragilidade na

comunicação entre profissionais de saúde e pacientes; Relacionamento Interpessoal como potencializador da comunicação interprofissional e A utilização de aplicativo de mensagens instantâneas como facilitador no repasse de informações.

Na comparação entre pré e pós-teste, realizados antes e após a intervenção educativa, a respeito do conhecimento e atitude dos profissionais relacionados à temática, os resultados demonstraram rejeição da hipótese nula, indicando que os dados apresentaram distribuição não normal.

A média de acertos no pré-teste foi de 5,67 ($\pm 0,9$) enquanto que, no pós-teste imediato, houve melhora para 6,13 ($\pm 0,915$). Porém, no pós-teste tardio, a média de acertos se manteve em 5,73 ($\pm 1,387$).

Constatou-se melhoria dos resultados na questão sobre comunicação assíncrona constituir uma barreira nos processos de trabalho em saúde, houve alteração positiva no pós-teste com aumento dos acertos ($p=0,020$). Na questão sobre conflitos dentro da equipe, houve significância estatística quando se comparam os três momentos de coleta. Porém, ao se avaliar a porcentagem, percebe-se redução do percentual de acertos entre os participantes. Na questão sobre importância em conhecer o papel de cada membro para uma melhor comunicação interprofissional, também se verificou aumento do percentual de acertos com significância estatística de $p=0,01$. Apesar da melhoria no pós-teste imediato, observou-se declínio após 15 dias, relacionado à curva de esquecimento.

A comunicação entre os profissionais foi percebida como elemento determinante e desafiador no processo de trabalho em que estão imersos, assim como irrefutável para práticas colaborativas entre profissionais. Treinamentos de habilidades comunicativas, espaços que fomentem o diálogo e a reflexão das práticas foram considerados potencialidades na comunicação interprofissional na APS.

O arco de Magueres expressou-se como uma efetiva ferramenta educacional, a qual possibilitou a valorização da prática cotidiana e aprimoramento no processo de construção de conhecimento.

Dessa forma esta pesquisa pode contribuir para a compreensão dos desafios e potencialidades da comunicação interprofissional na ESF, estimular a melhoria dessa competência colaborativa nos profissionais e fomentar a cultura segurança do paciente ao evidenciar sua relevância, assim como na construção dos saberes e fazeres das práticas colaborativas interprofissionais.

Por fim, constata-se a necessidade de ampliarem-se as investigações sobre a temática no cenário da APS. É pertinente o aumento da frequência dos espaços dialógicos

interprofissionais, imprescindíveis para o fortalecimento do trabalho em equipe integrado assim como a formação de profissionais de saúde com tais competências colaborativas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Tatiane Lima et al. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.
- ALVES, Livia Alencar; CORVINO, Marcos Paulo Fonseca. Educação Permanente e qualificação do cuidado na Atenção Primária. **Revista Pró-univerSUS**, v. 11, n. 1, p. 176-178, 2020.
- AMARAL, Vanessa de Souza *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.
- ANDRADE, Wesley Vieira et. al. Comunicação entre gestores e equipes das Unidades de Pronto Atendimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-5], 2019.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BENJUMEA, Cuesta et. al. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 762-766, 2010.
- BRASIL. Agência Nacional de vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente-ANVISA: Apresentação**. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica**, 2006.
- BROMMELSIEK, Margaret; GRAYBILL, Tracy L.; GOTHAM, Heather J. Improving communication, teamwork and situation awareness in nurse-led primary care clinics of a rural healthcare system. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, v. 16, p. 100268, 2019.
- CALDARELLI, Pablo Guilherme. A importância da utilização de práticas de metodologias ativas de aprendizagem na formação superior de profissionais da saúde. **Revista Sustinere**, v. 5, n. 1, p. 175-178, 2017.
- CAMPOI, Ana Laura Mendes *et al.* Permanent education for good practices in the prevention of pressure injury: almost-experiment. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, p. 1646-1652, 2019.

- CASIMIRO, Lynn M. *et al.* Enhancing patient-engaged teamwork in healthcare: An observational case study. **Journal of interprofessional care**, v. 29, n. 1, p. 55-61, 2015.
- CASTRO, Marcia C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.
- CHETTY, Sarentha; BANGALEE, Varsha; BRYSEWICZ, Petra. Interprofessional collaborative learning in the workplace: a qualitative study at a non-governmental organization in Durban, South Africa. **BMC medical education**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2020.
- CLARO, Raquel Filipa Soares; DA CUNHA, Pedro Fernando Santos Silva. Estratégias de gestão construtiva de conflitos: uma perspectiva dos profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 1, p. 55-68, 2017.
- COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007.
- CONDELES, Pedro Cesar *et al.* Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019.
- CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa**. Penso Editora, 2015.
- DE ANDRADE SANTOS, Alice *et al.* Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem: Um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 17, p. e1648-e1648, 2019.
- DE AZEVEDO, Clayver Viktor Moreira; MAFRA, Rennan Lanna Martins. Os nós críticos do processo de trabalho na. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310106, 2021.
- DE MORAIS, Camila Piantavini Trindade *et al.* Impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da Covid-19 e o papel da psicoterapia. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 1660-1668, 2021.
- DE OLIVEIRA GONÇALVES, Sheila; DE LOZZO GARBELINI, Maria Cecília; RIBEIRO, Elaine Rossi. Programa de educação permanente em saúde e a práxis profissional: possibilidades e desafios. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4084-e4084, 2020.

DE SOUSA, João Batista Alves *et al.* Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020.

DE SOUSA, José Raul; DOS SANTOS, Simone Cabral Marinho. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; MINAYO-GÓMEZ, Carlos. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. **O Clássico e o Novo**, p. 117, 2003.

DELISLE, Megan *et al.* Crucial conversations: an interprofessional learning opportunity for senior healthcare students. **Journal of interprofessional care**, v. 30, n. 6, p. 777-786, 2016.

DINIZ, Aracelli *et al.* Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 137-157, 2021.

DOS SANTOS, Kezia Cristina Batista *et al.* Metodologia da problematização com Arco de Maguerez no centro cirúrgico oftalmológico de um hospital universitário. **Revista Ciência & Saberes-UniFacema**, v. 4, n. 1, p. 884-888, 2018.

EISENMANN, Dorothea *et al.* Interprofessional emergency training leads to changes in the workplace. **Western journal of emergency medicine**, v. 19, n. 1, p. 185, 2018.

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

FERREIRA, José Ângelo; KRELING, João Paulo Dutra; OZÓRIO, Arthur Kreling. Learning e Forgetting Curve Theories, aplicadas ao Planejamento e Programação da Produção. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 94914-94928, 2020.

FOX, Stephanie *et al.* Communication and interprofessional collaboration in primary care: From ideal to reality in practice. **Health Communication**, v. 36, n. 2, p. 125-135, 2021.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. –50. Ed. rev. e atual. **Rio de Janeiro: Paz e Terra**, 2011.

FREITAS, Cilene Maria *et al.* Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 117-130, . 2015.

GONTIJO, Mariana Delfino *et al.* Práctica diaria en el Sistema Unico de Salud en su tercera década. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020

GÜNER, Müberra Devrim; EKMEKCI, Perihan Elif. A survey study evaluating and comparing the health literacy knowledge and communication skills used by nurses and physicians. Inquiry: **The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 56, p. 0046958019865831, 2019.

HOJAT, Mohammadreza *et al.* The Jefferson scale of attitudes toward interprofessional collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. **Journal of interprofessional care**, v. 29, n. 3, p. 238-244, 2015.

JARUSEVICIENE, Lina *et al.* Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2013.

KALIYAPERUMAL, K. I. E. C. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS illumination**, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

KHAN, Anum Irfan *et al.* Examinar a extensão e os fatores associados ao trabalho em equipe interprofissional em ambientes de atenção primária. **Journal of Interprofessional Care**, p. 1-12, 2021.

KINALSKI, Daniela Dal Forno *et al.* Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 424-429, 2017.

KRIEGEL, Johannes; TUTTLE-WEIDINGER, Linda; RECKWITZ, Luise. Digital Media for Primary Health Care in Austria. In: **eHealth**. 2017. p. 282-289.

KRUEGER, Linda; ERNSTMEYER, Kim; KIRKING, Ellen. Impact of interprofessional simulation on nursing students' attitudes toward teamwork and collaboration. **Journal of Nursing Education**, v. 56, n. 6, p. 321-327, 2017.

LIMA, Ana Wlândia Silva de *et al.* Perception and manifestation of collaborative competencies among undergraduate health students. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 28, 2020.

LOCKWOOD, Craig *et al.* Systematic reviews of qualitative evidence. **JBI Reviewer's Manual [internet]**, p. 23-71, 2017.

LOPES, Tania Oliveira. **Aula expositiva dialogada e aula simulada: comparação entre estratégias de ensino na graduação em enfermagem**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MACEDO, Kelly Dandara da Silva *et al.* Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018.

MACEDO, Lilian Louzada *et al.* A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2019.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MARIÑO, Andrea Irene *et al.* Gestión de la comunicación en el primer nivel de atención de la ciudad de Bahía Blanca, 2014. Análisis desde la perspectiva de una situación de conflicto: la certificación de la libreta de asignación universal por hijo. **Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca**, p. 40-46, 2014.

MATZIOU, Vasiliki *et al.* Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. **Journal of interprofessional care**, v. 28, n. 6, p. 526-533, 2014.

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (Ed.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Primária (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2015

MIORIN, Jeanini Dalcol *et al.* Colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 2, pág. e78922074-e78922074, 2020.

MITCHELL, Rebecca; BOYLE, Brendan. Too many cooks in the kitchen? The contingent curvilinear effect of shared leadership on multidisciplinary healthcare team innovation. **Human Resource Management Journal**, v. 31, n. 1, p. 358-374, 2021.

MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009.

MORAES, Juliano Teixeira *et al.* Avaliação do impacto da capacitação no trabalho para o cuidado de pessoas com estomias. **Enfermagem em foco**, v. 10, n. 3, 2019.

MOREIRA, Felice Teles Lira dos Santos et al. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

MUNARETTO, Lorimar Francisco; CORRÊA, Hamilton Luiz; DA CUNHA, Júlio Araújo Carneiro. A study on the characteristics of the Delphi method and focus group as techniques to obtain data in exploratory research. **Revista de Administração da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 9-24, 2013.

NISBET, Gillian; LINCOLN, Michelle; DUNN, Stewart. Informal interprofessional learning: an untapped opportunity for learning and change within the workplace. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 6, p. 469-475, 2013.

NORA, Carlise Rigon Dalla; BEGHETTO, Mariur Gomes. Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020.

OUZZANI, Mourad *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2016.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

PEITER, Caroline Cechinel *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019.

PEREIRA, André Leon Lemos *et al.* A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e338101018942-e338101018942, 2021.

PETRY, Katyanna; CHESANI, Fabiola Hermes; LOPES, Stella Maris Brum. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 8, n. 2, p. 77-85, 2017.

PRADO, Marta Lenise do *et al.* Charles Maguerez Arc: reflecting methodology strategies on active training for health professionals. **Escola Anna Nery**, v. 16, p. 172-177, 2012.

PRAST, Jean et al. Practical strategies for integrating interprofessional education and collaboration into the curriculum. **Occupational therapy in health care**, v. 30, n. 2, p. 166-174, 2016.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1535-1547, 2018.

PUGGINA, Ana Cláudia; SILVA, Maria Júlia Paes da. Interpersonal Communication Competence Scale: Brazilian translation, validation and cultural adaptation. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 108-114, 2014.

RAIMONDI, Daiane Cortêz *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

RAMOS, Elen Amaral *et al.* Humanização na Atenção Primária à Saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, n. Supl 5, p. S280522, 2018.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira *et al.* Estratégias de coleta de dados online utilizadas em pesquisas qualitativas na área da saúde: uma revisão de escopo. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 41, 2020.

SAMPAIO, Guilherme Biondi et al. Educação Permanente e o Processo Formativo dos Profissionais da Saúde: Entrelace de Saberes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 25, p. e630-e630, 2019.

SANTOS, Crislaine Loqueti. **Concepções dos profissionais sobre as competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SILVA, Marcos Valério Santos da, Miranda, Gilza Brena Nonato e Andrade, Marcieni Ataíde de Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe

multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2017, v. 21, n. 62 [Acessado 9 Fevereiro 2022] , pp. 589-599. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>>. Epub 13 Fev 2017. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>

SOARES, Mirelle Inácio; CAMELO, Silvia Helena Henriques; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues. Technique of focus group in qualitative data collection: experience report. **Rev Min Enferm**, v. 20, p. e942, 2016.

SOUZA, Luccas Melo *et al.* Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. 2, 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.

SOUZA, Marli Aparecida Rocha de *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

STADICK, Jessica L. The relationship between interprofessional education and health care professional's attitudes towards teamwork and interprofessional collaborative competencies. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, v. 19, p. 100320, 2020.

SZAFRAN, Olga *et al.* Family physicians' perspectives on interprofessional teamwork: Findings from a qualitative study. **Journal of interprofessional care**, v. 32, n. 2, p. 169-177, 2018.

TASCA, Renato *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 19, p. 777-796, 2009.

VANDERGOOT, Sonya *et al.* Exploring undergraduate students' attitudes towards interprofessional learning, motivation-to-learn, and perceived impact of learning conflict resolution skills. **Journal of interprofessional care**, v. 32, n. 2, p. 211-219, 2018.

VILLARDI, ML, CYRINO, EG, and BERBEL, NAN. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São

Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 45-52. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books

VITALI, Marieli Mezari *et al.* Satisfação e insatisfação profissional na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2021.

WITISKI, Mateus *et al.* < b> Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde/Communication barriers: perception of a healthcare team< b. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, 2019.

XYRICHIS, Andreas; LOWTON, Karen. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. **International journal of nursing studies**, v. 45, n. 1, p. 140-153, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Esta pesquisa será desenvolvida por pesquisadores da FIOCRUZ-CE. Estou convidando-o a participar de uma pesquisa intitulada: **Os desafios da comunicação para melhoria das práticas colaborativas interprofissionais na estratégia saúde da família.**

Este estudo objetiva analisar a comunicação interprofissional entre profissionais da ESF na atenção primária à saúde, analisar a percepção, conhecimento e atitude dos participantes sobre o processo de comunicação nas equipes de APS e implementar intervenção educativa digital com os profissionais de saúde da ESF com a utilização do Arco de Maguerez sobre a comunicação interprofissional.

Para tal, realizaremos um Grupo Focal (GF) na fase 1 com análise das percepções a respeito da comunicação interprofissional entre membros das equipes da ESF na Unidade Básica de Saúde Anísio Teixeira. Na fase 2 será realizada uma intervenção educativa sobre a temática em questão. As fases 1 e 2 serão realizadas de forma presencial em espaço da UBS em questão. Serão dois encontros, sendo que no primeiro o número de participantes será de 6 a 12. Você está sendo convidado a participar como integrante/participante do grupo de pesquisa. O encontro da Fase 1 será no mês de outubro de 2021. A fase 2 ocorrerá em novembro de 2021. Os participantes que porventura faltarem aos encontros serão excluídos da pesquisa. Nestes encontros haverá gravação de áudio, os dados serão protegidos, confidenciais e ficarão armazenados e mantidos em sigilo até a conclusão dos resultados, por um período de cinco anos. Após esse período serão destruídos assegurando a proteção dos mesmos. Esta pesquisa visa à melhoria. Informamos que os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas na área de saúde e educação. Esclarecemos que você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, que esse estudo não acarretará nenhum dano a sua saúde e, que será resguardado o sigilo das informações referente aos nomes dos participantes do grupo, fotos e áudios. Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. Responsável pela pesquisa: Raquel Bomfim Castelo, mestrandia do MPSF na instituição FIOCRUZ.

O abaixo- assinado _____, _____ anos, RG _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste Termo. Estou ciente de que se faltar aos encontros por qualquer motivo serei excluído da pesquisa.

_____	/	____	/	_____	NOME	DO
VOLUNTÁRIO (A)		DATA		ASSINATURA		
_____	/	____	/	_____	NOME	DA
PESQUISADORA		DATA		ASSINATURA		
_____	/	____	/	_____	NOME	DO
PROFISSIONAL		DATA		ASSINATURA		
QUE APLICOU O TCLE						

Fortaleza, _____ de _____ de 2021.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL

1-IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ -

Idade: _____ Sexo: () F () M

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Nº de filhos: _____ Cidade: _____ .

Profissão/ocupação: _____ Renda familiar: _____ .

Escolaridade: () Nível médio () Graduação () Pós-graduação () Mestrado
() Doutorado.

Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária em Saúde? _____ .

Há quanto trabalha na Unidade de Saúde Anísio Teixeira? _____ .

APÊNDICE C - Roteiro básico de perguntas norteadoras do Grupo Focal

PERGUNTA DISPARADORA

Para você, como se dá a comunicação entre os profissionais no seu trabalho?

PERGUNTAS GATILHO

- 1- O que você entende por comunicação efetiva interprofissional?
- 2- Você considera que no seu ambiente de trabalho a comunicação interprofissional é efetiva?
- 3- Quais os principais desafios na comunicação interprofissional em seu local de trabalho?
- 4- Que potencialidades você identifica para melhoria da comunicação interprofissional na UBS em que você trabalha?

APÊNDICE D – Pré e pós-teste sobre comunicação interprofissional (Fonte: própria autora, 2021).

1-IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Nº de filhos: _____ Cidade: _____ .

Profissão/ocupação: _____ Renda familiar: _____ .

Escolaridade: () Nível médio () Graduação () Pós-graduação () Mestrado
() Doutorado.

Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária em Saúde? _____.

Há quanto trabalha na Unidade de Saúde Anísio Teixeira? _____.

As perguntas a seguir estão relacionadas com o seu conhecimento sobre a comunicação interprofissional na ESF. Marque com um X a resposta que, em sua opinião, é a correta. Não se preocupe em acertar ou errar as questões. O importante é você responder de acordo com o que você sabe. Desde já agradeço sua colaboração.

Conhecimento:

1. A comunicação interprofissional assertiva pode levar ao aumento na segurança dos pacientes.

() Certo () Errado () Não sei

2. A comunicação deve conter entraves entre os profissionais para manter a hierarquia.

() Certo () Errado () Não sei

3. A comunicação assíncrona não constitui barreira na comunicação interprofissional.

() Certo () Errado () Não sei

4. As reuniões de equipe frequentes favorecem ao diálogo e a comunicação interprofissional.

() Certo () Errado () Não sei 5.

5. Conflitos dentro da equipe favorecem a comunicação interprofissional.

Certo Errado Não sei

6. Treinamento de habilidades não é necessário para melhoria da educação interprofissional.

Certo Errado Não sei

7. Conhecer o papel de cada membro da equipe não é importante para o trabalho colaborativo em equipe e melhoria da comunicação interprofissional.

Certo Errado Não sei

Atitude

1. Você considera necessária a melhoria da comunicação interprofissional na ESF?

Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário Não tem opinião

2. Você considera necessária uma mudança de comportamento para a melhoria da comunicação interprofissional na ESF?

Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário Não tem opinião

3. Você considera necessário identificar as dificuldades na comunicação na ESF? Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário Não tem opinião

4. Você considera necessário participar de estratégias para melhoria da comunicação?

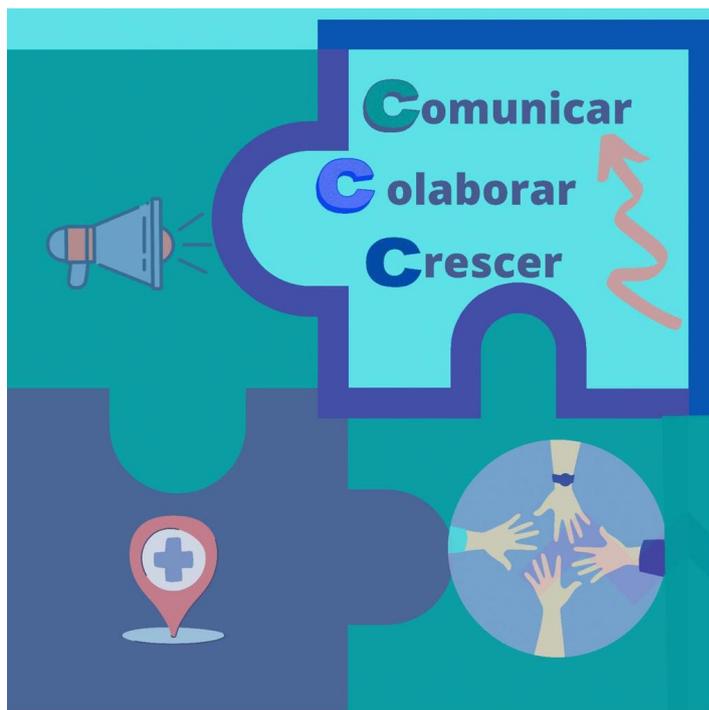
Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário Não tem opinião

5. Você considera necessário participar de um treinamento de habilidades para a melhoria da comunicação?

Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário Não tem opinião

6. Você considera necessário realizar reuniões mais frequentes de equipe para melhoria da comunicação interprofissional?

Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário Não tem opinião



Logo criada para a intervenção educativa. Fonte: própria autora, 2021.



Slides criados para a realização da intervenção educativa. Fonte: própria autora, 2021.



QR Code criado para realização do pré-teste por meio de questionário em *Google Forms*®.



Situação-problema

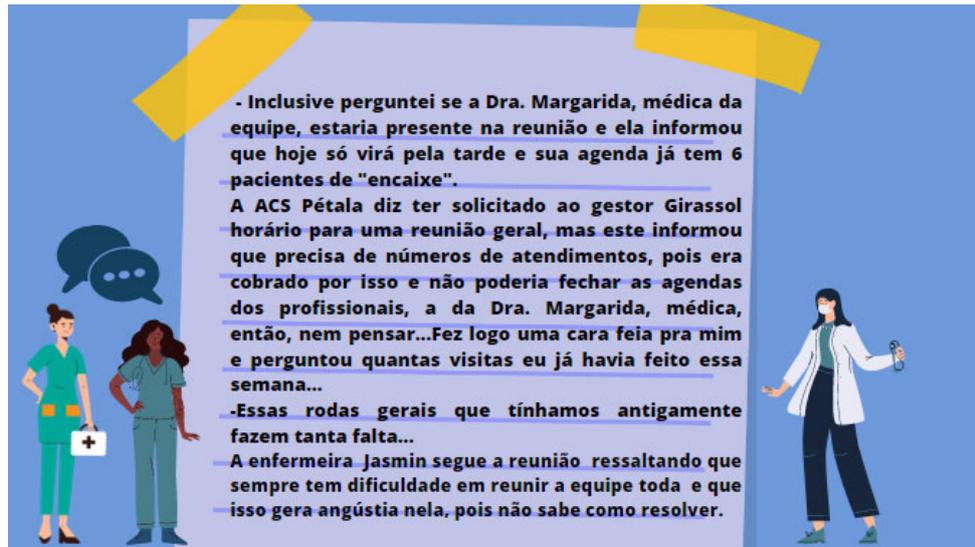
A equipe de saúde Rosa da UBS Jardim Encantado, situada na cidade de Fortaleza, em reunião eventual conversou sobre alguns desafios enfrentados no dia-a-dia. A Acs iniciou a fala: - Uma paciente da área da Acs D. Carmélia teve problemas no final da gravidez e teve que se internar às pressas. Foi um aperreio porque ninguém sabia que D. Carmélia estava de férias, inclusive eu e a enfermeira.

A enfermeira Jasmin disse: - É verdade. Outra questão é que também estou com dúvidas sobre como encaminhar as gestantes para avaliação odontológica, sempre que vou conversar com o Dr. Lírío, o dentista está com a agenda cheia, ou não está na UBS, e diz que não tem tempo para "essas coisas", fico sem saber como fazer. As ASB também não sabem informar.

 The text is presented on a white background with a yellow ribbon graphic at the top. On the left side, there is an illustration of two healthcare professionals (a nurse and a doctor) with speech bubbles. On the right side, there is an illustration of a doctor in a white coat.

Situação-problema utilizada na etapa de observação da realidade.

Fonte: própria autora, 2021.



- Inclusive perguntei se a Dra. Margarida, médica da equipe, estaria presente na reunião e ela informou que hoje só virá pela tarde e sua agenda já tem 6 pacientes de "encaixe".

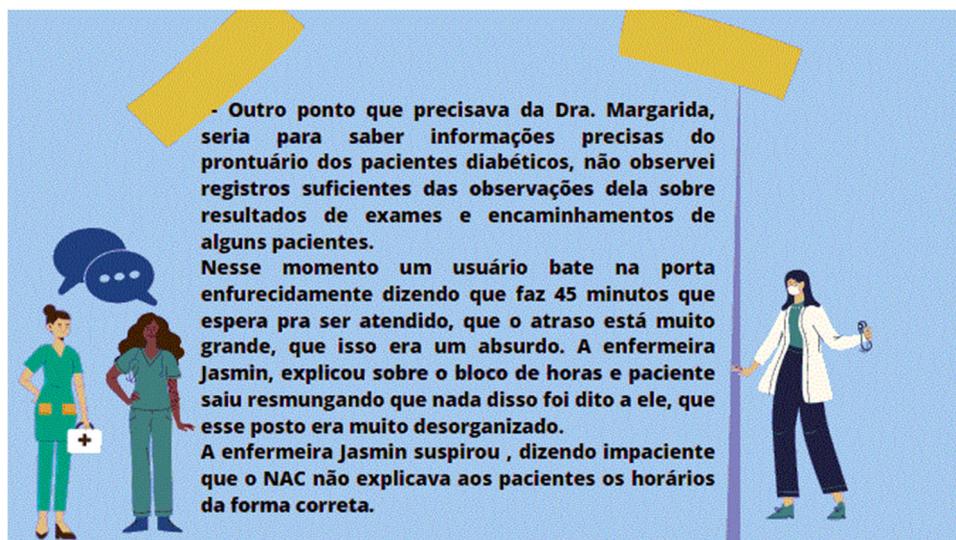
A ACS PétaIa diz ter solicitado ao gestor Girassol horário para uma reunião geral, mas este informou que precisa de números de atendimentos, pois era cobrado por isso e não poderia fechar as agendas dos profissionais, a da Dra. Margarida, médica, então, nem pensar...Fez logo uma cara feia pra mim e perguntou quantas visitas eu já havia feito essa semana...

-Essas rodas gerais que tínhamos antigamente fazem tanta falta...

-A enfermeira Jasmin segue a reunião ressaltando que sempre tem dificuldade em reunir a equipe toda e que isso gera angústia nela, pois não sabe como resolver.

Situação-problema utilizada na etapa de observação da realidade.

Fonte: própria autora, 2021.



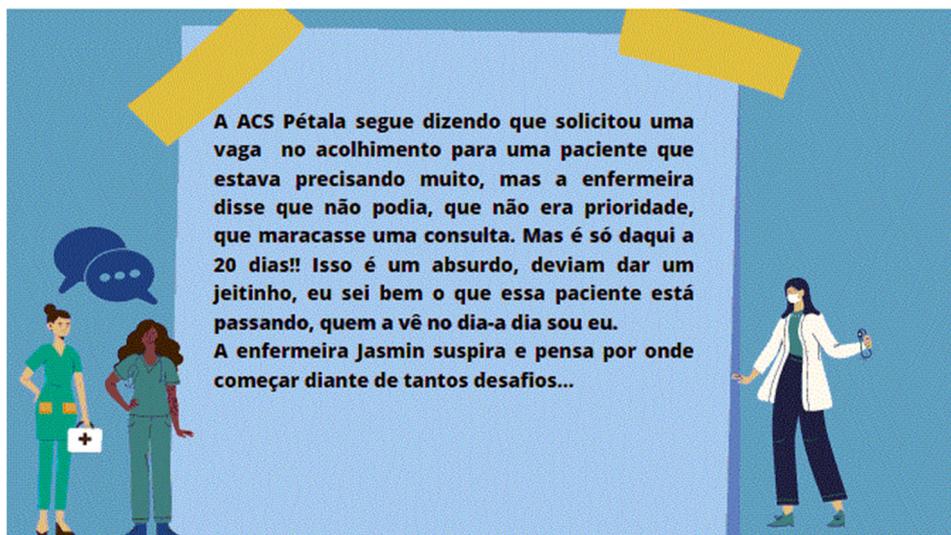
- Outro ponto que precisava da Dra. Margarida, seria para saber informações precisas do prontuário dos pacientes diabéticos, não observei registros suficientes das observações dela sobre resultados de exames e encaminhamentos de alguns pacientes.

Nesse momento um usuário bate na porta enfurecidamente dizendo que faz 45 minutos que espera pra ser atendido, que o atraso está muito grande, que isso era um absurdo. A enfermeira Jasmin, explicou sobre o bloco de horas e paciente saiu resmungando que nada disso foi dito a ele, que esse posto era muito desorganizado.

A enfermeira Jasmin suspirou, dizendo impaciente que o NAC não explicava aos pacientes os horários da forma correta.

Situação-problema utilizada na etapa de observação da realidade.

Fonte: própria autora, 2021.



Situação-problema utilizada na etapa de observação da realidade.

Fonte: própria autora, 2021.



Primeira etapa do Arco de Maguerez, observação da realidade. Fonte: própria autora, 2021.



Segunda etapa do Arco de Maguerez. Fonte: própria autora, 2021.



Hipóteses explicativas a respeito do problema. Fonte própria autora.



Terceira etapa do Arco de Maguerez, Teorização. Fonte: própria autora, 2021.



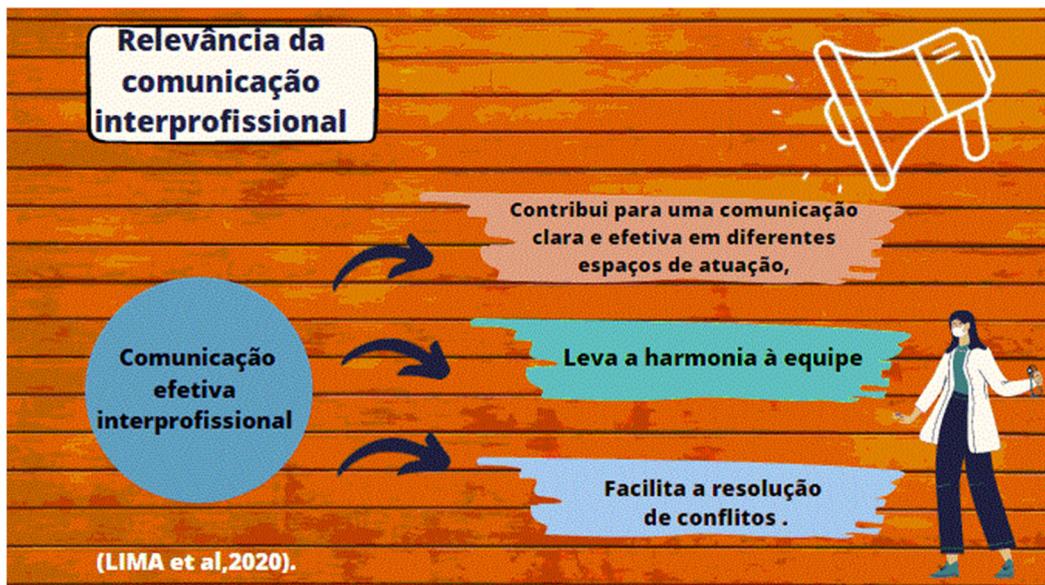
Terceira etapa do Arco de Maguerez, Teorização. Aula expositiva ministrada pela mediadora. Fonte: própria autora, 2021.



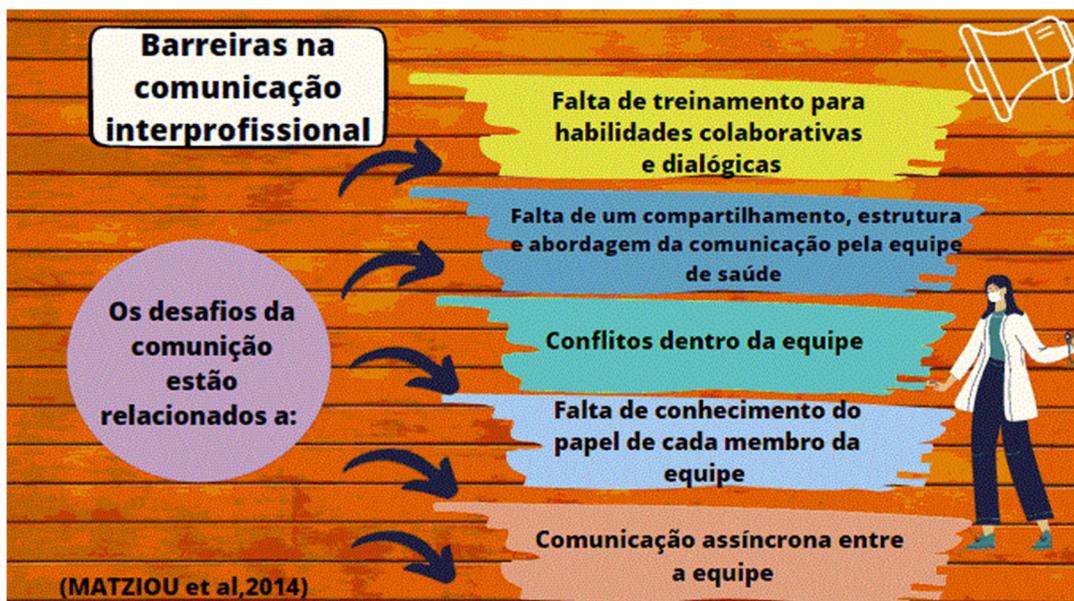
Terceira etapa do Arco de Maguerez, Teorização. Aula expositiva ministrada pela mediadora. Fonte: própria autora, 2021.



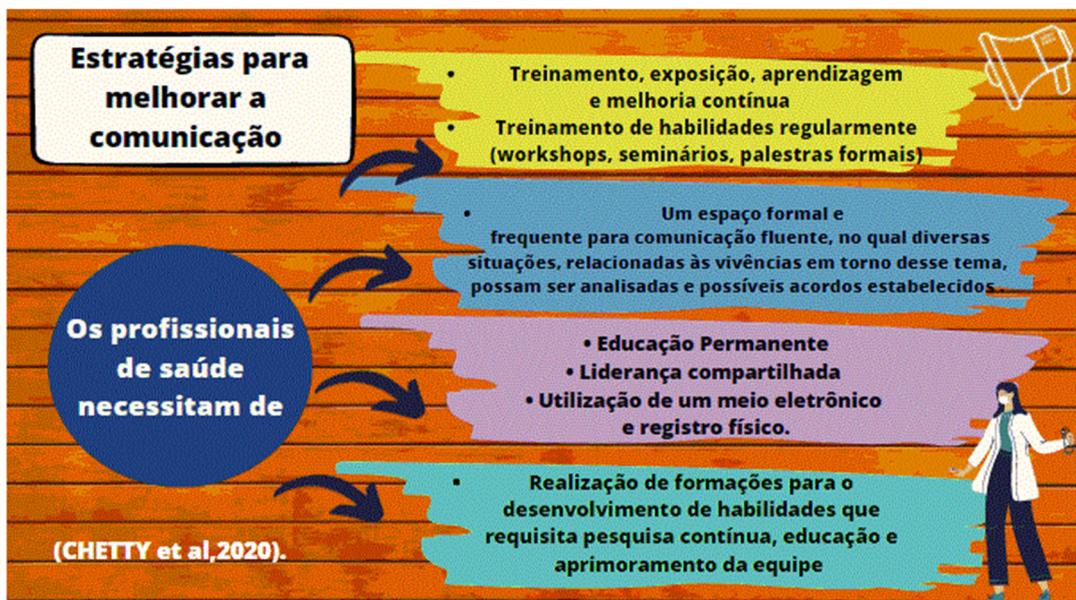
Terceira etapa do Arco de Maguerez, Teorização. Aula expositiva ministrada pela mediadora. Fonte: própria autora, 2021.



Terceira etapa do Arco de Maguerez, Teorização. Aula expositiva ministrada pela mediadora. Fonte: própria autora, 2021.



Terceira etapa do Arco de Maguerez, Teorização. Aula expositiva ministrada pela mediadora. Fonte: própria autora, 2021.



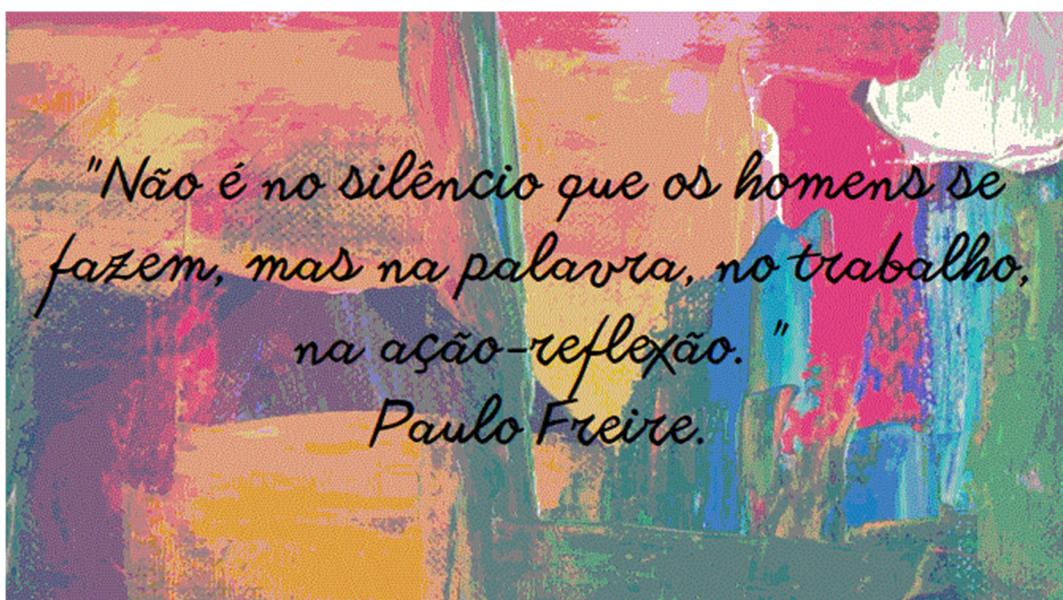
Terceira etapa do Arco de Maguerez, Teorização. Aula expositiva ministrada pela mediadora. Fonte: própria autora, 2021.



Quarta etapa do Arco de Maguerez, hipóteses de solução para o problema. Fonte: própria autora, 2021.



Quinta etapa do Arco de Magueréz, volta à realidade. Fonte própria autora: 2021.



Slide projetado na reflexão final.



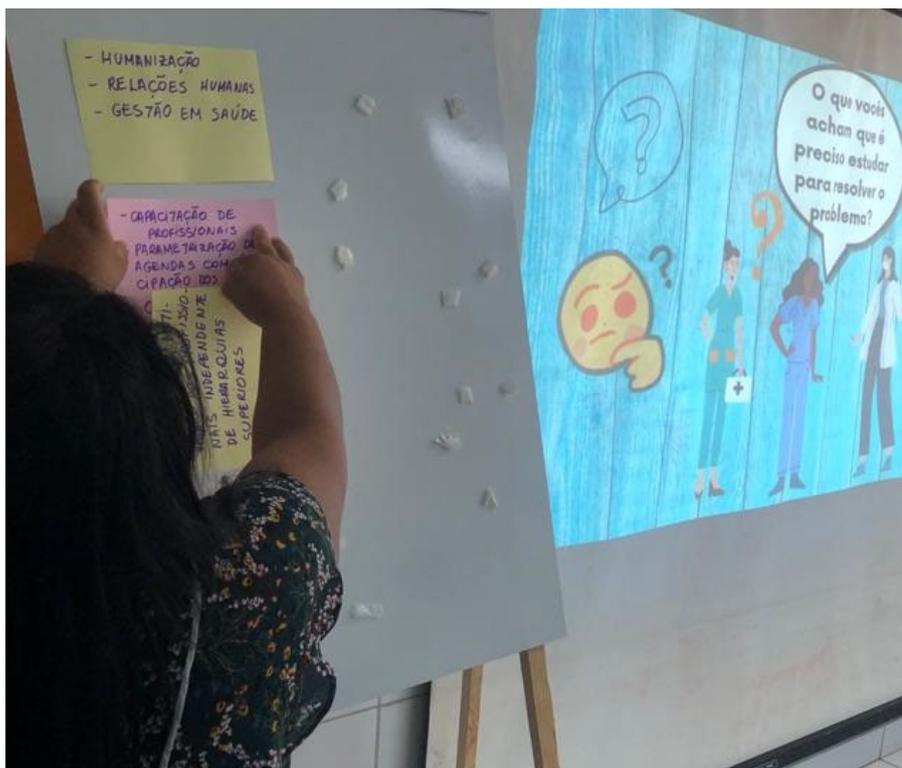
Slide projetado nos agradecimentos.



Foto materiais entregues aos participantes do grupo focal. Outubro, 2021.



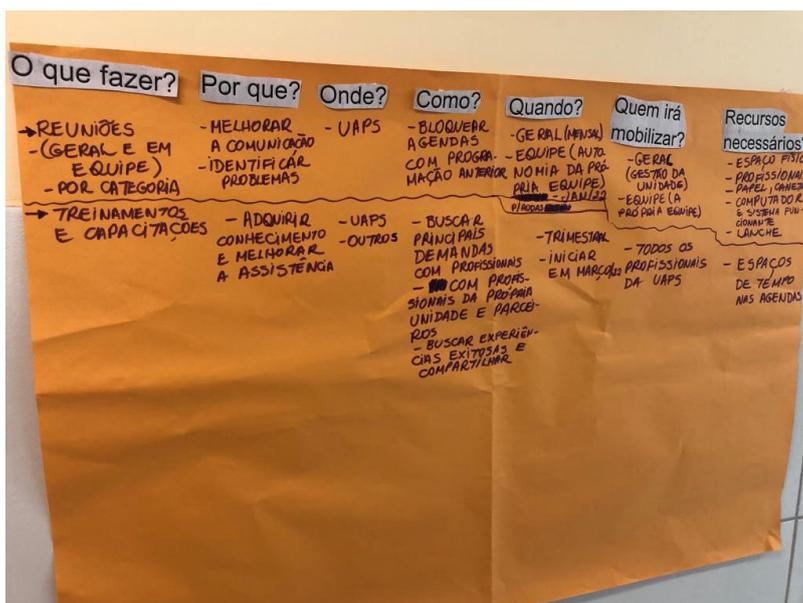
Materiais distribuídos para os participantes da Intervenção Educativa. Novembro, 2021.



Etapas da intervenção educativa, novembro 2021.



Etapas da intervenção educativa e flipchart com as contribuições de cada grupo. Novembro, 2021.



Construção do plano de ação na intervenção educativa. Novembro, 2021.



Grupo participante da intervenção educativa, novembro, 2021.

ANEXOS

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O desafio da comunicação para prática colaborativa interprofissional na APS

Pesquisador: RAQUEL BOMFIM CASTELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47664121.0.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

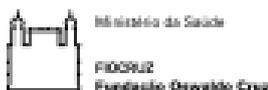
Número do Parecer: 4.879.960

Apresentação do Projeto:

Preenchido conforme documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1743640.pdf de 21/07/2021

Introdução: visando o alcance de um cuidado seguro, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com a Comissão Conjunta Internacional-Joint Commission Internacional (JCI), vem promovendo, como estratégia para orientar boas práticas para diminuição de riscos e eventos adversos em serviços de saúde, a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) (ANDRADADE, 2019). As seis metas são: identificação correta do paciente; comunicação efetiva – item de maior atenção entre as metas, devido à extrema necessidade de haver comunicação precisa, clara e objetiva entre os profissionais e setores, a fim de dar continuidade aos serviços de saúde com maior segurança; uso racional de medicamento; cirurgia segura; redução do risco de infecção e prevenção de lesões por pressão e danos por queda (SOUSA et al, 2020). Dessa forma, garantir o cuidado integral, resolutivo e seguro nas equipes de APS é essencial porque a segurança do paciente, definida como redução em um nível mínimo aceitável do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado em saúde, é

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Aúras, R. José Franco de Oliveira, s/n
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-970
UF: CE **Município:** REDENÇÃO

**DECLARAÇÃO**

Declaramos que **Raquel Bomfim Castelo**, aluna, matrícula nº **FIOMPSF19016**, apresentou o Projeto de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF), nível mestrado profissional, intitulado: **"Desafios da comunicação nas práticas colaborativas interprofissionais"**, tendo sido examinado e considerado **APROVADO** pela Banca Examinadora, conforme a Ata de Qualificação, em anexo, expedida nesta Nucleadora, Fiocruz Ceará.

Eusébio, 03 de setembro de 2021.



Profª Drª Ana Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer – Fiocruz CE
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Nucleadora Fiocruz Ceará