


TECNOLOGIA SOCIAL PARA INTERPROFISSIONALIDADE: ESTRATÉGIA PARA EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

SOCIAL TECHNOLOGY FOR INTERPROFESSIONALITY: A STRATEGY FOR IMPLEMENTING THE TEAMWORK PROCESS IN PRIMARY HEALTH CARE (PHC)

TECNOLOGÍA SOCIAL PARA LA INTERPROFESIONALIDAD: UNA ESTRATEGIA PARA IMPLANTAR EL PROCESO DE TRABAJO EN EQUIPO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-137>

Data de submissão: 13/10/2025

Data de publicação: 13/11/2025

Yury Raphael Coringa de Souza

Médico

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: yuryraphaell10@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7567-3141>

Neudson Johnson Martinho

Doutor em Educação - Educação em Saúde

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: neudson.martinho@ufmt.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9176-2729>

Layala Stefane de Paula Barbosa

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

E-mail: layala.2807@hotmail.com

Orcid: 0009-0002-9829-4053

Rodrigo Ramos Rodrigues Teixeira

Médico

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: rodrigo123teixeira@gmail.com

Orcid: 0000-0003-2105-6241

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo pautada no cuidado integral, contínuo e resolutivo à população. Para alcançar esses princípios é essencial que o trabalho ocorra de forma integrada entre diferentes profissionais, caracterizando a interprofissionalidade. Este estudo qualitativo, realizado em uma unidade básica de saúde de Cuiabá, tem como objetivo a validação de um instrumento de tecnologia social leve, capaz de estimular reflexões sobre a comunicação interprofissional. Os dados foram coletados por meio de rodas de conversas e analisados através da sistematização e categorização das falas. A partir dessa análise, foi possível perceber que os profissionais compreendem o que é a interprofissionalidade, mas enfrentam dificuldades de aplicá-la no dia a dia, principalmente devido à sobrecarga e lacunas formativas. Fica

claro, portanto, a importância de melhorar a formação dos profissionais no que diz respeito à comunicação e ao trabalho em equipe. Nesse sentido, o instrumento se mostrou promissor para fortalecer as práticas colaborativas.

Palavras-chave: Interprofissionalidade. Comunicação em Saúde. Atenção Primária à Saúde (APS).

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the main gateway to the Sistema Único de Saúde (SUS) and is based on comprehensive, continuous and resolute care for the population. In order to achieve these principles, it is essential that work takes place in an integrated manner between different professionals, characterizing interprofessionality. This qualitative study, carried out in a basic health unit in Cuiabá, aims to validate a light social technology tool capable of stimulating reflections on interprofessional communication. The data was collected through conversation circles and analyzed by systematizing and categorizing the statements. Based on this analysis, it was possible to see that professionals understand what interprofessionality is, but face difficulties in applying it on a daily basis, mainly due to overload and training gaps. It is therefore clear that it is important to improve the training of professionals with regard to communication and teamwork. In this sense, the tool proved promising for strengthening collaborative practices.

Keywords: Interprofessionalism. Health Communication. Primary Health Care.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) es la principal puerta de entrada al Sistema Único de Salud (SUS) y se basa en la atención integral, continua y resolutive a la población. Para alcanzar estos principios, es fundamental que el trabajo se realice de forma integrada entre los diferentes profesionales, caracterizando la interprofesionalidad. Este estudio cualitativo, realizado en una unidad básica de salud de Cuiabá, tiene como objetivo validar una herramienta de tecnología social ligera capaz de estimular la reflexión sobre la comunicación interprofesional. Los datos fueron recolectados por medio de círculos de conversación y analizados por medio de la sistematización y categorización de lo dicho. A partir de este análisis, se pudo constatar que los profesionales entienden lo que es la interprofesionalidad, pero tienen dificultades para aplicarla en el día a día, principalmente debido a la sobrecarga y a las lagunas formativas. Por lo tanto, está claro que es importante mejorar la formación de los profesionales en materia de comunicación y trabajo en equipo. En este sentido, la herramienta resultó prometedora para reforzar las prácticas de colaboración.

Palabras clave: Interprofesionalismo. Comunicación Sanitaria. Atención Primaria de Salud (APS).

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo cuidado integral, contínuo e resolutivo à população. Seu foco está na promoção da saúde e na prevenção de doenças, com base em uma concepção ampliada de saúde que considera os determinantes sociais e a autonomia dos sujeitos.¹ Para que esses princípios se concretizem na prática, é essencial que o trabalho na APS ocorra de forma integrada entre diferentes profissionais, por meio de ações colaborativas que caracterizam a interprofissionalidade.

A interprofissionalidade implica na articulação entre saberes e práticas distintas em torno de objetivos comuns, favorecendo um cuidado mais completo e humanizado.² A atuação em saúde exige respostas criativas e colaborativas frente à complexidade do processo de cuidado. Trabalhos isolados e baseados apenas em conhecimentos técnicos não são suficientes para enfrentar os desafios cotidianos das equipes da APS. É necessário fortalecer a comunicação, a clareza dos papéis e a corresponsabilidade entre os profissionais, favorecendo práticas que se complementam e se articulam.³

No entanto, essa prática ainda enfrenta desafios, como a fragmentação do trabalho, a ausência de comunicação efetiva e a reprodução de modelos formativos centrados em abordagens uniprofissionais, negligenciando competências relacionais fundamentais para o trabalho colaborativo. Tais fatores limitam o potencial do trabalho em equipe, visto que repercute na fragilidade de comunicação entre profissionais e comprometem a qualidade do cuidado ofertado.⁴

Nesse cenário, as tecnologias leves, como a escuta qualificada, o vínculo e a comunicação, ganham destaque por sua capacidade de transformar as relações no processo de trabalho.⁵ Inovar, nesse contexto, significa repensar atitudes e formas de interação entre os sujeitos que compõem a equipe de saúde que impactam no cuidado.⁶

Diante desse contexto, torna-se fundamental escutar os profissionais que atuam na APS, uma vez que suas experiências e percepções oferecem subsídios valiosos para a compreensão dos desafios e das potencialidades do trabalho interprofissional. A partir dessa escuta, é possível desenvolver estratégias que fortaleçam a comunicação e o trabalho em equipe no cotidiano do serviço.

Assim, o estudo tem como objetivo validar um instrumento de tecnologia leve que favoreça reflexões propositivas sobre a comunicação interprofissional nas equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para o aprimoramento das práticas colaborativas e para a qualificação do cuidado em saúde.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa, observação participante, com delineamento descritivo e transversal, cujo contexto da aplicação do instrumento para avaliação da (in)existência de comunicação interprofissional na equipe foi a Atenção Primária à Saúde (APS), caracterizada por três Unidades de ESF, selecionadas por serem locais de práticas dos alunos da Faculdade de Medicina da UFMT, localizadas na cidade de Cuiabá-MT.

Os participantes foram os profissionais que atuavam diretamente nas mesmas (médico, enfermeira e dentista), cuja seleção foi intencional, para garantir a participação de todos que faziam parte da equipe e aceitaram participar desta pesquisa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnica de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e gerente da unidade). Utilizou-se, como referencial análise de conteúdo segundo Bardin (2011)⁷, por ser um mix de técnicas de análises que se aplicam a discursos, possibilitando ao pesquisador um lapso de tempo entre o estímulo- mensagem e a interpretação, em um boom heurístico aumenta a propensão para a descoberta, o desvelamento dos sentidos.

A pesquisa quanti-qualitativa/quali-quantitativa ou métodos mistos, como denominam Creswell e Clark (2007)⁸, trazem em seu escopo quatro desenhos metodológicos: triangulação que busca analogizar e contrastar dados estatísticos com dados qualitativos do estudo simultaneamente. Nesta perspectiva, os dados quantitativos apoiam os qualitativos ou vice-versa, caracterizando estudos com métodos mistos como explanatório, considerando que os dados qualitativos são utilizados para explicar resultados quantitativos ou viceversa; e exploratório, tendo em vista que os resultados qualitativos contribuem para o desenvolvimento do subseqüente método quantitativo. Essa abordagem vai ao encontro com a superação da dicotomia entre o quantitativo e qualitativo proposta por Souza e Kerbauy (2017)⁹, com o intuito de enriquecer a análise e ampliar o potencial de descobertas na pesquisa em saúde e educação. Conforme os autores supracitados, a combinação destas duas abordagens possibilita olhares diferentes sobre os resultados obtidos na pesquisa, proporcionando uma visão ampla do fenômeno pesquisado.

Em relação ao instrumento, o mesmo se caracteriza por ser uma tecnologia social, conseqüentemente uma tecnologia leve. Tecnologia social envolve um conjunto de técnicas desenvolvidas em interação com a população e apropriadas por ela e que busca soluções para melhora das condições de aspectos inerentes ao viver em suas dimensões biopsicossociais.¹⁰ No caso do instrumento em epígrafe, o mesmo visou identificar como se dava a comunicação entre os profissionais, se esta era interprofissional, favorecendo o trabalho em equipe, o que obviamente impacta no atendimento aos usuários.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico a partir das bases de dados: PubMed, SciElo, BVS e Google Scholar e acadêmico quanto à artigos publicados em língua portuguesa, inglesa e em espanhol que abordassem sobre a interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde ou temas correlatos. Após uma leitura dinâmica, selecionou-se os artigos que traziam resultados que faziam conexões com este estudo.

Ressaltamos que antes de iniciar as coletas de dados, foi apresentado e explicado o TCLE aos participantes, os quais o assinaram aceitando participar da pesquisa. Em seguida, realizamos a validação semântica, para que todos compreendessem as terminologias contidas no instrumento. Depois da assinatura do TCLE e validação semântica, foi aplicado o instrumento para avaliação da comunicação profissional entre a equipe, além do inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) que consiste em uma ferramenta para avaliação da compreensão em relação ao instrumento, por apontar possíveis alterações que se fizerem necessárias para melhoria.¹¹ Nesse contexto, realizou-se um diálogo com os participantes sobre todo o processo de construção do instrumento, os seus elementos e intencionalidades, visando sua validação e aprimoramento.

No período de março a abril de 2025 os dados foram coletados através da metodologia de roda de conversa, as quais tiveram temas geradores de diálogos relacionados à comunicação interprofissional. Esse método permite a construção e reconstrução de conceitos e de argumentos por meio da escuta ativa e do diálogo entre os participantes e consigo mesmo, possibilitando assim a produção de dados. Sendo, portanto, um método de coleta de dados ideal para pesquisas que envolvem tecnologias sociais.¹²

Na fase de pré-análise foi realizada uma leitura flutuante dos dados coletados, após, estes foram sistematizados e desmembrados em unidades por reagrupamentos analógicos dos quais emergiram categorias. Através do processo de triangulação, os mesmos foram cruzados com a observação participante e literatura norteadora do estudo, sendo posteriormente submetidos a análise compreensiva.⁷

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa / Saúde / UFMT com o parecer nº 6.836.110/2024 e, seguiu as diretrizes as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS que regulamenta estudos envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS

Durante as rodas de conversas, foi observado inicialmente que a maioria dos profissionais demonstravam desinteresse em participar da pesquisa. Frente a este fenômeno, buscamos implementar estratégias que despertassem a motivação nos mesmos. Outro aspecto que chamou atenção em uma

das unidades lócus da pesquisa, foi o fato de alguns colaboradores se retraírem na presença da enfermeira quando esta estava na roda, o que a *priori* já apontava para uma comunicação provavelmente não interprofissional e colaborativa na equipe.

Como um dos processos de validação do instrumento, analogizamos os resultados obtidos nas três unidades de ESF, quanto ao inquérito CAP e percepção em relação a aplicabilidade do instrumento como algo viável na equipe.

Abaixo apresentamos as categorias temáticas que surgirão das rodas de conversas:

3.1 CATEGORIA 1: COMPREENDENDO A INTERPROFISSIONALIDADE

Durante os diálogos na roda, ficou evidenciado que a colaboração interprofissional foi a principal forma de compreensão sobre a interprofissionalidade pelos participantes, sendo destacada como essencial para garantir um atendimento mais completo e integrado ao paciente.

Foi ressaltada a importância da troca de informações e da consulta entre diferentes áreas, como medicina, psicologia e nutrição, entendendo a interprofissionalidade como um processo de colaboração entre diversos profissionais para atender de forma integral às necessidades do paciente e família, utilizando o conhecimento especializado de cada área, conforme as narrativas.^{2,4}

"O que eu entendo é que a interprofissionalidade é quando um médico pode referenciar um paciente para um psicólogo ou nutricionista, por exemplo. E depois recebe uma resposta desse outro profissional." (Técnico em enfermagem)

"Seria como um mecanismo de referência e contrarreferência." (Técnico em enfermagem)

"Interprofissionalidade é a relação entre dois ou mais profissionais, onde cada profissional pode contribuir da sua forma." (Sanitarista - gerente)

"Processo de trabalho entre diversas profissões da área da saúde. É agrupar os olhares diferentes de cada profissional em prol do paciente" (Enfermeira)

"Trabalho em equipe, em que cada um discute o que acha sobre determinado paciente" (ACS)

"Não sei o que significa, mas acredito que é quando o ACS tem o primeiro contato e depois repassa as informações para o médico ou enfermeiro" (ACS)

"Interprofissionalidade é quando cada profissional atua em cada área e discute o caso da paciente de forma conjunta" (Médica)

3.2 CATEGORIA 2: INTERPROFISSIONALIDADE OU MULTIPROFISSIONALIDADE – CONCEITOS QUE SE CONFUNDEM.

As experiências dos profissionais de saúde com a interprofissionalidade muitas vezes se confundem com a multiprofissionalidade, por esta última ser mais comum nas equipes de saúde no Brasil.¹³ Mesmo na dimensão multi, as narrativas desvelaram desafios enfrentados cotidianamente, como a falta de recursos, sobrecarga de trabalho e dificuldade de comunicação, apontadas como barreiras para a implementação de práticas colaborativas na equipe.¹⁴

"Tive experiência quando o e-multi vinha ao PSF, mas para mim funcionava 'meia boca', pois eles tinham muitas dificuldades, principalmente relacionadas à alta demanda para poucos profissionais." (Técnico em enfermagem).

"Eu acompanho um senhor que teve AVC, faço visitas a ele todo mês e passo as informações para a médica e a enfermeira para a gente discutir o que fazer; isso penso seja interprofissionalidade." (Técnico em enfermagem).

"Aqui na unidade a comunicação entre os profissionais é boa, mas faltam oportunidades para aplicação do trabalho interprofissional." (Sanitarista - gerente)

"Nunca tive qualquer experiência de discussão em reunião sobre algum paciente com médico ou outro membro da equipe. Então, não vive essa interprofissionalidade" (ACS)

"Só há 1 reunião com o conselho gestor na unidade, mas nunca discutiram qualquer caso clínico na visão de cada profissional". (Técnico em saúde bucal).

"Multiprofissionalidade é quando cada profissional age de uma forma isolada na sua área, sem discutir o caso com a equipe, já a interprofissionalidade é atuar em equipe" (Médica)

3.3 CATEGORIA 3: A RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA E HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

Observam-se lacunas na abordagem da comunicação em diversos cursos da área da saúde, embora alguns enfoquem a importância de explicar procedimentos e de práticas coletivas, negligenciam a necessidade de melhorar as habilidades de comunicação essenciais para uma boa prática clínica em conjunto.^{3,4}

"Na saúde coletiva, falávamos bastante sobre a fala e a escuta. Porém, na teoria" (ACS)

"Na graduação, não tive nada específico sobre o tema." (Técnico em enfermagem)

"Minha graduação enfatizava explicar os procedimentos aos pacientes." (enfermeira)

"Muito pouco ou quase nada se aborda sobre isso na graduação em medicina" (médica)

Estes resultados apreendidos durante as rodadas de conversas no PSF Alvorada demonstram que os profissionais de saúde não possuem uma formação adequada para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e prática interprofissional. Nota-se que os mesmos devem ser treinados e capacitados para que ocorra um atendimento mais integral ao paciente.

A etapa seguinte no processo de coleta de dados, foi a aplicação do Inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) junto aos participantes, com o objetivo de validar o instrumento proposto. O referido inquérito foi composto por quatro questões, respondidas de maneira objetiva (sim ou não), visando avaliar a clareza, a aplicabilidade e a funcionalidade prática do instrumento no contexto da comunicação interprofissional:

Quadro 1 - Inquérito CAP

Inquérito CAP
1. O conteúdo das perguntas do instrumento para avaliação da comunicação interprofissional reflete os itens necessários para que se evidencie a existência ou não desse tipo de comunicação? () SIM () NÃO

2. Nas perguntas existem termos e/ou expressões que são compreensíveis ou estão de acordo com a proposta do instrumento considerando sua funcionalidade prática na equipe para suscitar a interprofissionalidade no processo de trabalho? () SIM () NÃO

3. A maneira de abordagem e ou conteúdo do instrumento estão com vocabulário adequado para compreensão e aplicabilidade prática? () SIM () NÃO

4. O conteúdo do instrumento lhe proporciona segurança para sua utilização na prática?
() SIM () NÃO

Fonte: Autores.

A análise dos resultados do inquérito CAP foi realizada, dividindo os profissionais de nível superior e médio/fundamental, com a análise de 3 domínios, englobando o conhecimento, atitude e prática, conforme demonstrado na tabela 1. As respostas das perguntas elencadas, em ordem, conforme unidade de saúde e categoria profissional, estão elencadas na tabela 2.

Nota-se que no domínio do conhecimento, 100% dos participantes (nível superior e médio/fundamental), reconheceram que o instrumento reflete os itens necessários para avaliar a comunicação interprofissional.

No domínio da atitude, houve boa aceitação quanto à clareza e relevância prática, mas com uma leve diferença entre os níveis de formação, sugerindo a necessidade de leve ajustes no vocabulário técnico, sendo que 100% dos profissionais de nível superior consideraram os termos adequados e 83% dos profissionais de nível médio/fundamental consideraram compreensível.

No domínio da prática, o conteúdo demonstra uma lacuna na tradução da teoria para a ação, sugerindo que o instrumento ainda demanda adaptações práticas. Os resultados demonstram que no nível superior, 57% dos participantes avaliaram como adequado o vocabulário para aplicação prática e 50% de nível médio/fundamental consideraram adequado.

Os critérios de avaliação do inquérito CAP sobre Comunicação Interprofissional na APS, bem como a avaliação do mesmo, estão demonstrados no quadro 1 e 2.

Tabela 1 - Avaliação do inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática

Juízes especialistas (Profissionais de Nível Superior)	Número de participantes	%	IC 95%
Domínio conhecimento: O conteúdo das perguntas do instrumento para avaliação da comunicação interprofissional reflete os itens necessários para que se evidencie a existência ou não desse tipo de comunicação?	7	100	0,35
Domínio atitude: Nas perguntas existem termos e/ou expressões que são compreensíveis ou estão de acordo com a proposta do instrumento considerando sua funcionalidade prática na equipe para suscitar a interprofissionalidade no processo de trabalho?	7	100	0,35
Domínio prática: A maneira de abordagem e ou conteúdo do instrumento estão com vocabulário adequado para compreensão e aplicabilidade prática?	7	57	0,61
Domínio prática: O conteúdo do instrumento lhe proporciona segurança para sua utilização na prática?	7	100	0,35
Outros profissionais (Nível médio e fundamental)	Número de participantes	%	IC 95%
Domínio conhecimento: O conteúdo das perguntas do instrumento para avaliação da comunicação interprofissional reflete os itens necessários para que se evidencie a existência ou não desse tipo de comunicação?	6	100	0,3
Domínio atitude: Nas perguntas existem termos e/ou expressões que são compreensíveis ou estão de acordo com a proposta do instrumento considerando sua funcionalidade prática na equipe para suscitar a interprofissionalidade no processo de trabalho?	6	83,3	0,36
Domínio prática: A maneira de abordagem e ou conteúdo do instrumento estão com vocabulário adequado para compreensão e aplicabilidade prática?	6	50	0,6
Domínio prática: O conteúdo do instrumento lhe proporciona segurança para sua utilização na prática?	6	100	0,3

Fonte: autoria própria

Tabela 2 - Respostas das perguntas em ordem conforme unidade de saúde e categoria profissional

Profissão	UBS	Gênero	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3	Pergunta 4
Agente comunitário em saúde	Alvorada	Feminino	Sim	Sim	Não	Sim
Enfermagem	Alvorada	Feminino	Sim	Sim	Sim	Sim
Medicina	Alvorada	Feminino	Sim	Sim	Sim	Sim
Técnico em saúde bucal	Alvorada	Feminino	Sim	Sim	Não	Sim
Agente comunitário em saúde	Pedregal	Feminino	Sim	Não	Sim	Sim
Enfermagem	Pedregal	Feminino	Sim	Sim	Sim	Sim

Interno em medicina	Pedregal	Feminino	Sim	Sim	Sim	Sim
Medicina	Pedregal	Feminino	Sim	Sim	Sim	Sim
Odontologia	Pedregal	Feminino	Sim	Sim	Não	Sim
Técnico em enfermagem	Pedregal	Feminino	Sim	Sim	Sim	Sim
Enfermagem	São João Del Rey	Feminino	Sim	Sim	Não	Sim
Medicina	São João Del Rey	Masculino	Sim	Sim	Não	Sim
Técnico em enfermagem	São João Del Rey	Feminino	Sim	Sim	Não	Sim

Legenda:

- Pergunta 1. O conteúdo das perguntas do instrumento para avaliação da comunicação interprofissional reflete os itens necessários para que se evidencie a existência ou não desse tipo de comunicação?
- Pergunta 2. Nas perguntas existem termos e/ou expressões que são compreensíveis ou estão de acordo com a proposta do instrumento considerando sua funcionalidade prática na equipe para suscitar a interprofissionalidade no processo de trabalho?
- Pergunta 3. A maneira de abordagem e ou conteúdo do instrumento estão com vocabulário adequado para compreensão e aplicabilidade prática?
- Pergunta 4. O conteúdo do instrumento lhe proporciona segurança para sua utilização na prática?
- Fonte: autoria própria

Quadro 2 - Critérios de avaliação do inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática sobre Comunicação Interprofissional na APS. Cuiabá/MT, 2025.

Critérios de avaliação do inquérito CAP	Pontuação	
<p>Conhecimento: Cada item terá uma pontuação. A pessoa que marcar (1) receberá para cada item, 1 ponto, se marcar (2) ou (3), receberá 0 (zero) pontos Pontuação máxima: 10 pontos.</p>	Adequado: $\geq 70\%$ (referente a 7 ou mais pontos)	Inadequado: $< 70\%$ (referente a menos de 7 pontos)
<p>Atitude: Cada item terá uma pontuação. A pessoa que marcar (1) para cada item, receberá 1 ponto, se marcar (2), receberá 0 (zero) pontos. Nos itens 6, 7, 8 e 9, se marcar (3), contabilizará um ponto cada. Pontuação máxima: 10 pontos.</p>	Adequado: $\geq 70\%$ (referente a 7 ou mais pontos)	Inadequado: $< 70\%$ (referente a menos de 7 pontos)
<p>Prática: Cada item terá uma pontuação. A pessoa que marcar (1) para cada item, receberá 1 ponto, se marcar (2), receberá zero pontos. Nos itens 2 e 3, se marcar (3), contabilizará 0 (zero) pontos. Nos itens 7, 8 e 9, se marcar (3) contabilizará um ponto cada. Pontuação máxima: 11 pontos.</p>	Adequado: $\geq 70\%$ (referente a 7 ou mais pontos)	Inadequado: $< 70\%$ (referente a menos de 7 pontos)

Fonte: autoria própria

Quadro 3 - Inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática sobre Comunicação interprofissional na APS. Cuiabá/MT, 2025

Avaliação do conhecimento	1. Adequado (%): <u>100%</u>	2. Inadequado (%) <u>0%</u>
1. O conteúdo das perguntas do instrumento para avaliação da comunicação interprofissional reflete os itens necessários para que se evidencie a existência ou não desse tipo de comunicação?	(1) Sim	(2) Não (3) Não sei.

Avaliação da atitude	1. Adequado (%): <u>92,3 %</u>	2. Inadequado (%): <u>7,7%</u>
1. Nas perguntas existem termos e/ou expressões que são compreensíveis ou estão de acordo com a proposta do instrumento considerando sua funcionalidade prática na equipe para suscitar a interprofissionalidade no processo de trabalho? (1) Sim (2) Não (3) Não sei.		
Avaliação da prática	1. Adequado (%): <u>76,9%</u>	2. Inadequado (%): <u>23,1%</u>
1. A maneira de abordagem e ou conteúdo do instrumento estão com vocabulário adequado para compreensão e aplicabilidade prática? (1) Sim (2) Não (3) Não sei.		
2. O conteúdo do instrumento lhe proporciona segurança para sua utilização na prática? (1) Sim (2) Não (3) Não sei.		

Fonte: autoria própria

Os resultados deste estudo demonstram que o instrumento desenvolvido apresenta consistência teórica, clareza conceitual e potencial formativo, principalmente, ao estimular reflexões críticas sobre a comunicação interprofissional. A aceitação total quanto ao domínio do conhecimento e os altos índices de atitude indicam que os profissionais reconhecem o valor da proposta feita pelo nosso grupo de pesquisa. No entanto, as limitações percebidas na prática evidenciam que a interprofissionalidade ainda enfrenta obstáculos estruturais e formativos na APS, e que o instrumento, ao ser validado, pode atuar como ferramenta catalisadora de mudanças, desde que seja continuamente adaptado à realidade dos diferentes perfis profissionais.

4 DISCUSSÃO

Este estudo revela como a interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde (APS) é percebida pelos membros da equipe como um trabalho compartilhado, que proporciona uma abordagem mais integral às necessidades de saúde da população.^{14,15} Os resultados mostram que a parceria entre diferentes categorias fortalece o cuidado, sendo percebida como um caminho para superar o modelo médico-centrado e compartilhá-la com outros saberes.^{16,17}

Esses achados estão em consonância com a literatura, que enfatiza a importância da atitude colaborativa, da comunicação permanente e do reconhecimento da complementaridade de saberes, sendo a parceria interprofissional particularmente relevante na APS, onde a complexidade das demandas de saúde não se relaciona a um modelo de doença, e sim às condições de vida e ao contexto social da população.^{18,19} Peduzzi et al.¹³, ao refletir sobre o trabalho em equipe, enfatizam que ele proporciona uma assistência compartilhada, sendo particularmente relevante para o manejo de problemas de saúde crônicos, multicausais e compartilhados.

Ainda que o trabalho compartilhado seja um valor compartilhado pelos membros da equipe, ele enfrenta barreiras tanto organizacionais quanto formativas.²⁰ Os resultados do estudo evidenciaram problemas como falta de recursos, sobrecarga de trabalho e lacunas na formação, principalmente

quanto ao desenvolvimento de habilidades de comunicação e parceria.²¹ Tais achados estão em consonância com outras investigações que apontam para uma formação centrada nas habilidades técnicas e na profissão, dificultando o aprendizado de habilidades relacionais e compartilhadas.^{22,23}

Com base na abordagem de Peduzzi¹³ e Merhy²⁴, o trabalho em equipe na APS revela uma concepção ampliada de cuidado, sendo ele fruto tanto de habilidades compartilhadas quanto de mecanismos relacionais, como o diálogo, a confiança e o reconhecimento mútuo de responsabilidades. Dessa forma, a parceria revela-se como uma expressão da integralidade, sendo preciso que os mecanismos organizativos do serviço facilitem o compartilhamento de responsabilidades e fortaleçam a parceria interprofissional.²⁵

Em consonância com o modelo da Educação Permanente em Saúde²⁶, a discussão revela a importância de estratégias formativas compartilhadas que envolvam tanto o aprendizado no serviço quanto a parceria ensino-comunidade. Ações como a roda de conversa, utilizadas neste estudo, vêm sendo reconhecidas como métodos dialógicos que permitem a expressão de saberes, dúvidas e dificuldades compartilhadas, sendo particularmente úteis tanto para o desenvolvimento de habilidades de comunicação quanto para o aprimoramento do trabalho em equipe.¹¹

Ainda, o modelo de parceria na APS revela-se particularmente relevante para o cuidado centrado no usuário, sendo ele o ponto de encontro de diferentes saberes compartilhados, sendo preciso, para tanto, que o usuário seja sujeito ativo no processo de cuidado²⁷. Por fim, ao proporcionar uma discussão compartilhada sobre o trabalho da equipe, o instrumento validado neste estudo revela seu valor como tecnologia social, sendo capaz de apoiar tanto o desenvolvimento de habilidades de parceria quanto o compartilhamento de responsabilidades, sendo particularmente relevante como ferramenta formativa na APS¹⁰.

Ainda que o estudo tenha trazido uma compreensão relevante sobre a parceria interprofissional na APS, ele apresenta algumas limitações. Uma delas relaciona-se ao número limitado de participantes, restritos a uma única unidade de saúde da família, o que limita a generalização dos resultados para outras realidades. Além disso, o estudo não incluiu a perspectiva de usuários, sendo relevante, em futuros estudos, escutar também suas opiniões sobre o trabalho compartilhado. Por fim, o período de coleta de dados relativamente curto também pode ter deixado de captar outras dimensões da parceria que se manifestam ao longo do tempo.

Ainda assim, apesar das limitações, o estudo proporciona uma contribuição relevante ao debate sobre a parceria interprofissional na APS, ao destacar tanto suas possibilidades quanto seus desafios, sendo particularmente útil para apoiar o desenvolvimento de estratégias compartilhadas de educação permanente e organização do trabalho nas comunidades de saúde.

5 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) compreendem a interprofissionalidade como um trabalho conjunto entre diferentes áreas da saúde, com foco na integralidade do cuidado. Apesar do reconhecimento da importância da interprofissionalidade, foi possível identificar dificuldades quanto a ela, como a sobrecarga de trabalho e falhas na formação, principalmente quanto à comunicação. A validação do instrumento de tecnologia social mostrou-se útil para promover reflexões sobre o trabalho em equipe e possibilitar a melhora da comunicação entre os profissionais.

Os resultados apontam para a importância de melhorar a formação dos profissionais no que diz respeito à comunicação e ao trabalho em equipe. É importante que a gestão da APS invista em momentos de integração entre os profissionais, como rodas de conversa, que favoreçam o diálogo e a responsabilidade de todos no cuidado integrativo, de modo a melhorar a organização no processo de trabalho a fim de superar as práticas isoladas, buscando um atendimento mais eficiente.

Além disso, políticas públicas de incentivo à educação permanente nas unidades de saúde podem ser de extrema importância para promover mudanças, buscando uma prática mais colaborativa e o desenvolvimento de habilidades relacionais, que são essenciais para um trabalho efetivo em equipe e atendimento integral na APS.

REFERÊNCIAS

1. Silva JAM, Peduzzi M, Silva KT, Souza CC. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(spe2):16–24. doi:10.1590/S0080-623420150000800003
2. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG, Freitas RWJF. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde*. 2017;16(1):141–62. doi:10.1590/1981-7746-sol00098
3. Tenório FJ. Comunicação interprofissional em saúde: desafios e possibilidades para o cuidado integral. *Saúde Soc*. 2017;26(2):420–30.
4. Costa MV, Medeiros M, Cazarin G, Silva MV, Andrade FR, Batista SHSS. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl 2):1535–47.
5. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Onoko R, organizador. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.113–50.
6. Baruch IF. *Saúde, subjetividade e processo de trabalho: um olhar ampliado sobre o cuidado*. São Paulo: Hucitec; 2014.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2007.
9. Souza KR, Kerbauy MTM. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *Educ Philos*. 2017;31(61):21–44.
10. Dagnino R. *Tecnologia Social: contribuições conceituais e metodológicas*. Campina Grande: EDUEPB; Florianópolis: Ed Insular; 2014.
11. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS Illumination*. 2004;4(1):7–9 [citado 2025 jul 9]. Disponível em: http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf
12. Warschauer C. *A roda e o registro: uma parceria entre professor, aluno e conhecimento*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
13. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. São Paulo: Unesp; 2001.
14. Peduzzi M, Norman AH, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da integralidade da assistência à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(30):103–16.
15. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

16. Faria LC, Ferreira MP, Meneses AS, Souza SN, Silva AB. A parceria interprofissional nas estratégias da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(114):405–16.
17. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionnal education for collaborative patient-centred practice: An evolving framework. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):8–20.
18. World Health Organization (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: WHO; 2010.
19. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. Interprofessional education and practice: Why it's an imperative for health care. *BMJ*. 2016;353:i2209.
20. Ceccim RB. Educación permanente en salud: Desafíos para la formación de trabajadores. *Saúde Debate*. 2005;39(104):91–7.
21. Cardano M. *Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação*. Conill ER, tradutora. Petrópolis (RJ): Vozes; 2017.
22. Barr H, et al. *Interprofessional education: principles and practice*. London: Higher Education Academy; 2014.
23. Costa et al. Desafios da Interprofissionalidade na APS. *Saúde Coletiva*. 2018; 14(60): 304-312.
24. Merhy EE. A organização do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Magalhães R, Rimoli J, Bueno C, organizadores. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 103-145.
25. Tenório M. A organização do trabalho em equipe na APS. *Saúde Coletiva*. 2017; 13(58): 220-235.
26. Ceccim RB, Ferla LG. Educação permanente em saúde como estratégia para organização do trabalho na APS. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(30):117-129.
27. Baruch J. Ações compartilhadas na equipe multiprofissional. *Saúde Debate*. 2014; 39(104): 91-97.