

A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde

Giselle Fernanda Previato^(a)
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera^(b)

Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1535-47.

The objective of this study was to analyze communication as a collaborative interprofessional health practice domain in the workflow of primary healthcare teams. It was a qualitative study with a descriptive and interpretative approach, and its data constitute part of a master's thesis. It was conducted in in Primary Health Care Units (UBS) of a Brazilian city in the northwestern part of the state of Paraná, with 84 professionals of primary healthcare teams. Data was collected by focus groups and organized in hierarchical descending order using software IRaMuTeQ®. They were submitted to lexical analysis and discussed based on the Theory of Dialogic Action. Five lexical classes were obtained. When grouped together, they revealed how communication among primary healthcare teams occurs. Collaborative interprofessional communication is still a challenge for health teams when leading a joint transformative and dialogical work process.

Keywords: Communication. Interprofessional relationships. Collaborative behavior. Health staff. Primary healthcare.

O objetivo deste estudo foi analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e interpretativo, cujos dados constituem um recorte de dissertação de mestrado, realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do noroeste do estado do Paraná, Brasil, com 84 profissionais de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Os dados foram coletados por grupos focais, organizados pela classificação hierárquica descendente do *software* IRaMuTeQ®, submetidos à análise lexical e discutidos pela Teoria da Ação Dialógica. Levantaram-se cinco classes de léxicos que, quando agrupados, revelaram como ocorre a comunicação entre as equipes da Atenção Primária à Saúde. A comunicação, de caráter interprofissional e colaborativo, ainda é um desafio para as equipes de saúde conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador.

Palavras-chave: Comunicação. Relações interprofissionais. Comportamento cooperativo. Pessoal de saúde. Atenção primária à saúde.

^(a) Santa Casa de Maringá. Rua Santos Dumont, 555, Zona 03. Maringá, PR, Brasil. 87050-100. giselle_previatio@hotmail.com

^(b) Departamento de Enfermagem, UEM. Maringá, PR, Brasil. vanessadenardi@hotmail.com

Introdução

A prática interprofissional colaborativa em Saúde é um dos principais métodos para melhorar os resultados das práticas de saúde em todo o mundo¹, sobretudo porque contribui positivamente para a percepção, compreensão e eficácia das relações de trabalho em equipe, do mesmo modo que nos cuidados em saúde². A esse respeito, afirma-se que o uso da prática interprofissional colaborativa em Saúde permite influenciar de forma sinérgica sobre o cuidado e melhorar o acesso à saúde, aperfeiçoar a utilização dos recursos, aprimorar a eficiência dos serviços, apurar os resultados e racionalizar os custos no cuidado em saúde³.

Por possuir um construto polissêmico, complexo e com múltiplos determinantes ao trabalho profissional⁴, há a necessidade de alterar o trabalho multiprofissional para interprofissional, exigindo colaboração. O trabalho multiprofissional é, geralmente, marcado pela fragmentação do cuidado e caracterizado pela justaposição das diferentes disciplinas, na qual os saberes especializados balizam a atuação de cada profissional. Diferentemente, o trabalho interprofissional realiza-se por meio da reflexão sobre os papéis profissionais e da tomada de decisão compartilhada, pelos quais se constroem os saberes de modo dialógico, com respeito às singularidades das diversas práticas profissionais⁵.

Nesse sentido, para alcançar a prática interprofissional colaborativa em Saúde, alguns domínios foram afirmados como essenciais. Entre estes, a comunicação interprofissional foi reconhecida como primordial e mais presente nos demais domínios, que são: cuidado centrado no paciente, cliente e família; clarificação dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais; e liderança colaborativa⁶.

Justifica-se, nessa direção, que a comunicação é um aspecto crucial para o desenvolvimento da cultura de grupo, além de criar um senso comum de realização dentro da equipe, o que permite exercer a colaboração interprofissional efetiva⁷. Igualmente, os achados colocam a comunicação interprofissional em posição de destaque sobre os domínios da prática interprofissional colaborativa em Saúde, formando um canal de comunicação aberto e efetivo entre as equipes de saúde; e oferece oportunidades aos profissionais para compartilharem entre eles suas inquietações e as vitórias geradas no dia a dia do trabalho, o que contribui para melhores resultados de saúde e maior satisfação dos usuários^{1,8}. Tal afirmação instaura uma perspectiva educativa à comunicação interprofissional, gerando o diálogo autêntico. Essa perspectiva favorece o aprendizado pela prática cotidiana e a transforma pela reflexão e saberes problematizados⁹.

Nesse sentido, dada a complexidade dos cuidados que abarca, tal como a resolutividade desejável da atenção à saúde e a superação das práticas fragmentadas a partir da concepção ampliada de saúde¹⁰, pode-se afirmar que a comunicação, enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, é um princípio fundamental à APS¹¹. Deve-se esclarecer que a APS brasileira é organizada de acordo com os preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É demarcada pelo trabalho compartilhado entre as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que, juntos, buscam a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações de saúde permeadas pela interdisciplinaridade¹².

Desta feita, ante o contexto da comunicação, tida enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, voltada à atenção em saúde qualificada na APS, o que acontece em consonância com os ideários do SUS, no presente artigo, pretendeu-se responder ao seguinte questionamento: a comunicação interprofissional existe no processo de trabalho das equipes do Nasf e da ESF? Se existe, possui características de diálogo autêntico capaz de instaurar aprendizagem e, conseqüentemente, fomentar transformações no processo de trabalho dessas equipes? Ademais, o estudo objetivou analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde a partir do processo de trabalho das equipes da APS.

Metodologia

Foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo interpretativo, cujos dados utilizados constituem recorte da dissertação de mestrado intitulada “Domínios e competências da prática interprofissional colaborativa em Saúde no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde”. O processo de investigação aconteceu nas UBS de um município localizado na região noroeste do estado do Paraná (Brasil). Tais unidades contam com nove equipes de Nasf para apoiar as 74 equipes da ESF existentes, que alcançam 65% da população – aproximadamente 250 mil habitantes de um total de quatrocentos mil. O público-alvo do estudo foram os profissionais de todas as nove equipes de Nasf e uma das equipes de referência de cada Nasf. Ao todo, 84 profissionais das equipes de APS participaram dessa investigação, com distribuição representativa entre as diferentes categorias das áreas atuantes, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Para os profissionais do Nasf, foram utilizados dois critérios de inclusão: ser profissional designado para o Nasf e estar relacionado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do município pesquisado. Para esse mesmo público, foram aplicados dois critérios de exclusão: não estar em exercício da função profissional na equipe de Nasf e não se encontrar em atuação profissional no período da coleta de dados – seja por férias, licença ou indisponibilidade. Dos 57 elegíveis, 44 foram selecionados e, assim, participaram do estudo. Foram selecionados cinco assistentes sociais, quatro farmacêuticos, quatro fisioterapeutas, seis fonoaudiólogos, oito nutricionistas, seis profissionais de educação física, oito psicólogos e três terapeutas ocupacionais.

Quanto aos profissionais da ESF, foram empregados dois critérios de inclusão. O primeiro era pertencer a uma equipe indicada pelo Nasf, em virtude de desenvolver ações e práticas firmadas em parceria e integração- com a equipe de Nasf. O segundo, estar cadastrado no SCNES do município pesquisado. Já os critérios de exclusão foram: não estar em exercício da profissão e não estar em exercício das funções no Nasf no período de coleta de dados. Dos 59 profissionais atuantes nas equipes da ESF, indicadas pelos Nasf à pesquisa, quarenta foram selecionados e, conseqüentemente, participaram do estudo. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram: 26 agentes comunitários de saúde (ACS), oito enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois médicos e um técnico em saúde bucal. A falta de participação da classe profissional médica nas equipes da ESF é fato que merece destaque, pois o ponto de vista desses profissionais não foi perceptível em todas as discussões grupais em comparação com os demais.

Os dados foram obtidos entre fevereiro e abril de 2017, por meio da técnica de grupo focal (GF). Tal técnica é caracterizada enquanto coleta de dados para pesquisa qualitativa, derivada de entrevistas em grupo. O seu emprego permite recolher informações por intermédio da comunicação das interações grupais. Estas são desenvolvidas para colher percepções dos participantes sobre um determinado tema¹³ que, neste estudo, tratou-se da comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, sobre o processo de trabalho compartilhado dos profissionais do Nasf e da ESF.

Quanto ao instrumento para a coleta de dados, este consistiu em um roteiro de questões disparadoras para os GF, que versaram sobre os domínios das práticas interprofissionais colaborativas em Saúde. Para o presente estudo, interessou apenas as práticas relativas à comunicação. O roteiro foi adequado por juízes com experiência na área, que seguiram um instrumento visando à correta adequação das questões¹⁴. Posteriormente, o roteiro foi submetido a um GF piloto, a fim de garantir o necessário rigor metodológico. Desse modo, foram realizados nove GFs, um com cada equipe de Nasf, com sua respectiva ESF. No entanto, apenas oito foram considerados no estudo realizado, pela necessidade de excluir o grupo-piloto, evitando-se, assim, o emprego desnecessário de viés na pesquisa.

Os profissionais da ESF e Nasf, que formaram os GF, foram convidados previamente, por meio de contato presencial e convites impressos. Em média, participaram dos encontros cerca de dez profissionais. Os diálogos aconteceram nas salas de reuniões das UBS, que são ambientes equipados com boa acústica e luminosidade, o que garantiu condições adequadas às conversações¹³. As

comunicações foram conduzidas por uma moderadora – a própria pesquisadora –, com o auxílio de uma relatora e de uma observadora.

As discussões grupais, originadas dos GF, foram gravadas com dois aparelhos gravadores, de forma simultânea. Posteriormente, os áudios captados foram transcritos na íntegra, sendo considerados, a partir de então, partes do banco de dados da pesquisa. A partir de um único arquivo, denominado *corpus*, foi organizado o processo de comunicação. Tal processo foi tido enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, entre as equipes da APS. Assim, cada GF caracterizou um texto e o conjunto desses textos constituiu um *corpus* e análise da pesquisa.

Os dados foram organizados com auxílio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ®), versão 0.7 alpha 2. Trata-se de um programa gratuito e ancorado no Software R, que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais, contando com diversos tipos de organização para a análise textual, optando-se por utilizar, para o processamento de dados desse estudo, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)¹⁵.

Cumpra explicitar que a CHD utiliza o *corpus* para o dimensionamento dos segmentos de texto ou unidades de contexto elementar (UCE). Estes, por sua vez, são classificados em função dos vocabulários de maior frequência e dos valores de qui-quadrado mais elevados na classe, por entender que sejam significativos para a posterior análise. O IRaMuTeQ® organiza as palavras em um dendograma, que representa a quantidade e a composição léxica de classes a partir de um agrupamento de termos do qual se obtém a frequência absoluta de cada um deles e o valor de qui-quadrado' agregado¹⁵. Por meio do dendograma, foi possível elaborar um quadro para melhor visualização das classes, que qualificou as UCE em função dos seus respectivos vocabulários, para os quais se designou uma nomenclatura, permitindo a posterior análise lexical¹⁶.

Para conduzir a discussão interpretativa, utilizou-se a Teoria da Ação Dialógica⁹, centrada sobre a práxis e sobre o diálogo autêntico. Igualmente, o emprego dessa perspectiva teórica refere-se à transformação dos saberes e das práticas, que são permeadas pelo diálogo e que coadunam com os preceitos da comunicação que, por sua vez, é tida enquanto domínio das práticas interprofissionais colaborativas em Saúde.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Humanos (Copep) e teve parecer favorável com número 1.903.172/2017 (CAAE: 63610916.1.0000.0104). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato das respostas foi garantido, bem como todos os demais preceitos éticos orientados. Por fim, para a apresentação do texto, foram seguidos todos os passos preconizados pelo *checklist* Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq), com o propósito de garantir aperfeiçoamento da apresentação dos resultados da pesquisa sob abordagem qualitativa¹⁷.

Resultados e discussão

Identificaram-se 5894 ocorrências de palavras na CHD, distribuídas em 885 UCE, com aproveitamento de 90,14% do *corpus*, indicando um ótimo aproveitamento dos dados. Foram originadas do dendograma da CHD, proveniente do *corpus*, cinco classes de análise. O *corpus* foi dividido em dois subcorpus: de um dos subcorpus, obteve-se a classe 5. Do outro subcorpus, obteve-se a classe 4 e mais três repartições que originaram as classes 1, 2 e 3. Tais classes, interpretadas como processos de comunicação condizentes com o domínio comunicativo da prática interprofissional colaborativa em Saúde, estão apresentadas em formato de quadro para maior clareza (Quadro 1). As interpretações residem nas contradições expressas nas classes obtidas no Quadro 1, visto que exprimem polaridade de potencialidades ou fragilidades para a comunicação interprofissional e engendradas.

Quadro 1. Classes referentes à comunicação interprofissional no processo de trabalho entre as equipes de NASF e ESF, listadas em ordenação decrescente percentual, resultante do dendograma da CHD do *corpus* textual.

Número da classe	Nomenclatura da classe	% da classe em ordem decrescente	Análise Lexicográfica		
			Palavras (p <0,001) *	X ²	%
2	A comunicação interprofissional tem foco no cuidado aos usuários do serviço de saúde	22,1	Paciente Prontuário Usuário ACS Contato Cuidado Atendimento Olhar	45,63 26,19 25,48 25,18 17,47 17,47 13,76 10,86	87,5 100,0 65,8 88,89 100,0 100,0 83,33 100,0
5	A comunicação informal entre as equipes acontece por meio de tecnologias comunicativas	20,5	WhatsApp Informação Tecnologia Passar Informal Recado Telefone E-mail Celular	103,37 71,82 61,12 60,51 56,53 41,26 32,23 28,78 24,46	100,0 83,33 100,0 74,07 80,95 91,67 90,0 100,0 100,0
1	Há dificuldades de diálogo efetivo entre os profissionais, mas se reconhece sua importância	20,5	Existir Diálogo Dificultar Muito Resolver Liberdade Assunto	33,17 24,6 23,56 17,38 16,04 16,04 15,28	100,0 100,0 87,5 55,5 100,0 100,0 83,33
4	A educação permanente e o matriciamento oportunizados pela visita domiciliar e o trabalho com coletividades são estratégias para a comunicação interprofissional	18,9	Domiciliar Matriciamento Interprofissional Oportunidade Visita Permanente Educação Grupo Consulta Dificuldade Oportunidade	50,92 46,58 46,1 44,06 40,75 34,22 31,82 27,03 17,72 17,72 41,57	92,31 100,0 65,38 66,67 100,0 100,0 70,59 100,0 92,03 100,0 100,0
3	As reuniões para discussões de casos e planejamento de ações entre as equipes são momentos formais de comunicação interprofissional	18,1	Reunião Discussão Formal Momento Ação Planejar Troca	13,89 49,21 49,21 24,32 18,68 13,89 13,44	100,0 84,62 84,62 62,5 100,0 100,0 80,0

Fonte: As autoras.

A comunicação entre Nasf e ESF implica em considerá-la parte do processo de trabalho e, por isso, como práxis potencial transformadora da realidade⁹. Os achados do presente estudo demonstram que a comunicação existe, entre as equipes, com aspectos potencializadores à interprofissionalidade e à transformação dos fazeres. No entanto, perceberam-se fragilidades e desafios que impedem a prática interprofissional colaborativa em saúde efetiva.

Como potencializador para uma comunicação interprofissional, a classe 2 (22,1%) aponta que “a comunicação interprofissional tem foco no cuidado aos usuários do serviço de saúde”, salientando-

se que o objetivo principal das práticas comunicativas entre Nasf e ESF é o usuário. Isso sinaliza a iniciativa da equipe pelas estratégias do cuidado, que caminham para um diálogo ideal. Por isso, estas foram as palavras em destaque: paciente, usuário, cuidado, contato e atendimento. Ainda, os meios de comunicação com esse foco foram: prontuário e ACS, conforme clarificam as falas que apoiam essa interpretação a partir da análise lexical:

O objetivo principal da comunicação entre as equipes é a resolução dos casos dos pacientes, é solucionar os nós críticos [...]. (Enfermeira – GF1)

[...] O uso do prontuário do paciente é uma fonte de comunicação interprofissional, pois mesmo que eu não tenha contato de maneira direta com a ESF, ou a ESF com o Nasf, se cada profissional evoluiu e anotou tudo ali, os profissionais conseguem saber o que foi feito [...], quais profissionais o atenderam, e o atendimento acaba sendo cruzado e mais resolutivo [...]. (Psicóloga – GF 2)

Nós, ACS, somos o elo entre os pacientes e as equipes de Nasf e ESF. [...] vemos o que o usuário precisa e acionamos as equipes, e isso é colaborativo, pois ajuda no cuidado do paciente [...]. (ACS – GF 6)

Nessa perspectiva, destacou-se que o objetivo principal da comunicação entre as equipes, referidos pelos profissionais, é o usuário dos serviços de saúde. Tal achado sugere que esse domínio é, portanto, potencialmente colaborativo e que, se concretizado, implica em maior segurança e qualidade da atenção à saúde, com respeito às decisões pactuadas entre os profissionais e entre estes e os usuários^{18,19}. Ainda, a comunicação exercitada no trabalho em equipe, com o pensamento voltado ao usuário, reforça o domínio do cuidado centrado na pessoa por evitar omissões ou duplicações de cuidados, esperas ou adiamentos desnecessários³.

Nesse sentido, os meios apresentados pelos profissionais, para exercer uma comunicação interprofissional, com foco no usuário, foram os ACS e o prontuário eletrônico. Estes, apesar de fortes aliados da prática comunicativa para auxiliar o cuidado, não podem ser considerados meios exclusivos e determinantes para o alcance desse domínio.

Os ACS, de fato, representam um forte elo entre a comunidade e os demais profissionais da APS. São considerados mediadores importantes à comunicação, no sentido de desvelar a realidade de vida e saúde dos usuários. Sua contribuição pode ser dialógica, na direção de problematizar os contextos e de aglutinar práticas profissionais resolutivas, permitindo a ação-reflexão-ação⁹. Suas práticas cotidianas, permeadas pelo vínculo e acolhimento da população, favorecem a identificação dos problemas pela escuta atenta, exaltando a necessidade de momentos coletivos interprofissionais, para que possam produzir saberes e ações que se convertam em benefício²⁰.

Assim, os ACS instigam os profissionais das equipes de Nasf e ESF a comunicarem-se, com vistas à resolução de casos dos usuários. Do mesmo modo, os ACS estimulam o exercício do cuidado sobre a população. Pode-se dizer que o protagonismo do ACS, ante a comunicação entre usuários e equipe, sinaliza uma iniciativa da equipe de pôr em prática estratégias de cuidado que caminham para um diálogo ideal.

O uso do prontuário eletrônico, identificado nesse estudo como meio de comunicação com foco no usuário, foi percebido enquanto instrumento indireto de troca de informações entre os profissionais. Apesar de ser ferramenta importante à segurança nas tomadas de decisão e às respostas mais rápidas aos eventos adversos, seu uso pode reduzir a comunicação face a face entre os profissionais das equipes¹⁹.

A utilização do prontuário eletrônico, nessa perspectiva, pode causar prejuízos à comunicação dialógica que oportuniza trocas de saberes e transformação de fazeres⁹. O prontuário, portanto, no contexto investigado, parece ser utilizado como meio central – e não como acessório de comunicação – afastando a relação dialógica da equipe, por ser entendido como substituto do contato direto e, frequente, dos profissionais – o que distancia a interprofissionalidade⁵.

É sabido que a comunicação interprofissional exige uma conversação solidária, capaz de refletir e fomentar transformações no agir, com vistas à promoção da humanização, da criação e da libertação dos processos de trabalho dos permutantes⁹. Nesse sentido – no qual a perspectiva dialógica é ressaltada –, o usuário não deve ser apenas foco da comunicação entre os profissionais, como apreendeu-se nesta pesquisa, pois, a despeito da mediação ser estabelecida pelo ACS, ou pelo prontuário, o usuário deve ter sua participação garantida de forma efetiva. No entanto, não foi encontrado, no contexto desse estudo, qualquer protagonismo do usuário frente o processo de comunicação interprofissional. Sendo a ausência desse evento um fato, isso pode vir a causar consequências, como a alienação do trabalho seguida da sua descontextualização, traduzindo uma relação antidialógica⁹ do fazer em saúde.

Nesse sentido, de enfoque dialógico e colaborativo, entre os usuários e os profissionais do Nsf e ESF, destaca-se, ainda, a importância da construção e da discussão do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se de um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, voltadas à singularidade dos usuários, das famílias e das comunidades. O PTS é o resultado da discussão coletiva de uma equipe interprofissional, na qual todas as opiniões são tidas como importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e ajudar na definição das propostas de ações¹². Assim, o PTS reforça a relevância da comunicação colaborativa interprofissional, com foco no usuário, tido enquanto ser ativo no seu processo de cuidado.

A pesquisa mostrou uma possível fragilidade ao exercício da prática interprofissional colaborativa em Saúde. Observou-se que “a comunicação informal entre as equipes acontece por meio de tecnologias comunicativas”, presente na classe 5 (20,5%). Os profissionais-alvos deste estudo consideraram que a comunicação, entre eles, é marcada por um processo de passagem de informações e recados, de caráter informal, com destaque para o uso das tecnologias de mensagens, evidenciado pelas palavras: WhatsApp, informação, tecnologia, passar, informal, recado, telefone, e-mail e celular. Os relatos a seguir reforçam esses achados:

Nós utilizamos muito os meios de comunicação informais, principalmente o WhatsApp, para passar um recado, uma informação [...] isso descaracteriza uma comunicação interprofissional efetiva, porque não tem uma troca. (Fisioterapeuta – GF 4)

Acho que a comunicação, entre as equipes, acontece na maioria por recadinhos de papel, WhatsApp, celular [...] mas nem sempre temos um retorno, porque a demanda é grande, então a maioria é uma mera passagem de informações sobre casos mesmo. (Nutricionista – GF 8)

O ato de comunicar-se, tendo em vista somente a passagem de informações, caracteriza-se como mero verbalismo, o que dificulta a ação e a reflexão dialógica. Além disso, essa comunicação informal complica a efetividade do compromisso profissional pela transformação da realidade inserida⁹, opondo-se a uma colaboração estritamente comunicativa entre as equipes.

O uso das tecnologias de comunicação é uma crescente tendência contemporânea, o que também alcança o trabalho em equipe. O argumento para o seu emprego é a facilidade no repasse das informações¹⁹. Todavia, seu uso abusivo e exclusivo pode vir a dificultar e/ou reduzir a colaboração interprofissional. Isso pode acontecer porque o tipo de conversação, que caracteriza a comunicação dialógica, depende de níveis mais aprofundados de relação pessoal. A comunicação superficial constitui, em seu *modus operandi*, uma barreira comunicativa de diálogo entre os profissionais e as equipes de diversas especialidades²¹.

Compreende-se, assim, que para a colaboração e a interprofissionalidade serem consideradas marcas da comunicação, as ditas “tecnologias da informação”, postas enquanto meios de estrita passagem de informações, devem ser transcendidas. Ou seja, é necessário dar enfoque sobre a busca por um processo comunicativo baseado na troca de conhecimentos e ações partilhadas^{6,7}, superando, dessa maneira, a antidialogicidade⁹.

Interpretada como potencialidade e fragilidade coabitantes, a classe 1 reafirma, de fato, que “há dificuldades de diálogo efetivo entre os profissionais, mas reconhece-se sua importância”, evidenciada

pelos termos: existir, diálogo, dificultar e muito. No entanto, as palavras “resolver” e “liberdade” indicaram a importância atribuída ao diálogo para alcançar a comunicação interprofissional entre equipes. Alguns relatos exemplificam essa classe:

[...] com algumas equipes temos bastante liberdade para conversarmos [...] outras, o diálogo é mais dificultado, tem mais resistência [...]. (Profissional de Educação Física – GF 2)

Existem mais dificuldades de comunicação entre o Nasf e as equipes de ESF do que facilidades [...] o diálogo não acontece e a comunicação de caráter interprofissional e colaborativo também não. (Psicóloga – GF 5)

[...] não há abertura para o diálogo, não tem essa troca de conhecimentos, não tem essa abertura para dialogar. (Nutricionista – GF 7)

A ESF tem tantas burocracias para resolver que às vezes acabamos tendo falhas na comunicação e diálogo com o Nasf, então acaba que a colaboração é falha. (Técnica de Enfermagem – GF 8)

O diálogo, entendido como ferramenta para consolidar a comunicação interprofissional, é ponto indispensável à prática interprofissional colaborativa em Saúde¹⁸. Cabe ressaltar, nessa assertiva, a concepção pedagógica do diálogo horizontalizado⁹ nas práticas de saúde, pois potencializa a aprendizagem profissional e melhora as relações de trabalho e a atenção à saúde²².

Fazendo um contraponto, a dificuldade de diálogo apontada pelos depoentes converge para a afirmação da antidialogicidade tendenciosa ao ativismo e verbalismo⁹, que tece relações profissionais pouco colaborativas e afasta o alcance de uma prática interprofissional colaborativa entre as equipes, estruturadas para o apoio compartilhado¹².

O desafio do diálogo interprofissional, referido pelos participantes desta pesquisa, corrobora os problemas de comunicação frágil entre profissionais da APS, que trazem prejuízos à integralidade da atenção no trabalho da ESF e Nasf no contexto nacional²³. Isso reforça a fragilidade dialógica, como um aspecto marcante a ser superado no processo de trabalho compartilhado dessas equipes. As exigências e as cobranças existentes nos serviços de saúde – como melhorar indicadores de saúde e o número de procedimentos – podem vir a burocratizar o atendimento em saúde e determinar dificuldades para manter o diálogo autêntico entre as diversas categorias profissionais²⁴, fragilizando, por consequência, a comunicação interprofissional.

A classe 4 (18,9%) desvelou que “a educação permanente e o matriciamento, oportunizados pela visita domiciliar e o trabalho com coletividades, são estratégias para a comunicação interprofissional”. Nela, estão presentes os termos: visita domiciliar, matriciamento, educação permanente, grupos e oportunidade. No entanto, a palavra “dificuldade” apresentou-se como significativa, demonstrando que essas estratégias acontecem, mas que existem desafios à sua efetividade, sendo que estes, por sua vez, comprometem a comunicação interprofissional e, novamente, apontam para as contradições das potencialidades e fragilidades existentes na mesma classe. Seguem as discussões que elucidaram esses achados:

As visitas domiciliares compartilhadas são momentos importantes de comunicação interprofissional [...] o diálogo com os usuários e entre nós oportunizam a educação permanente, clarificação profissional e facilita a comunicação interprofissional. (Terapeuta Ocupacional – GF 2)

Nós, do Nasf, conseguimos conversar e dialogar com os profissionais da ESF, através do matriciamento e da educação permanente, mesmo que isso seja um desafio com algumas equipes, é um meio de comunicação. (Farmacêutica – GF 3)

Acho que os grupos que nossa ESF conta com apoio do Nasf permitem uma comunicação interprofissional, desde a organização até a execução dos grupos. (Médico – GF8)

Compreendeu-se que a educação permanente, o matriciamento oportunizado pela visita domiciliar e o trabalho com coletividades foram referidos como contribuintes para evitar a sensação de autossuficiência dos profissionais de ESF, o que também exige a comunicação dialógica com o Nasf. Tal diálogo, nessas ações, auxilia em momentos de comunhão, confiança e cooperação⁹, que propiciam uma característica colaborativa na comunicação entre os profissionais da APS.

Nessa direção, o matriciamento e a educação permanente são facilitadores de uma comunicação interprofissional e elucidam o cumprimento do papel do Nasf, com a promoção de mudanças no processo de trabalho da ESF. Tais mudanças permitem ações intersetoriais e interdisciplinares para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde¹².

Destaca-se que o matriciamento, realizado pelo Nasf com as equipes de ESF, é um aspecto favorável à comunicação interprofissional. Isso acontece por tratar-se de um conjunto de ações de suporte técnico-pedagógico, que buscam a construção de uma relação horizontal entre os profissionais. Tal relação deve acontecer com vistas a reverter a lógica dominante na verticalidade da especialização, que realiza assistência isolada, fragmentada e não integrada entre as equipes da APS²⁵. O matriciamento, portanto, é uma estratégia que possibilita o diálogo e a troca dos saberes entre as várias categorias²⁴ frente à realidade encontrada nesta pesquisa.

A visita domiciliar, em especial, oportuniza a comunicação interprofissional, pelo fato de maximizar os conhecimentos e as experiências de cada profissional. Tais maximizações permitem com que executem, colaborativamente, um cuidado coordenado e integrado no domicílio²⁶, semelhante ao que os participantes revelaram.

No entanto, a dificuldade de matriciamento entre as equipes da APS foi uma realidade presente no contexto investigado, que não difere da atenção em saúde nacional. Há evidências de práticas fragmentadas, entre esses profissionais, que são ancoradas na concepção do modelo médico hegemônico para gerir o apoio matricial. Como resultado, tem-se uma assistência em saúde segregada, na qual as intervenções individuais sobrepõem-se ao diálogo entre as categorias profissionais e, conseqüentemente, impedem a colaboração na comunicação²⁴.

Contraditoriamente a essa dificuldade, a educação permanente é condição existente no cotidiano do trabalho da APS, tal qual este estudo identificou. A relação horizontal dialógica, defendida pela educação permanente, é capaz de aumentar a resolubilidade das ações de atenção primária à saúde, uma vez que problematiza a prática que pretende ser transformada²⁷. Desse modo, entende-se que as premissas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), quando executadas pelos profissionais das equipes da APS, auxiliam o alcance da prática interprofissional colaborativa em Saúde²⁸.

Para a implementação da PNEPS, é necessário o estabelecimento da comunicação interprofissional, por tratar-se de prática educativa que se materializa no cotidiano das equipes. É a comunicação, enquanto diálogo dos distintos saberes, que instaura a reflexão cotidiana dos papéis e as contribuições de cada membro da equipe. Além disso, a comunicação interprofissional favorece o trabalho colaborativo²⁶ porque permite ensinar e aprender mediante o reconhecimento da complexidade inerente à prática diária⁹.

A classe 3 (18,1%) também evidenciou a coexistência das fragilidades e das potencialidades, com indícios de que: “as reuniões às discussões de casos e planejamento de ações, entre as equipes, são momentos formais de comunicação interprofissional”. Ou seja, sinaliza uma estratégia adotada pelas equipes para o estabelecimento de diálogo desejável na direção da prática interprofissional colaborativa em Saúde. Os termos que caracterizaram essa classe foram: reunião, discussão, formal, momento, ação, planejar e troca. No entanto, as reuniões foram apontadas como desafio, por sua escassez entre Nasf e ESF. Tal evidência pode ser observada nos recortes das discussões grupais:

Nós [ESF] estamos tentando manter reuniões mensais com o Nasf, para discussão de casos, planejamentos das ações em conjunto [...] são nas reuniões que realmente conseguimos estabelecer uma comunicação de caráter interprofissional com trocas, de fato. (Enfermeira – GF 4)
As reuniões de equipe são um meio de comunicação interprofissional, mas essas reuniões são uma fragilidade muito comum, pois nem todas as equipes de ESF e Nasf conseguem se reunir com frequência. (Fonoaudióloga – GF 5)

As reuniões são ferramentas para a realização da práxis em saúde, por oportunizarem o processo de ação-reflexão-ação, sustentadas pelo diálogo autêntico⁸. Tais momentos, de encontro formal, entre os profissionais das equipes de saúde oportunizam a comunicação interprofissional, por facilitar a discussão dos casos dos usuários, o que acontece de forma sistemática, pois pode-se traçar planos de cuidados colaborativos²⁹.

No entanto, ressalta-se que a dificuldade para a manutenção regular das reuniões com os diversos profissionais da APS reduz a comunicação interprofissional e, conseqüentemente, subtrai a eficiência das equipes em termos de tempo, de aprendizagem e de integração profissional³⁰. Tal fragilidade comunicativa é apontada como resultado do déficit de lideranças colaborativas nas equipes de saúde. Tecnicamente falando, a presença dessas lideranças seriam capazes de clarificar a importância das reuniões frequentes e, assim, em conjunto, conduzi-las apropriadamente³⁰. A liderança é uma importante ferramenta porque permite aglutinar os processos de reflexão-teorização da realidade vivenciada, com contribuições à construção do conhecimento³¹. No entanto, percebeu-se que, apesar de a liderança colaborativa existir, entre algumas equipes, ainda é um domínio dificultado no processo de trabalho, sendo um desafio para que os profissionais se reúnam e exerçam a comunicação colaborativa de fato.

Considerações finais

A prática interprofissional colaborativa em Saúde apresenta-se, atualmente, como estratégia de suma importância no cenário da saúde por possibilitar reversão ao modelo de atenção em saúde hegemônico e, assim, aumentar a resolutividade do trabalho em equipe, com respeito à integralidade do cuidado. Desse modo, o presente estudo analisou a comunicação enquanto domínio essencial da colaboração interprofissional sobre o processo de trabalho das equipes de Nsf e ESF, permitindo desvelar suas potencialidades e fragilidades.

Destacaram-se os aspectos antidialógicos da comunicação entre as equipes da APS, marcados pela passagem das informações unilaterais no processo de trabalho, com uso de aparatos tecnológicos como prontuário eletrônico, redes sociais, aplicativos de celular e reuniões esporádicas. Tal realidade afasta as equipes do agir comunicativo pautado na práxis.

Já as potencialidades da comunicação tiveram como ponto principal o enfoque no cuidado do usuário, posto enquanto objetivo principal da comunicação entre os profissionais, ainda que tais usuários não sejam ativos do processo comunicativo, ante o contexto desse estudo. Os meios utilizados para a comunicação foram, sobretudo, as visitas domiciliares e as atividades com coletividades.

A contribuição desta pesquisa reside, pois, na produção de conhecimento científico acerca da comunicação interprofissional no processo de trabalho das equipes de Nsf e ESF. O presente estudo acaba por reforçar a importância do domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, enquanto oportunidade dialógica à (re)construção dos saberes e dos fazeres que emanam do cotidiano do trabalho na APS.

Sugere-se, nesse sentido, 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. Recomenda-se, especificamente, explorar as potenciais oportunidades para uma comunicação interprofissional, ou seja, realizar reuniões frequentes nas equipes, discussões dos casos, exercer tomada de decisão compartilhada e buscar a educação permanente com momentos de clarificação interprofissional. Também propõe-se objetivar a aprendizagem pela prática e exercer a superação da comunicação exclusivamente via redes sociais e aparatos tecnológicos. Por meio dessas ações, poder-se-á aumentar as chances de um trabalho pautado na prática colaborativa em Saúde.

Por fim, esperam-se novos direcionamentos políticos, a partir desses achados, nos níveis nacional, regional e local. Assim, espera-se potencializar os espaços dialógicos, que materializam a colaboração interprofissional e que transformam os saberes e as práticas. Além disso, novos estudos nessa temática podem ser realizados, junto com gestores e outros atores, com o propósito de elucidar a comunicação

interprofissional no processo de trabalho das equipes da APS e, no fim, derivar novos conhecimentos nesse campo de estudo.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu SP. Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care*. 2017; 31(6):677-8.
2. Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(123):1-13.
3. Adams TL, Orchard C, Houghton P, Ogrin R. The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):339-44.
4. D'amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez SM, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in health care organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(188):1-14.
5. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofessional it and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):601-13.
6. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: CIHC; 2010.
7. Gocan S, Laplante MA, Woodend K. Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. *J Res Interprof Pract Educ*. 2014; 3(3):1-19.
8. Arruda LS, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*. In press.
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 58a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
10. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
11. Pullon S, Morgan S, Macdonald L, Mackinlay E, Gray B. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: a multiple case study. *J Interprof Care*. 2016; 30(6):787-94.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 10 Jul 2017]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.

13. Backes DS, Colomé JS, Erdmann HE, Lunardi VI. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saude*. 2011; 35(4):438-42.
14. Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiros para entrevista semiestruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S, colaboradores. *Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. Londrina: Eduel; 2003. p. 11-25.
15. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013; 21(2):513-8.
16. Lahlou S. Text mining methods: na answer to Chartier and Meunier. *Pap Soc Representations*. 2012; 20(38):1-39.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criterio for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57.
18. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.
19. Bardash SH, Real K, Bardash DR. Perspectives of health care practitioners: an exploration of interprofessional communication using electronic medical records. *J Interprof Care*. 2017; 31(3):300-6.
20. Carli F, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3):626-32.
21. Curran V, Reid A, Reis P, Doucet S, Price S, Alcock L, et al. The use of information and communications technologies in the delivery of interprofessional education: a review of evaluation outcome levels. *J Interprof Care*. 2015; 29(6):541-50.
22. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann TSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):224-30.
23. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán HE. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1499-1510.
24. Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Neto JPM, Gondim LGF, Simões ECP. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Psicol Teor Prat*. 2014; 16(2):63-74.
25. Klein AP, Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no núcleo de apoio à saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(1):e00158815.
26. Carrier RSWTS, Pham TN, Akhtar S, Nowaczynski M, Seddon G, Sinha S. “A more rounded full care model”: interprofessional team members’ perceptions of home-based primary care in Ontario, Canada. *Home Health Care Serv Q*. 2015; 34(3):232-51.
27. Tesser CD. Núcleos de apoio à saúde da família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):565-78.
28. Rocha FAA, Barreto ICHC, Moreira AEMM. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):415-26.
29. Leclerc BS, Presse N, Bolduc A, Dutilleul A, Couturier Y, Kergoat MJ. Interprofessional meetings in geriatric assessment units: a matter of care organization. *J Interprof Care*. 2013; 27(6):515-9.

30. Nisbet G, Dunn S, Lincoln M. Interprofessional team meetings: opportunities for informal interprofessional learning. *J Interprof Care*. 2015; 29(5):426-32.
31. Baldissera VDA, Bueno SMV. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(2):191-2.

Previato GF, Baldissera VDA. La comunicación en la perspectiva dialógica de la práctica interprofesional colaborativa en salud en la Atención Primaria de la Salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1535-47.

El objetivo de este estudio fue analizar la comunicación como dominio de la práctica interprofesional colaborativa en salud en el proceso de trabajo de los equipos de la Atención Primaria de la Salud. Se trató de un estudio con abordaje cualitativo, de carácter descriptivo e interpretativo, cuyos datos constituyen un recorte de disertación de maestría, realizado en Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio del noroeste del Estado de Paraná, Brasil, con 84 profesionales de equipos de la Atención Primaria de la Salud (APS). Los datos fueron colectados por grupos focales, organizados por la clasificación jerárquica descendiente del *software* IRaMuTeQ®, sometidos a análisis de léxico y discutidos por la Teoría de la acción Dialógica. Se estudiaron cinco clases de léxicos que, cuando agrupados, revelaron como se realiza la comunicación entre los equipos de la Atención Primaria de la Salud. la comunicación de carácter interprofesional y colaborativo todavía es un desafío para que los equipos de salud realicen un proceso de trabajo compartido, dialógico y transformador.

Palabras clave: Comunicación. Relaciones interprofesionales. Comportamiento cooperativo. Personal de Salud. Atención Primaria de la Salud.

Submetido em 26/10/17. Aprovado em 24/05/18.

