



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA - *CAMPUS* SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCISCO MARCELO LEANDRO CAVALCANTE

COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
SCOPING REVIEW

SOBRAL - CE
2024

FRANCISCO MARCELO LEANDRO CAVALCANTE

**COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
*SCOPING REVIEW***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC, *Campus Sobral*, como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Joyce Mazza Nunes Aragão

SOBRAL - CE

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cavalcante, Francisco Marcelo Leandro.

Comunicação interprofissional na Atenção Primária à Saúde: scoping review / Francisco Marcelo Leandro Cavalcante. – 2024.

126 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2024.

Orientação: Profa. Dra. Joyce Mazza Nunes Aragão.

1. Comunicação. 2. Relações Interprofissionais. 3. Pessoal de Saúde. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 610

FRANCISCO MARCELO LEANDRO CAVALCANTE

**COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
*SCOPING REVIEW***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC, *Campus Sobral*, como requisito para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde.

Aprovado em: 30/04/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Joyce Mazza Nunes Aragão (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof.^a Dra. Lívia Moreira Barros (Membro efetivo)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos (Membro efetivo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof.^a Dra. Maria Socorro de Araújo Dias (Membro suplente)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

A Deus.

A minha mãe, aos meus irmãos e sobrinhos.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com o desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é meu sustento e fortaleza, que está comigo em todos os momentos de minha vida. Com sua providência, auxiliou-me a chegar até aqui, fortaleceu minha fé e me ajudou a acreditar, mesmo quando eu não via o chão por onde pisar e pensava que não conseguiria chegar até aqui. Sou imensamente grato a Deus, por ter me auxiliado a acreditar nos meus sonhos, mesmo quando tantos acontecimentos me fizeram pensar que eles não valeriam a pena. Louvado seja Deus!

A minha mãe, Maria das Dores Eliandro, que sempre dedicou seu cuidado a mim, deu-me forças para superar os momentos difíceis que passei nesse percurso, que me auxiliou a lidar com rotina exaustiva, a lutar por meus sonhos, que tantas vezes me ensinou a ter fé e simplesmente confiar em Deus. Muito obrigado, mãe!

A meus irmãos Ana Cleia Sousa, José Gilmar Leandro, Maria Gercimar Sousa, Maria Diomar Leandro e Josemar Leandro, e a meus sobrinhos Sávio e Layla, por todo apoio, auxílio, escuta, sustento que me deram, especialmente nos momentos difíceis. Aos meus pequenos sobrinhos Jennifer, Luna, Erik e Levi por trazerem alegria e paz em meio à rotina exaustiva. Agradeço imensamente à minha família por estarem sempre ao meu lado!

A meus amigos Felipe Monte e Cida Nascimento, obrigado por todo apoio, carinho escuta, orações, palavras de força e coragem, por serem um porto seguro com quem posso contar sempre.

A meus amigos Marcos Pires e Tatiane de Sousa, com quem dividi todo o processo de vivência do mestrado, obrigado por tornarem esse processo mais leve, por me trazerem alegria e sorrisos sinceros. Agradeço também a meus amigos Willian Melo, Ingrid Kelly, Angelina Jones pelo apoio, força, conversas e risadas nas partilhas das vivências do mestrado e rotina de estudos e trabalho. Sou imensamente grato a Deus por poder contar com todos vocês!

A minha orientadora, Profa. Dra. Joyce Mazza Nunes Aragão, que desde sempre me acolheu e me deu todo apoio nas vivências do mestrado e construção da dissertação, que me deu suporte e direcionamento, para que pudesse desbravar todo esse processo, prontamente me auxiliou nos desafios dessa caminhada. Obrigado por seu auxílio, sou imensamente grato pela oportunidade de tê-la como orientadora!

A Hellen Szkura e Thaís Lara, muito obrigado pelo auxílio no desenvolvimento deste trabalho, pela parceria construída e pelo apoio que me deram. Sem vocês este trabalho não teria se concretizado. Sou imensamente grato a vocês por todo esforço que fizeram para me auxiliar nesse processo!

À Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos e Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias, pelas contribuições, desde a qualificação, para que este trabalho fosse aprimorado, pelo tempo que dedicaram, por cada palavra de apoio, pelos aprendizados transmitidos. Muito obrigado!

À Profa. Dra. Livia Moreira Barros, minha eterna orientadora, que mesmo distante e com as inúmeras responsabilidades, deu-me apoio e suporte nesse processo, incentivando, motivando e ajudando a crer que daria tudo certo. Minha imensa gratidão!

A todos que direta e indiretamente contribuíram com a realização deste estudo, minha eterna gratidão!

“Fé é assim: primeiro você coloca o pé, depois Deus coloca o chão. E se por acaso te tirarem o chão Deus te ensina a voar.”

Autor desconhecido

RESUMO

A comunicação interprofissional é uma competência colaborativa essencial na Atenção Primária à Saúde, que possibilita integrar os saberes e as práticas multiprofissionais, fomenta a tomada de decisão compartilhada, o diálogo e o reconhecimento do papel de cada membro na equipe. Quando frágil, compromete a resolutividade, qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Com isso, objetivou-se mapear a literatura científica sobre a comunicação interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de *scoping review*, realizada no período de novembro de 2023 a março de 2024, conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute*. Recorreu-se às bases e aos portais de dados Scopus, *Web of Science*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line*, *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados da Enfermagem, *Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências de la Salud*, via Biblioteca Virtual de Saúde, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Para a análise dos estudos, utilizaram-se as configurações Contexto-Mecanismo-Resultado. Recuperaram-se 12.392 publicações, das quais, 58 foram incluídas na amostra final. Quanto aos contextos atrelados a Comunicação Interprofissional na Atenção Primária, elucidou cenários favoráveis, em que a comunicação era operacionalizada de modo respeitoso, integrado e democrático, mas também contexto desfavoráveis, marcados pela falta de comunicação eficaz, estruturas hierarquizadas, ausência de abertura do profissional à comunicação e aos momentos colaborativos. Diante disso, identificaram-se 64 mecanismos dificultadores da comunicação interprofissional, sendo predominantes a ocorrência de comunicação frágil entre os profissionais, atitude profissional de desvalorização da comunicação e trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho, canais de comunicação frágeis, débil compartilhamento de informações por via formal e hierarquias profissionais. Já dentre os mecanismos facilitadores, do total de 47 identificados, prevaleceram a comunicação efetiva, aberta e respeitosa entre os profissionais, reuniões formais, utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação, comunicação formal e informal, trabalho colaborativo, registro eletrônicos de saúde no prontuário, respeito, empatia, relações interprofissionais e discussão de casos. Ante tais mecanismos, evidenciou-se que quando a comunicação interprofissional é desenvolvida de modo fragilizado, resulta em processo dialógico frágil, conflitos, frustração e baixa cooperação interprofissional. No entanto, quando efetiva, possibilita o fortalecimento da colaboração interprofissional, a tomada de decisão compartilhada, o trabalho em equipe eficaz, o compartilhamento de conhecimentos e saberes, a melhora da assistência, o respeito entre os profissionais e a melhor definição de

soluções para os casos. Mediante a análise dos estudos, evidenciaram-se 80 recomendações para o aprimoramento da comunicação, sendo voltadas principalmente a aspectos como reuniões, capacitações/treinamentos, utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação, atitudes profissionais individuais e interindividuais, espaços para comunicação formal e informal, aspectos organizacionais, gestão democrática e participativa e papel dos líderes. Frente a esses achados, o presente estudo reforça a comunicação interprofissional como competência essencial ao processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, que promove o cuidado colaborativo e eficaz em equipe. Ademais, as evidências sintetizadas podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções gerenciais e educativas para o fortalecimento da cultura de comunicação e colaboração interprofissional entre os profissionais que atuam na Atenção Primária.

Palavras-chave: Comunicação; Relações Interprofissionais; Pessoal de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Interprofessional Communication is an essential collaborative competence in Primary Health Care, which makes it possible to integrate multidisciplinary knowledge and practices, fosters shared decision-making, dialogue, and recognition of the role of each member in the team. When fragile, it compromises the problem-solving, quality and safety of health care. Thus, the objective was to map the scientific literature on Interprofessional Communication in Primary Health Care. This is a scoping review, carried out from November 2023 and March 2024, in accordance with Joanna Briggs Institute's recommendations. The databases and portals used were Scopus, Web of Science, Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line, Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Nursing Database, Spanish Bibliographic Index in Health Sciences, via the Virtual Health Library, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations, CAPES Catalog of Theses and Dissertations. For analyze the studies, the Context-Mechanism-Result configuration was used. It retrieved 12,392 publications, of which 58 were included in the final sample. Regarding to the contexts linked to Interprofessional Communication in Primary Care, it revealed favorable scenarios, in which communication was operationalized in a respectful, integrated, and democratic manner; but also, unfavorable contexts, marked by a lack of effective communication, hierarchical structures, lack of openness on the part of professionals to communication and collaborative moments. As a result, 64 mechanisms that hinder Interprofessional Communication were identified, the predominant ones being the occurrence of weak communication between professionals, a professional attitude that devalues communication and teamwork, work overload, weak communication channels, weak formal information sharing and professional hierarchies. Among the facilitating mechanisms, out of a total of 47 identified, effective, open, and respectful communication between professionals, formal meetings, the use of Information and Communication Technologies, formal and informal communication, collaborative work, electronic health records in medical records, respect, empathy, interprofessional relationships and case discussions prevailed. In view of these mechanisms, it was clear that when Interprofessional Communication is developed in a weak way, it results in a fragile dialogical process, conflicts, frustration and low interprofessional cooperation. However, when it is effective, it makes it possible to strengthen interprofessional collaboration, shared decision-making, effective teamwork, the sharing of knowledge and know-how, improved care, respect between professionals and better definition of solutions to cases. Through the analysis of the studies, 80 recommendations for improvement

of communication were evidenced, mainly focused on aspects such as meetings, training, the use of Information and Communication Technologies, individual and inter-individual professional attitudes, spaces for formal and informal communication, organizational aspects, democratic and participatory management, and the role of leaders. In view of these findings, the present study reinforces Interprofessional Communication as an essential competence to the work process in Primary Health Care, which promotes collaborative and effective team care. In addition, the synthesized evidence can contribute to the development of managerial and educational interventions to strengthen the culture of communication and interprofessional collaboration among professionals working in Primary Care.

Keywords: Communication; Interprofessional Relationships; Health Personnel; Patient Care Team; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Diferentes formas de trabalho interprofissional.....	25
Figura 2 -	Benefícios da Colaboração Interprofissional.....	27
Figura 3 -	Dimensões e indicadores do modelo quadridimensional de colaboração.....	28
Figura 4 -	Fatores associados à Colaboração Interprofissional em equipes de saúde de cuidados primários.....	31
Figura 5 -	Fluxograma da busca de estudos da revisão.....	46
Gráfico 1 -	Ano de publicação dos artigos incluídos na revisão.....	58
Mapa 1 -	Países de origem dos estudos.....	60

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 -	Competências profissionais para o desenvolvimento da comunicação conforme o IPEC.....	34
Quadro 2 -	Competências profissionais para o desenvolvimento da comunicação conforme o IPEC.....	35
Quadro 3 -	Acrônimos da estratégia PICo e respectivos descritores e palavras-chave.....	40
Quadro 4 -	Bases de dados e respectivas estratégias de busca.....	41
Quadro 5 -	Categorias analíticas da Avaliação Realista e suas definições.....	44
Quadro 6 -	Categorias analíticas da avaliação realista e sua operacionalização neste estudo.....	45
Quadro 7 -	Descrição dos estudos incluídos na amostra final da revisão.....	47
Quadro 8 -	Síntese dos resultados referente ao Contextos (C) atrelados à CIP identificados nos estudos.....	60
Quadro 9 -	Fatores dificultadores da CIP na APS.....	68
Quadro 10 -	Fatore facilitadores da CIP na APS.....	70
Quadro 11 -	Resultados negativos associados a comunicação interprofissional frágil na APS.....	71
Quadro 12 -	Resultados positivos decorrentes da CIP na APS.....	72
Quadro 13 -	Recomendações para o aprimoramento da CIP na APS.....	73
Tabela 1 -	Periódicos de publicação dos estudos incluídos na revisão.....	58

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIHC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
CIP	Comunicação Interprofissional
CMO-C	<i>Context-Mecanism-Outcomes Configurations</i>
CMR	Contexto-Mecanismos-Resultados
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DF	Distrito Federal
EIP	Educação Interprofissional
eAB	equipes da Atenção Básica
eSF	Equipes de Saúde da Família
e-Multi	Equipes Multiprofissionais
EPS	Educação Permanente em Saúde
EQUATOR	<i>Enhancing the QUALity and Transparency of Health Research</i>
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBECS	<i>Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud</i>
IES	Instituição de Ensino Superior
IPEC	<i>Interprofessional Education Collaborative</i>
IP	<i>Internet Protocol</i>
JBI	Joanna Briggs Institute
JCI	<i>Joint Commission International</i>

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Heading Subjects
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NL	Newfoundland e Labrador
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PCC	População Conceito Contexto
PCI	Práticas Colaborativas Interprofissionais
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIC	Prática Interprofissional Colaborativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPC	Projetos Pedagógicos dos Cursos
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews</i>
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
ScR	<i>Scoping Review</i>
SEIPS	Iniciativa de Engenharia de Sistemas para Segurança do Paciente
SF	Saúde da Família
SGA	Sistemas de Gestão da Aprendizagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USP	Universidade de São Paulo
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
WHPA	<i>World Health Professions Alliance</i>
WOS	<i>Web of Science</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Geral.....	23
2.2	Específicos.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1	Colaboração Interprofissional.....	24
3.2	Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde.....	30
3.3	Comunicação Interprofissional: uma competência para o fortalecimento da Colaboração Interprofissional e do trabalho em equipe.....	33
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	37
4.1	Tipo de estudo.....	37
4.2	Operacionalização da <i>scoping review</i>	38
4.2.1	<i>Etapa 1: Definição da questão de pesquisa</i>	39
4.2.2	<i>Etapa 2: Identificação dos estudos nas bases de dados</i>	40
4.2.3	<i>Seleção e mapeamento dos estudos</i>	42
4.2.4	<i>Extração dos dados</i>	42
4.2.5	<i>Agrupamento, interpretação e síntese dos resultados</i>	45
4.3	Aspectos Éticos.....	45
5	RESULTADOS.....	46
6	DISCUSSÃO.....	77
7	CONCLUSÃO.....	92
	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICE A – PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW REGISTRADO NA PLATAFORMA OPEN SCIENCE FRAMEWORK.....	111
	APÊNDICE B – PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW SUBMETIDO EM FORMATO DE ARTIGO À REVISTA PRÓ-UNIVERSUS.....	112
	APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DAS PUBLICAÇÕES INCLUÍDAS NA SCOPING REVIEW.....	122
	ANEXO A – PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES EXTENSION FOR SCOPING REVIEWS (PRISMA-SCR) CHECKLIST.....	124

1 INTRODUÇÃO

A Comunicação Interprofissional (CIP), conforme o *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC), é competência essencial à colaboração interprofissional, que consiste na comunicação ágil, efetiva, transparente, responsável, colaborativa e respeitável entre pessoas de diferentes profissões, clientes, famílias e comunidades (IPEC, 2016; Coifman *et al.*, 2021).

Outrossim, mais recentemente, conforme a terceira versão das competências de Colaboração Interprofissional do IPEC, substituiu-se o termo CIP por apenas Comunicação, em que esta é definida como se comunicar de forma ágil, responsável, respeitosa e compassiva com os membros da equipe (IPEC, 2023). Todavia, a comunicação com pacientes, famílias e comunidades não perde o valor, haja vista que faz parte do cotidiano dos profissionais e é fortalecida à medida que a comunicação entre os membros da equipe é eficaz.

Com isso, frisa-se que a comunicação é atributo essencial ao processo de trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde (APS), que fomenta a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade, a colaboração, a integração dos saberes e das práticas multiprofissionais, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, aspectos que devem ocorrer de forma transversal entre todos os membros das equipes, pacientes, familiares e comunidades (Previato; Baldissera, 2018).

Nessa perspectiva, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, reafirma-se a APS, como ordenadora e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que constitui a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e engloba conjunto de ações voltadas à promoção, à prevenção, à proteção, à educação, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos, aos cuidados paliativos e à vigilância em saúde aos sujeitos, famílias e comunidades (Brasil, 2017; Ferreira *et al.*, 2022).

A APS promove a descentralização do cuidado, possibilitando ultrapassar a visão centrada na doença para focar na prevenção do adoecimento e promover condições saudáveis de vida e bem-estar. Ao pautar-se no cuidado centrado na pessoa e orientação familiar e comunitária, atua de forma mais próxima às necessidades e realidades da população sobre a qual assume responsabilidade sanitária, possibilitando, assim, maior resolutividade aos problemas de saúde (Martins; Carbonai, 2022).

No Brasil, historicamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui modelo preferencial para expansão, consolidação e qualificação da APS. Oportuniza a disponibilização de atenção integral à saúde da população brasileira, de modo que coordena a cobertura de

cuidados nos níveis secundário e terciário, além de possibilitar a implementação de estratégias intersetoriais para prevenção e promoção da saúde (Ortega; Pele, 2023).

Esse modelo de cuidados se mostrou ferramenta eficaz na organização da APS no Brasil, possibilitando melhorias em indicadores, como o acesso à saúde, a redução das taxas de morbidade e mortalidade (Macinko; Mendonça, 2018), ampliação cobertura da população, das visitas domiciliares, do número de ações de educação em saúde e atividades em grupo realizadas, das consultas a grupos prioritários, das atividades de planejamento e a vigilância do território (Carmo; Silva; Campo, 2023).

Diante das mudanças nas políticas brasileiras que ameaçam o SUS e a consolidação da ESF na APS, municípios que adotam a ESF como modelo para a atenção à saúde, fortalecem o cuidado multiprofissional integral e equitativo, valorizando e fortalecendo modelos de saúde pautados nesses aspectos (Castanheira *et al.*, 2024).

Nesse contexto, as ações assistenciais são prestadas por equipes de saúde, cujo trabalho oportuniza ampliar a acessibilidade e resolutividade da ESF/APS, promovendo abordagem holística, interprofissional, interdisciplinar, integral e longitudinal às questões complexas de saúde do território sobre o qual assumem responsabilidade sanitária (Vicari; Lago; Bulgarelli, 2022).

Ademais, o trabalho interprofissional dessas equipes melhora a qualidade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados na APS, reduzindo os custos financeiros, melhorando os resultados de saúde dos pacientes e os indicadores de saúde, assim como aprimorando a experiência de trabalho dos profissionais (Liu; Chien; Singer, 2023).

Destaca-se que, no Brasil, o número de equipes da ESF cresceu significativamente no período de 1998 a 2017, aspecto que contribuiu com o aumento do acesso aos cuidados de saúde ofertados na APS, embora o número de equipes de saúde da família tenha estagnado com os retrocessos da nova PNAB (Carmo; Silva; Campo, 2023).

No contexto brasileiro, as equipes possuem diversas configurações. As equipes de Saúde da Família (eSF), por exemplo, são compostas por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em saúde da família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem, ainda, ser acrescidos às eSF, os Agentes de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de Saúde Bucal, sendo eles o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (Brasil, 2017).

Já as equipes da Atenção Básica (eAB) devem ser compostas por médicos, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro,

preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Poderão ser agregadas outras categorias profissionais, como os cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, ACS e ACE. Ao considerar a ESF como modelo preferencial, as eAB podem se organizar conforme esse modelo, o que abre brechas para que os gestores adotem ou não as eSF como prioridade (Brasil, 2017).

Ademais, em decorrência do novo modelo de financiamento da APS e em substituição ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mais recentemente, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou a Portaria n.º 635, de 22 de maio 2023, que define e cria incentivos para adoção das modalidades de equipes Multiprofissionais na APS (e-Multi), sendo elas a equipe Multiprofissional Ampliada - eMulti Ampliada, a equipe Multiprofissional Complementar - eMulti Complementar, e a equipe Multiprofissional Estratégica - eMulti Estratégica (Brasil, 2023).

Estas equipes e-Multi são compostas por profissionais de saúde de áreas diversas, que atuam de modo corresponsável, complementar e integrado às demais equipes da APS, bem como em articulação intersetorial e integração à RAS. Objetivam ampliar o acesso, a integralidade e a longitudinalidade da atenção à saúde, assim como valorizar a multi e interprofissionalidade, superar a fragmentação do cuidado e aprimorar a resolutividade da APS (Brasil, 2023).

Destarte, essas diferentes equipes devem atuar de modo conjunto, assumindo corresponsabilidade sanitária pela mesma população e território adscritos, assim como possibilitar o fortalecendo das articulações e parcerias com a comunidade e os diversos equipamentos de saúde e setores como a educação, o serviço social, a cultura, o esporte e lazer, dentre outros (Brasil, 2023).

Nessa perspectiva, frisa-se que a atuação em equipe é imprescindível ao cuidado na ESF/APS, haja vista que as competências específicas e individuais de cada profissão isoladamente não são capazes de atender às demandas complexas da saúde, o que reforça a relevância da articulação e integração das ações interprofissionais e interdisciplinares na prestação da assistência à saúde (Araújo *et al.*, 2023).

À vista disso, a interdisciplinaridade promove intensa trocas, integração e articulação entre os saberes e as práticas das disciplinas, ciências e/ou áreas de conhecimento, enquanto a interprofissionalidade promove a articulação da prática profissional, sendo desenvolvida mediante trabalho em equipe e associação dos diferentes campos práticos, de maneira a desempenhar cuidado centrado no usuário e nas demandas complexas e dinâmicas da população (Farias *et al.*, 2018; Spagnol *et al.*, 2022).

Coadunando o exposto, Peduzzi (2001) define o trabalho em equipe de duas formas: a equipe como um agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira se pauta no trabalho fragmentado e dissociado. A segunda se norteia pela articulação dos cuidados conforme a integralidade das ações, em que há correlações e conexões com o trabalho de cada profissional. Com isso, o trabalho em equipe é uma das principais estratégias para superação do modelo uniprofissional, medicalocêntrico e médico hegemônico, dando espaço ao cuidado multiprofissional colaborativo, eficaz, qualificado e resolutivo (Pereira *et al.*, 2024).

Frente a isso, para que o trabalho em equipe seja estrutura de forma articulada e integrada, conforme a segunda definição de Peduzzi (2001), deve possuir elementos indispensáveis, como a comunicação e a colaboração interprofissional, que propulsionam o trabalho vivo em ato e a produção do cuidado multiprofissional qualificado, integrado, dialogada e partilhado (Silva; Miranda, 2022; Melo *et al.*, 2022).

A comunicação e colaboração interprofissional são elementos inerentes ao processo de trabalho na APS/ESF, que devem fundamentar-se no reconhecimento do papel de cada profissional da equipe, na coordenação das ações de saúde com a inclusão dos diversos membros, na construção de consensos e objetivos comuns, no manejo das relações de poder assimétricas e conflitos interpessoais e no estabelecimento de canais de comunicação efetivos e democráticos (Kanno *et al.* 2023).

A CIP deve ser fortalecida para haver integração eficaz das práticas multiprofissionais assistenciais e gerenciais, haja vista que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, oportuniza o fortalecimento de elementos essenciais ao trabalho em equipe e à colaboração interprofissional, como o diálogo aberto e honesto, o engajamento, a confiança, a formação de vínculos, o respeito mútuo e o reconhecimento do papel de cada membro da equipe (Reuter; Santos; Ramos, 2018; Bok *et al.*, 2020).

Outrossim, facilita a negociação e a resolução de conflitos, possibilitando à equipe a manutenção da capacidade dialógica; a harmonização do ambiente de trabalho; a redução do estresse e da ansiedade decorrentes do processo de trabalho; o fortalecimento das relações interpessoais; a pactuação de objetivos comuns; a valorização profissional; e a melhora da satisfação com o trabalho interprofissional e em equipe (Reuter; Santos; Ramos, 2018; Bok *et al.*, 2020).

Esses aspectos são fundamentais para articulação, integração e desfragmentação dos cuidados multiprofissionais e intersetoriais, bem como ao envolvimento ativo do paciente, das famílias e da coletividade no processo de cuidado (Reuter; Santos; Ramos, 2018), à medida

que podem oportunizar o fortalecimento dos atributos da APS, como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (Starfield, 2002).

Assim, a CIP pode contribuir para o melhor acolhimento e segmento do usuário ao longo do serviço de saúde, oportunizar que as necessidades dos sujeitos sejam reconhecidas e atendidas, promover a formação de vínculos efetivos entre profissionais e entre profissionais e usuários, e facilitar a corresponsabilização e o compartilhamento de condutas entre os profissionais e serviços. Com isso, fomenta a longitudinalidade, a integralidade e a continuidade do cuidado (Prado *et al.*, 2023).

No entanto, a comunicação frágil entre profissionais e entre profissionais e usuários é uma das principais causas de ocorrência de erros, falhas na assistência e eventos adversos, gerando impactos negativos nos sistemas e serviços de saúde, bem como comprometimento da qualidade dos cuidados ofertados (El-Awaisi *et al.*, 2021; Gens-Barberà *et al.*, 2021).

Outrossim, a comunicação ineficaz dificulta a tomada de decisões compartilhada, uma vez que o diálogo ocorre de maneira não sistematizada, podendo ser permeado por desencontros e equívocos de interpretação nas informações, que não chegam adequada e corretamente a toda a equipe. Com isso, prejudicam-se as relações interpessoais, contribuindo com o trabalho uniprofissional fragmentado, assim como fragiliza a cultura de segurança do paciente e a integralidade e qualidade dos cuidados (Nora; Beghetto, 2020; Ribeiro *et al.*, 2021).

Nessa ótica, diversos aspectos contribuem para que essa problemática ocorra. Fatores como as dúvidas relacionadas aos diferentes papéis e às competências profissionais, conflitos e disputas interprofissionais, sobrecarga de trabalho, falta de recursos e sofrimento físico são obstáculos que enfraquecem a CIP na APS/ESF. Consequentemente, prejudicam a comunicação entre os sujeitos inseridos no processo micropolítico de trabalho (Gontijo *et al.*, 2020; Lago *et al.*, 2022).

Diante disso, aprimorar a comunicação é essencial para repensar, ressignificar e aprimorar a CIP e a Colaboração Interprofissional e, assim, melhorar as relações interpessoais e a qualidade dos cuidados prestados na APS. Em decorrência do aumento da complexidade dos cuidados e custos aos serviços, atrelados às necessidades e expectativas da clientela e dos trabalhadores, podem ocorrer confusões, conflitos, duplicidade e ineficiência de ações de saúde desenvolvidas, o que requer dos profissionais de saúde processo de interação aprofundado e eficaz para impulsionar o trabalho conjunto, o senso de pertencimento e de equipe, o compartilhamento de saberes, os conhecimentos e objetivos comuns para garantir a efetividade dos serviços ofertados (Reuter; Santos; Ramos, 2018; Previato; Baldissera, 2018; Schimith *et al.*, 2021).

Destarte, intenta-se como necessário refletir e (re)pensar como a CIP ocorre na APS para instigar o desenvolvimento de novas alternativas e estratégias metodológicas para contribuir com o aperfeiçoamento, a reordenação e reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da prática colaborativa interprofissional.

Para tanto, novos estudos que objetivem investigar e compreender a CIP na APS poderão fortalecê-la e consolidá-la como competência de colaboração e trabalho em equipe, bem como fornecer subsídios para formulação de intervenções gerenciais e de Educação Permanente em Saúde (EPS) que visem aprimorar e fortalecer a atuação multi e interprofissional colaborativa. Revisão assistemática da literatura evidenciou que os estudos originais e de revisão recentes sobre a CIP buscaram investigá-la no contexto hospitalar (Coinfman *et al.*, 2021; Brás *et al.*, 2023), bem como têm como foco principal a colaboração interprofissional na APS (Findyartini *et al.*, 2019; Carron *et al.*, 2021; El-Awasi *et al.*, 2021; Brito *et al.*, 2022; Bouton *et al.*, 2023; Kanno *et al.*, 2023), o que reforça e justifica a demanda por novos estudos, especialmente *scoping reviews*, que tratem especificamente da CIP no contexto da APS.

À vista disso, ao considerar que a comunicação na Atenção Primária é atributo essencial à colaboração interprofissional, assim como para que o cuidado em saúde prestado nesse cenário ocorra conforme as diretrizes e os princípios do SUS, emergiu a seguinte questão de pesquisa: como ocorre a comunicação entre profissionais de saúde no âmbito da APS?

É relevante mapear e analisar as evidências científicas sobre a CIP na APS, visto que será possível elucidar as nuances, potencialidades, fragilidades e desafios que permeiam sua efetivação. Com isso, poder-se-á gerar um corpo de evidências científicas que contribuirão com as discussões e reflexões sobre o processo micropolítico de trabalho na APS, bem como que instigarão o aprimoramento do processo dialógico dos profissionais de saúde e poderão promover o fortalecimento da cultura de colaboração interprofissional nesse contexto de cuidados.

Outrossim, as evidências científicas identificadas no presente estudo poderão subsidiar o desenvolvimento de intervenções de educação permanente interprofissional, guias, protocolos e tecnologias educacionais para o aprimoramento da CIP e das práticas colaborativas interprofissionais na APS. Esses materiais poderão ainda contribuir com a educação interprofissional no âmbito das graduações na área da Saúde, oportunizando aos estudantes o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e colaborativas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Mapear a literatura científica sobre a comunicação interprofissional na Atenção Primária Saúde.

2.2 Específicos

- Identificar as barreiras e facilitadores que interferem na comunicação interprofissional na Atenção Primária Saúde;
- Elucidar os resultados benéficos da comunicação interprofissional efetiva na Atenção Primária Saúde;
- Identificar os resultados negativos decorrentes da comunicação interprofissional frágil na Atenção Primária à Saúde;
- Elencar as recomendações para o aprimoramento da comunicação interprofissional na Atenção Primária à Saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Colaboração Interprofissional

Ao se pensar em Comunicação Interprofissional (CIP), é preciso compreender um elemento mais amplo do processo de trabalho em saúde, o qual se ancora em aspectos como o agir comunicativo para ser efetivado, isto é, a colaboração interprofissional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a prática colaborativa nos cuidados de saúde ocorre quando vários profissionais de diferentes áreas prestam serviços abrangentes, atuando em conjunto com pacientes, famílias e comunidades para desenvolver, em todos os âmbitos, cuidados de alta qualidade (OMS, 2010).

Para a organização *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC), a colaboração interprofissional consiste em processo de desenvolvimento e manutenção de relações de trabalho interprofissionais eficazes com estudantes, profissionais, pacientes, famílias e comunidades para o alcance de resultados de saúde satisfatórios. Destacam, ainda, o respeito, a confiança, a tomada de decisão compartilhada e o estabelecimento de parcerias como elementos para a colaboração (CIHC, 2010a; CIHC, 2010b).

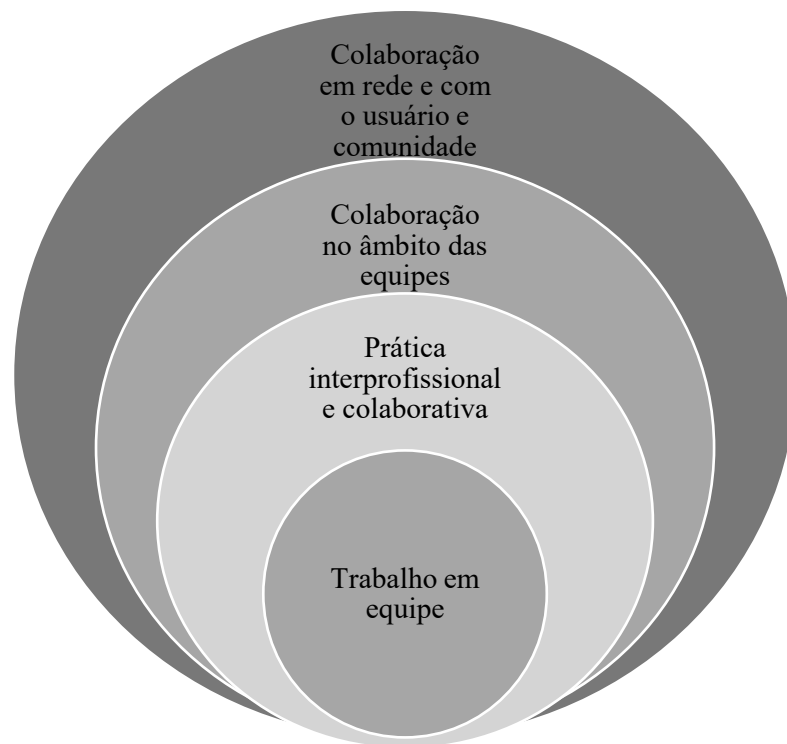
Essa organização também destaca seis domínios de competências de colaboração interprofissionais, que concernem sobre o desenvolvimento e a integração de atitudes, comportamentos, valores e julgamentos fundamentais à prática colaborativa, a saber: clarificação dos papéis profissionais; atenção centrada no paciente/cliente/família/comunidade; funcionamento da equipe; liderança colaborativa; comunicação interprofissional; e resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010a).

Morgan, Pullon e Mckinlay (2015) definem a colaboração interprofissional como “uma parceria ativa e contínua, muitas vezes entre pessoas de diversas origens, com culturas profissionais distintas e possivelmente representando diferentes organizações ou setores, que trabalham em conjunto para resolver problemas ou fornecer serviços”.

Outrossim, esses pesquisadores defendem que colaboração interprofissional seja um termo hierárquico abrangente que abarca outros dois termos: prática colaborativa interprofissional, utilizado para descrever os elementos de colaboração interprofissional implementados no ambiente de prática; e trabalho em equipe, termo que sugere nível mais aprofundado de atuação conjunta e interdependente (Morgan; Pullon; Mckinlay, 2015).

Ao ponderar esses aspectos, Peduzzi *et al.* (2020) também abordam as diferentes formas de trabalho interprofissional, sintetizadas na Figura 1. Conforme a autora, a **colaboração no âmbito das equipes** ocorre quando os profissionais buscam alternativas entre si para melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada; já a **colaboração em rede e com usuários e comunidade**, quando os profissionais buscam alternativas dentro da equipe, como também em outros serviços e setores de saúde, com usuários, famílias e comunidade. Essas conceitualizações reforçam a relevância e importância do trabalho interprofissional em equipe, do trabalho intersetorial e da participação social e comunitária (Peduzzi *et al.*, 2020).

Figura 1 - Diferentes formas de trabalho interprofissional.



Fonte: Peduzzi *et al.* (2020).

Agrali (2017), ao analisar o processo de trabalho de equipes da ESF, também acrescenta duas modalidades importantes à colaboração interprofissional: a colaboração em equipe e a colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade. A primeira consiste na busca dos profissionais por resolverem entre si os problemas da unidade de saúde, sem o auxílio de outros serviços fora da unidade a qual estão vinculados, colaborando para buscar incluir o paciente de forma ativa no processo de cuidados, bem como desenvolvendo trabalho articulado para alcançar melhores resultados de saúde. Este processo inclui a reflexão sobre o processo de

trabalho desempenhado dentro da equipe, a identificação de necessidades de inovação na atuação em equipe e a oferta de ações concretas de colaboração em equipe (Agrali, 2017).

A segunda definição destaca que a equipe busca soluções para situações que demandam parcerias, valendo-se do apoio de diversos setores e serviços da RAS, dos clientes, das famílias e das comunidades. A pesquisadora destaca ainda que nesse tipo de colaboração, a equipe tem a capacidade de ser solidária para prestar suporte a outras equipes e serviços de saúde, reconhecendo papéis e possíveis contribuições à assistência à saúde, para assim desenvolver e fortalecer as parcerias e ampliar as possibilidades de cuidado (Agreli, 2017).

Essas definições polissêmicas reforçam a colaboração como processo humano dinâmico que produz interação e cooperação, não somente entre profissionais, mas entre profissionais, pacientes, famílias, comunidades e serviços de saúde, o que possibilita superar o paradigma biomédico do cuidado focado na doença e na centralidade de um único profissional (Rocha; Barreto; Moreira, 2016).

Com isso, a colaboração interprofissional se assemelha ao trabalho em equipe, à medida que as responsabilidades são partilhadas entre indivíduos, existe interdependência entre os profissionais, encontro de suas subjetividades, clareza, reconhecimento e valorização das funções de cada sujeito, bem como dos objetivos e das metas pactuados conjuntamente (Reeves; Xyrichis; Zwarenstein, 2018).

Destarte, a colaboração se configura como elemento crucial ao fortalecimento do trabalho vivo em ato, à integração de cuidados e saberes multiprofissionais, ao fortalecimento do trabalho em equipe e intersetorial. Conseqüentemente, fortalece o cuidado integrado em rede centrado na pessoa e na família, bem como incrementa a qualidade e a resolutividade da assistência à saúde (Matuda *et al.*, 2015; Rocha; Barreto; Moreira, 2016).

A prática colaborativa no desenvolvimento do trabalho interprofissional em saúde representa estratégia crucial para enfrentar os desafios e as demandas complexas na prestação de assistência no setor Saúde, especialmente no que se refere à superação de problemáticas como o modelo biomédico pautado na uniprofissionalidade e na fragmentação do cuidado, assim como a concretização da interdisciplinaridade como estratégia para inovação e aprimoramento dos cuidados em saúde (Farias *et al.*, 2018).

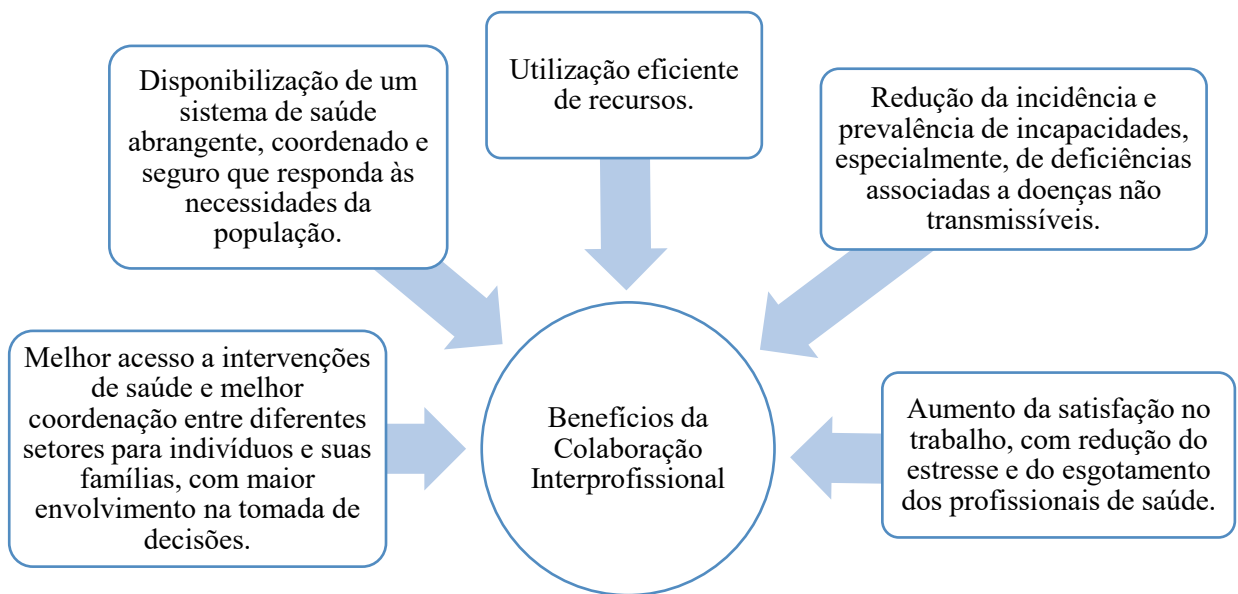
Ao considerar esses desafios, Peduzzi *et al.* (2020) destacam que a constituição de equipes interdisciplinares e interprofissionais se configuram como perspectiva pautadas nos pressupostos de superação da fragmentação do trabalho e da individualidade biomédica; de busca por reconstituir a integralidade do trabalho coletivo em saúde; e da qualificação

profissional, visando democratizar o contexto do trabalho e tornar o cuidado integralmente efetivo.

Esses aspectos fortalecem a cultura de colaboração no processo de trabalho em saúde e a atuação em equipe, à medida que aprofundam o respeito, a igualdade no tratamento e nas relações de poder, as relações interprofissionais, o senso de pertencimento e a interdependência para o desenvolvimento dos cuidados em saúde. Por conseguinte, os pacientes são beneficiados com práticas de saúde inovadoras e mais eficientes (Peduzzi *et al.*, 2020).

A *World Health Professions Alliance* (WHPA) (WHPA, 2019) corrobora essa afirmativa ao destacar que a colaboração interprofissional eficaz traz inúmeros benefícios aos sistemas de saúde, aos profissionais e à população, como descrito na Figura 2.

Figura 2 - Benefícios da Colaboração Interprofissional.



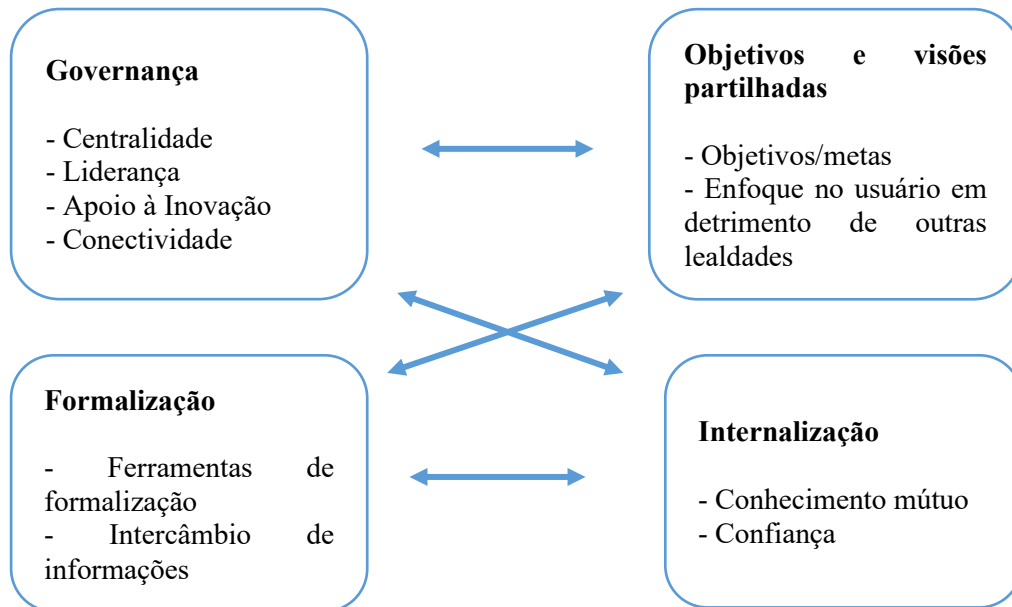
Fonte: Traduzido de WAHP (2019).

À vista disso, é pertinente haver transformação efetiva das práticas de trabalho para consolidação da cultura de colaboração, melhora da qualidade e segurança da assistência, fortalecimento dos sistemas de saúde e satisfação dos profissionais e clientes. Portanto, torna-se, também, necessário compreender e intervir sobre fatores determinantes dos processos colaborativos (D'Amour *et al.*, 2008).

Nessa conjunção, D'Amour *et al.* (2008) propõem um modelo quadridimensional de colaboração, que aborda quatro dimensões, duas relacionais e duas organizacionais

operacionalizadas por 10 indicadores. Estas são relacionadas à ação coletiva para colaboração, conforme descreve a Figura 3.

Figura 3 - Dimensões e indicadores do modelo quadridimensional de colaboração.



Fonte: Traduzido e adaptado de D'Amour *et al.* (2008).

Conforme o modelo de D'Amour *et al.* (2008), as dimensões relacionais destacam elementos essenciais ao nível individual e coletivo que promovem interações, formação de relações interpessoais, vínculos e engajamento para o estabelecimento da colaboração. Essas dimensões são descritas a seguir:

- **Objetivos e visão compartilhados:** refere-se à existência de objetivos comuns e apropriação destes dentro das equipes, ao reconhecimento de fatores divergentes e formulação de múltiplas alianças, e às diversas definições e expectativas relacionadas à colaboração;
- **Internalização:** diz respeito à consciência de cada profissional sobre as interdependências e a importância de gerenciá-las, o que produz sentimento de pertencimento, promove o conhecimento dos valores de cada um e estabelece a confiança mútua entre os sujeitos.

Já as dimensões organizacionais, que apoiam e intervêm sobre os processos colaborativos para fortalecê-los (D'Amour *et al.*, 2008) são:

- **Formalização:** refere-se à estruturação do cuidado clínico, isto é, na medida em que os procedimentos documentados existem e são utilizados para comunicar resultados e comportamentos desejados. Ademais, esclarece as expectativas e as responsabilidades no processo colaborativo.
- **Governança:** destaca as funções de liderança que apoiam e promovem a colaboração. Concerne à implementação de inovações nas práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais.

Essas dimensões podem sofrer interferência de fatores como disponibilização de recursos, restrições financeiras, estabelecimento ou ausência de políticas de saúde (D'Amour *et al.*, 2008). Todavia, quando instituídas em um grau elevado, possibilitam que haja o que D'Amour e colaboradores (2008) denominam de colaboração ativa. Esta ocorre quando:

Os parceiros estabeleceram com sucesso uma colaboração estável que é sustentada apesar das incertezas e dos choques no sistema de saúde. Os parceiros adotaram objetivos comuns e consensuais, desenvolveram um sentimento de pertença e confiança mútua e chegaram a um consenso sobre mecanismos e regras de governança. Como resultado, as práticas profissionais devem ser transformadas com base numa nova divisão consensual de responsabilidades interprofissionais e interorganizacionais e na introdução de práticas inovadoras (D'Amour *et al.*, 2008, p. 11).

Diante dessas inferências, para que colaboração interprofissional ativa seja institucionalizada efetivamente nos serviços e sistemas de saúde, reforça-se a importância da formação profissional e da educação interprofissional pautadas em competências como: valores e ética para a prática interprofissional; compreensão das funções/responsabilidades de cada profissão; comunicação interprofissional; e trabalho em equipe para desempenhar, de modo eficaz, as diferentes funções/atribuições da equipe de saúde para planejar e prestar cuidados seguros, oportunos, eficientes, eficazes e equitativos centrados no cliente, nas famílias e comunidades (Schmitt *et al.*, 2011).

3.2 Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde

Equipes de saúde com melhor clima de trabalho em equipe possuem maior participação de seus integrantes no processo decisório, no desenvolvimento das ações de saúde e na tomada de decisões. Ademais, este aspecto fortalece as atividades orientadas por métodos consolidados de avaliação do trabalho realizado, promove os encontros para reflexão e diálogo em equipe, oferece suporte adequado para novas ideias e inovações na assistência, e contribui com a consolidação da atenção centrada no usuário (Peduzzi; Agreli, 2018).

Com isso, é crucial fortalecer a colaboração interprofissional e a CIP para consolidar o trabalho em equipe. Assim, é pertinente compreender os fatores que interferem ou estimulam a efetivação da prática colaborativa na APS. Nessa lógica, estudo de revisão identificou, dentre as barreiras à colaboração nesse âmbito assistencial, a pouca disponibilidade de tempo, a sobrecarga de trabalho, a baixa capacitação dos profissionais de saúde, a ausência de apoio organizacional, o desequilíbrio de poder entre os profissionais, a falta de clareza e da valorização do papel de cada membro da equipe, a resistência a mudanças e a comunicação frágil (Carron *et al.*, 2021).

Outra pesquisa acrescenta que o pouco envolvimento dos profissionais e a indisponibilização de agenda para reverter esse aspecto, a demanda e área de abrangência extensa, a rotatividade de profissionais, o individualismo, a competitividade exacerbada, a desconfiança no trabalho dos demais profissionais, a inflexibilidade no cronograma de trabalho individual, a falta de interação e de interdependências também são obstáculos críticos que comprometem a efetivação da colaboração na APS (Brito *et al.*, 2022).

Em contrapartida, o estudo elucidou que o financiamento dos serviços, as políticas de apoio, o fornecimento de treinamentos e capacitações, a disponibilização de quadro de profissionais suficiente, a coesão entre os profissionais, a atitude positiva dos profissionais em relação à prática colaborativa e a qualidade da comunicação são facilitadores da colaboração (Carron *et al.*, 2021).

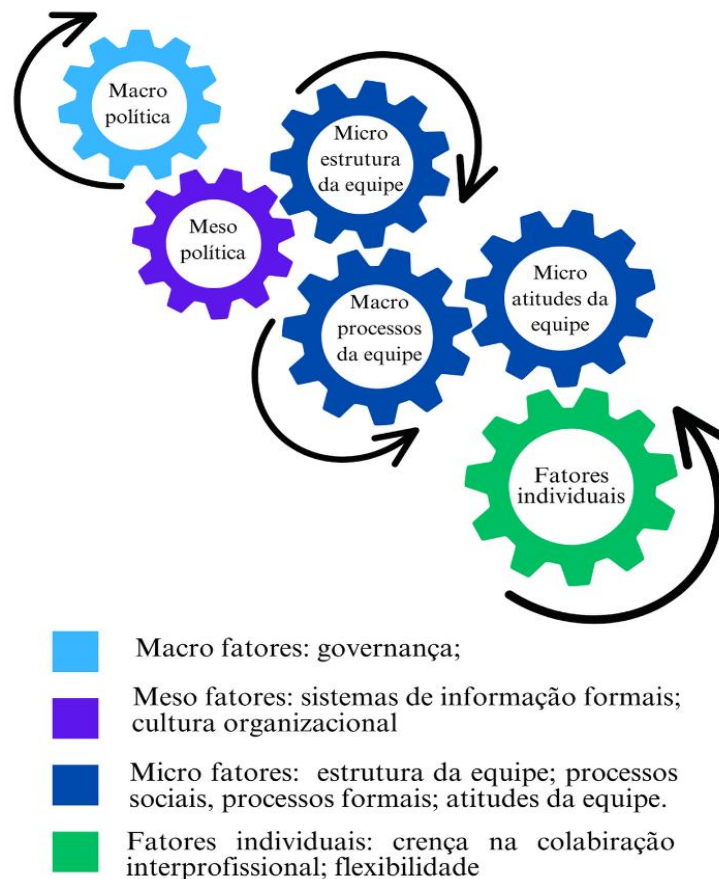
Similarmente, estudo realizado em Ontário, Canadá, identificou que características como comunicação; cotratamento; conferências/reuniões centradas nos pacientes; atitudes, valores, crenças profissionais; educação interprofissional; melhorias da qualidade do cuidado; e vínculos e parcerias intersetoriais fortalecem a colaboração interprofissional na APS (Donnelly *et al.*, 2019).

Isso corrobora pesquisa realizada em Minha Gerais, Brasil, em que se elucidou que a comunicação, as relações harmoniosas, o ambiente de trabalho agradável, a participação

efetiva dos usuários são elementos fortalecedores da colaboração, promovendo trabalho em equipe mais efetivo. Esses aspectos reforçam o trabalho em equipe interdependente e colaborativo, que contribui para que os profissionais tenham senso de pertencimento, corresponsabilização, empatia, respeito e confiança mútua com as competências e papéis do outro (Ferraz *et al.*, 2022).

Consonantemente, Mulvale, Embrett e Razavi (2016) destacaram diversos fatores que corroboram a colaboração interprofissional em equipes de saúde da APS, conforme descreve a Figura 4.

Figura 4 – Fatores associados à colaboração interprofissional em equipes de saúde de cuidados primários.



Fonte: Traduzido e adaptado de Mulvale, Embrett e Razavi (2016).

Mulvale, Embrett e Razavi (2016) destacam como processos formais da equipe: definição de visão ou metas da equipe; possuir enfoque na qualidade por meio de processos como auditorias ou outros; reconhecimento formal dos supervisores; processos facilitadores da resolução de problemas em grupo; tomada de decisões; e realização de reuniões da equipe interprofissional. Esses fatores promovem o senso de trabalho em equipe colaborativo, de

pertencimento, em que os processos decisórios se tornam democráticos, equitativos e participatórios.

Os processos sociais incluem os baixos níveis de conflito na equipe, solidariedade entre os colegas e comunicação aberta. Estes aspectos fortalecem os vínculos e o apoio entre os membros, promovendo a empatia e o apoio, assim como a resolução de conflitos e o fornecimento de *feedback* construtivo em um processo de interação coletivo e colaborativo (Mulvale; Embrett; Razavi, 2016).

Quanto aos fatores atitudinais da equipe, sobressaíram-se: sentir-se parte da equipe e sentir que há apoio para inovação dentro da equipe. Estes mecanismos reforçam o senso de pertencimento e de trabalho coletivo, em contraposição ao trabalho reduzido a um grupo, dissociado e fragmentado. Ademais, oferece espaço para que os profissionais sejam incentivados a inovar as práticas de cuidado, onde há voz, vez e acolhimento das ideias, dos pontos de vista e opiniões do outro, em um ambiente democrático de gestão e participação ativa dos membros da equipe nos processos decisórios (Mulvale; Embrett; Razavi, 2016).

Esses aspectos reforçam que a colaboração na APS perpassa por diversos fatores interativos e dinâmicos, que vão desde as atitudes individuais de cada profissional para a valorização da colaboração, até aspectos macro como ambiente organizacional favorável com gestão/governança democrática e facilitadora da comunicação e colaboração interprofissional, que promove a tomada de decisão compartilhada e o senso de equipe, assim como intermedeia os conflitos e consensos entre as diferentes opiniões e pontos de vista, em detrimento do processo de trabalho dissociado, fragmentado e não participativo (Mulvale; Embrett; Razavi, 2016).

Desse modo, ao considerar a centralidade no usuário como um dos aspectos norteadores da produção do cuidado no âmbito da APS/ ESF, é pertinente que a atuação das equipes seja norteada pelos princípios da colaboração, como o compartilhamento de objetivos comuns; a formulação de parcerias que favoreçam o estabelecimento e a manutenção de processo contínuo de interação; a interdependência; o reconhecimento do papel complementar das diversas profissões e o equilíbrio nas relações de poder entre elas (Freire Filho *et al.*, 2018).

Outrossim, estudo destaca como estratégias para aprimorar o cuidado colaborativo na APS, a aceitação e a prontidão da equipe para colaboração; a cultura de trabalho em equipe em contraposição ao trabalho individual; os valores e objetivos comuns; a liderança colaborativa e compartilhada; a comunicação eficiente e a tomada de decisão compartilhada, por meio dos momentos de reunião formais e informais, da utilização de protocolos e diretrizes bem estruturados, da resolução de conflitos e da igualdade nos relacionamentos interprofissionais (Sirimsi *et al.*, 2022).

Portanto, tendo em vista que a APS tem papel central na coordenação e ordenação dos sistemas e serviços de saúde, atendendo às demandas complexas dos sujeitos, famílias e comunidades, frisa-se a importância do trabalho interdisciplinar nesse âmbito de cuidados para fortalecer os princípios e as diretrizes do SUS operacionalizados na APS, como a equidade, universalidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado (Ribeiro *et al.*, 2022).

3.3 Comunicação Interprofissional: competência para o fortalecimento da Colaboração Interprofissional e do trabalho em equipe

Para que o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional sejam efetivos nos serviços de saúde, é necessária a prática de um elemento indissociável ao agir colaborativo, isto é, Comunicação Interprofissional (CIP). Conforme o IPEC (2016; 2023) e o CIHC (2010), a CIP é uma das competências necessárias ao desenvolvimento da colaboração interprofissional, que propulsiona a atuação em equipe, à medida que possibilita maior integração, articulação e interdependência à assistência multiprofissional.

A CIP constitui elemento primordial que oferece suporte necessário, para que as equipes de saúde, incluindo profissionais e estudantes em formação, trabalhem de forma colaborativa, para que haja a integração da função e o esclarecimento de papéis de cada membro da equipe, para o funcionamento do trabalho em equipe, para haver liderança colaborativa e o enfoque do atendimento/serviços no paciente/cliente/família/comunidade (CIHC, 2010a; CIHC, 2010b).

Conforme o IPEC, a CIP consiste em “comunicar-se com pacientes, famílias, comunidades e profissionais da saúde e de outras áreas de maneira ágil e responsável, que apoie uma abordagem de equipe para a promoção e manutenção da saúde e a prevenção e tratamento da doença” (IPEC, 2016).

Similarmente, Lapum *et al.* (2020), no livro *Introduction to Communication in Nursing*, definem a CIP como a comunicação entre os diversos membros de uma equipe de saúde, incluindo clientes e familiares. Para os pesquisadores, a comunicação requer que o profissional seja verdadeiro, preciso, claro, conciso e abrangente.

Os autores destacam ainda que a CIP pode ser desenvolvida de modo verbal, escrito e/ou não verbal. A comunicação verbal inclui conversas entre dois ou mais membros de uma equipe interprofissional, podendo ter o telefone como veículo comunicativo. A comunicação escrita envolve os registros e as documentações no prontuário do cliente. Já a comunicação não verbal engloba os significados e as interpretações transmitidas, por meio da linguagem corporal,

que ocorre por meio de expressões faciais, do contato visual, da posição corporal e de gestos comunicativos (Lapum *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, estudo também destaca que a CIP ocorre de forma síncrona e assíncrona. A comunicação síncrona acontece em tempo real, sendo mediada pelas reuniões, rondas em enfermarias, conversas improvisadas e informais. Já a forma assíncrona ocorre por intermédio de quadros brancos informativos e notas escritas. Ademais, destaca-se que a comunicação não perpassa somente as dimensões verbal e escrita, mas também envolve a linguagem corporal, a atitude e tom da fala (Foronda; MacWilliams; McArthur, 2016).

Para a *Joint Commission International* (JCI), a comunicação clara e efetiva com o cliente constitui uma das metas internacionais de segurança do paciente, que, quando deficiente, contribui para ocorrência de erros, danos e óbitos relacionados à assistência à saúde. Assim, reforça a pertinência de envolver o paciente de forma ativa no processo de cuidar e de diálogo como estratégia para favorecer a segurança e qualidade da assistência à saúde (JCI, 2018).

Frente a esses pressupostos, pontua-se que os profissionais de saúde devem adquirir competências, atitudes e habilidades para efetivação do agir comunicativo e colaborativo. Neste sentido, o IPEC (2022) define, conforme descreve o Quadro 1, sete competências para o desempenho da comunicação, que podem direcionar a capacitação e o desenvolvimento profissional para a prática colaborativa em saúde.

Quadro 1 - Competências profissionais do IPEC para o desenvolvimento da comunicação.

Competências
Comunicar suas funções e responsabilidades de forma clara.
Usar ferramentas, técnicas e tecnologias de comunicação para aprimorar a função da equipe, o bem-estar e os resultados de saúde.
Comunicar-se claramente com autenticidade e humildade cultural, evitando terminologia técnica específica.
Promover o entendimento comum sobre os objetivos compartilhados.
Praticar a escuta ativa que incentive ideias e opiniões de outros membros da equipe.
Usar o feedback construtivo para conectar, alinhar e atingir as metas da equipe.
Examinar a posição, poder e papel hierárquico, experiência única, conhecimento especializado e cultura para melhorar a comunicação e gerenciamento de conflitos.

Fonte: Traduzido e adaptado de IPEC (2023).

Em consonância, o CIHC (2010) também traz as habilidades profissionais necessárias para o desenvolvimento e a manutenção da comunicação colaborativa, responsável e responsiva, conforme descreve o Quadro 2.

Quadro 2 - Competências profissionais para o desenvolvimento da comunicação conforme o CIHC.

Habilidades comunicativas do CIHC
Estabelecer princípios de comunicação no trabalho em equipe.
Ouvir ativamente os outros membros da equipe, incluindo pacientes/clientes/familiares.
Comunicar-se para garantir o entendimento comum dos cuidados e decisões.
Desenvolver relacionamentos de confiança com pacientes/clientes/familiares e outros membros da equipe.
Usar efetivamente a tecnologia de informação e comunicação.
Melhorar a assistência interprofissional centrada no paciente/cliente/comunidade.

Fonte: Traduzido e adaptado de CIHC (2010).

Essas competências e habilidades são cruciais para o estabelecimento e a manutenção da cultura de comunicação e colaboração na APS e nos demais serviços de saúde, haja vista que tornam o processo comunicativo fluído e equânime, à medida que também reforça a importância da escuta ativa do outro e de relações de poder justas e igualitárias. Assim, fortalece o trabalho em equipe, em detrimento do que poderia se configurar como mero trabalho em grupo, sem o senso de pertencimento e vínculo mais aprofundado (Peduzzi; Agreli, 2018).

Com isso, na esfera do processo micropolítico de trabalho, a comunicação, como condição indispensável para trabalho em equipe e colaboração, amplia a capacidade de envolvimento de todos os profissionais no processo decisório, promove a percepção de um contexto laboral de apoio confiável e saudável, que agrega os diferentes saberes, valores e opiniões (Peduzzi; Agreli, 2018).

Outrossim, estudos evidenciam que a CIP contribui para que o cuidado seja centrado na pessoa, oportunizando a resolutividade dos casos de saúde de modo interprofissional, em que há complementariedade e integração das ações multiprofissionais. Com isso, potencializa-se o cuidado colaborativo, o respeito entre profissionais e usuários, e a tomada de decisão partilhada. Consequentemente, fortalecem-se a segurança e a qualidade da assistência, evitando erros assistenciais, omissão e/ou duplicidade dos cuidados, de modo a atender integralmente às necessidades dos usuários, das famílias e comunidades (Previato; Baldissera, 2018; Prado *et al.*, 2023).

Todavia, os profissionais de saúde ainda enfrentam dificuldades para manter comunicação que corrobore o trabalho em equipe e a segurança do paciente. Este impasse decorre de fatores como as diferenças hierárquicas, relações de poder, ocorrência de conflitos no ambiente laboral, fragilidades na formação profissional, não reconhecimento e valorização do papel de outro (Nogueira; Rodrigues, 2015; Fox *et al.*, 2021).

Por conseguinte, a comunicação se torna ineficaz, resultando em atrasos no tratamento, erros diagnósticos, incorreções de medicação, lesões no paciente e até óbito.

Portanto, aprimorar a eficácia da comunicação deve ser prioridade global para aprimorar as práticas de cuidado em saúde (Foronda; MacWilliams; McArthur, 2016).

Desse modo, a comunicação interprofissional eficaz depende da capacidade das equipes de gerenciar os diversos pontos de vista, que, por vezes, podem ser conflitantes, e chegar a consensos e pactuações partilhadas, para assim, tornar o processo de trabalho vivo e fluido (CIHC, 2010a).

Para isso, é pertinente promover os momentos para a prática colaborativa e dialógica, como intervenções educativas multidisciplinares. Por meio disso, será possível fortalecer a educação interprofissional e promover espaços de diálogo como reuniões, educação permanente, consultas compartilhadas, momentos informais de diálogo nos serviços de saúde para aprimorar a prática comunicativa interprofissional (Nogueira; Rodrigues, 2015; Previato; Baldissera, 2018; Kanno *et al.*, 2023).

Os momentos voltados ao aprimoramento da comunicação, contribuem para romper com as barreiras comunicativas e podem oportunizar a melhora das relações interpessoais, aumentar a empatia, a confiança, o respeito e o apoio, fortalecendo, conseqüentemente, a colaboração interprofissional e o trabalho em equipe (Kanno *et al.*, 2023).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de *Scoping Review* (ScR), que consiste em tipo de revisão sistematizada e interativa, cada vez mais empregada para a síntese de evidências científicas e identificação do estado de conhecimento atual sobre a temática de interesse. Esse tipo de estudo objetiva mapear o conhecimento e os conceitos existentes sobre determinado tópico, campo ou conceito na literatura, mapeando extensão, alcance e natureza. Com isso, também oportuniza identificar possíveis lacunas no conhecimento científico disponível sobre o assunto investigado (Arksey & O'malley, 2005; Barbosa Filho; Tricco, 2018; Mak; Thomas, 2022a).

As ScR, por serem mais abrangentes, envolvem a utilização de critérios de elegibilidade menos restritivos, podendo incluir tipos de estudos diversos e literatura cinzenta não submetida à revisão por pares, bem como documentos de políticas e mídia *on-line*. Ademais, no geral, não envolvem a avaliação do nível de evidências e do risco de viés das publicações investigadas (Munn *et al.*, 2018; Tricco *et al.*, 2018; Peters *et al.*, 2021).

Todavia, esse tipo de estudo pode apresentar como desvantagens a necessidade muitos recursos. Com isso, pode requerer maior tempo e maior número de revisores para análise dos artigos e tomada de decisão quando há alto número de publicação identificadas. Além disso, pode apresentar limitações nas implicações para a prática, uma vez que comumente não analisa o nível de evidência dos estudos incluídos na amostra (Pham *et al.*, 2014; Munn *et al.*, 2018; Mak; Thomas, 2022b).

Ademais, pode ter como desafio aos pesquisadores a definição de estratégias de busca abrangentes, especialmente quando a literatura é emergente e menos conhecida, o que pode resultar na exclusão de estudos relevantes. Consonantemente, outro ponto que comprometer as estratégias de pesquisa abrangentes é a mal definição dos tópicos de interesse, o que pode levar a diferentes termos e definições para o mesmo tópico, requerendo do pesquisador definição acurado do que deseja investigar (Mak; Thomas, 2022b).

Ante a esses aspectos, pesquisadores destacam, dentre as principais indicações para o desenvolvimento desse tipo de revisão, a identificação das evidências científicas disponíveis em um campo específico da literatura; esclarecer os principais conceitos e/ou definições presentes na literatura científica a respeito de determinado assunto; analisar como uma pesquisa sobre determinado tópico é conduzida; identificar as principais características e/ou fatores sobre

um conceito; e desenvolvimento de revisão de escopo como precursora de revisão sistemática (MUNN *et al.*, 2018).

4.2 Operacionalização da *scoping review*

Para que as ScR sejam operacionalizadas com rigor científico, devem seguir recomendações metodológicas e protocolo específico (PETERS *et al.*, 2021; PETERS *et al.*, 2022). À vista disso, a presente ScR foi realizada conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e de pesquisadores com expertise nesse tipo de estudo (Peters *et al.*, 2020; PETERS *et al.*, 2021; PETERS *et al.*, 2022).

Conforme as recomendações do JBI, o protocolo da revisão foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) (<https://osf.io/5vkwx/>) (APÊNDICE A), assim como foi submetido no formato de artigo a periódico científico (APÊNDICE B). Destaca-se que as mudanças realizadas no protocolo inicial da revisão foram registradas na plataforma OSF.

O estudo foi operacionalizado conforme as seguintes etapas: 1. Definição da questão de pesquisa; 2. Identificação dos estudos relevantes mediante buscas nas bases de dados; 3. Seleção e mapeamento dos estudos a serem incluídos na revisão; 4. Extração de dados dos estudos; 5. Agrupamento, interpretação e síntese dos resultados (Arksey; O'malley, 2005; Peters *et al.*, 2020; Mak; Thomas, 2022a).

Conforme recomendam Mak e Thomas (2022a), foi inicialmente estabelecida a equipe de pesquisa da revisão, que foi composta pelo pesquisador principal e duas acadêmicas de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que passaram, previamente, por capacitação sobre o desenvolvimento de revisão de escopo, sob orientação de docente e pesquisadora doutora em Enfermagem, com experiência em estudos de revisão. Realizaram-se reuniões entre os pesquisadores para alinhar a condução do estudo.

Ademais, empregou-se o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist* (ANEXO A), lista de verificação que disponibiliza orientações sobre os relatórios de revisões de escopo, desenvolvida conforme as orientações publicadas pela *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR). O *PRISMA-ScR checklist* é composto por 20 itens essenciais e dois itens opcionais, que possibilitam aferir e garantir a qualidade metodológica das ScR (Tricco *et al.*, 2018).

4.2.1 Etapa 1: Definição da questão de pesquisa

Para construção da pergunta norteadora da revisão, adotou-se a estratégia População-Conceito-Contexto (PCC), em que a população consiste nas características a respeito dos sujeitos/objetos da pesquisa; o conceito se refere à questão principal de interesse do estudo que clarifica a questão norteadora e acompanha o elemento teórico estabelecido; já o contexto se refere às informações geográficas, culturais e/ou ambientes específicas de interesse do pesquisador, como, por exemplo, a APS, serviços de média e alta complexidade, escolas, espaços comunitários *etc* (Peters *et al.*, 2020; Mattos; Cestari; Moreira, 2023).

Diante disso, considerou-se como População (P) os profissionais de saúde. Conforme o portal dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), seguiu-se a definição de profissionais da saúde estabelecida para o descritor Pessoal de Saúde, isto é, “indivíduos que trabalham na provisão de serviços de saúde, quer como médicos individuais ou empregados de instituições e programas de saúde, profissionais de saúde treinados ou não, sujeitos ou não a regulamento público”.

O Conceito (C) foi Comunicação Interprofissional, para o qual se considerou a definição sobre comunicação do IPEC (2023), isto é, comunicar-se de forma ágil, responsável, respeitosa e compassiva com os membros da equipe, isto é, a comunicação estabelecida entre os diferentes profissionais e equipes de saúde no âmbito da APS.

Já para o Contexto (C) foi a Atenção Primária à Saúde, em que se considerou a definição da Declaração de Alma-Ata, conforme descreve o portal do DeCS, assim como a definição destacada na PNAB de 2017, apresentadas a seguir:

É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. Declaração de Alma-Ata - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Brasil, 2017.

Assim, a revisão foi norteada pela seguinte questão de pesquisa: como ocorre a comunicação entre profissionais de saúde no âmbito da APS?

4.2.2 Etapa 2: Identificação dos estudos relevantes nas bases de dados

O processo de busca, seleção e análise dos estudos ocorreu de novembro de 2023 a março de 2024. Recorreram-se às bases de dados Scopus, *Web of Science* (WOS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (PubMed/MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), *Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências de la Salud* (IBECS), via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Google Acadêmico.

O acesso às bases e portais de dados aconteceu por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), da plataforma CAPES Periódicos, mediante *Internet Protocol* (IP) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Para composição das estratégias de busca, utilizaram-se termos controlados do DeCS e *Medical Heading Subjects* (MeSH), selecionados conforme a Estratégia PCC (Quadro 3). Ademais, adotaram-se termos e palavras identificados por meio da leitura prévia de estudos sobre a temática, a fim de compor estratégia de busca abrangente. Isso se configura como estratégia importante para ampliar e/ou reduzir os resultados das buscas de estudos (Mattos; Feitosa; Magalhães, 2023). Os termos foram cruzados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Quadro 3 – Acrônimos da estratégia PCC e respectivos descritores e palavras-chave.

Estratégia PCC	Termos de busca DeCS/MeSH
População (P): Profissionais de saúde	<i>Health Personnel; Personnel, Health; Health Care Providers; Health Care Provider; Provider, Health Care; Healthcare Providers; Healthcare Provider; Provider, Healthcare; Healthcare Workers; Healthcare Worker; Health Care Professionals; Health Care Professional; Professional, Health Care; Health Professional; Healthcare Professional.</i>
Conceito (C): Comunicação Interprofissional	<i>Interprofessional Communication; Communication Barriers; Barrier, Communication; Barriers, Miscommunication; Miscommunications; Communication; Communication Barrier; Communication; Personal Communication.</i>
Conceito (C): Atenção Primária à Saúde	<i>Primary Health Care; Care, Primary Health; Health Care, Primary; Primary Healthcare; Healthcare, Primary; Primary Care; Care, Primary.</i>

Fonte: Autor (2023).

Assim, mediante os termos apresentados no Quadro 3, aplicaram-se as estratégias de buscas descritas no Quadro 4, conforme cada base/portal de dados.

Quadro 4 – Bases/portais de dados e respectivas estratégias de busca.

Bases de dados	Estratégias de buscas
Scopus	<i>("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Health Professional" OR "Healthcare Professional") AND ("Interprofessional Communication" OR "Communication Barriers" OR "Communication Barrier" OR Communication OR "Personal Communication" OR "Interpersonal Communication") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care")</i>
PubMed/Medline e Web of Science	<i>("Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care" OR "Health Professional" OR "Healthcare Professional") AND ("Interprofessional Communication" OR "Communication Barriers" OR "Barrier, Communication" OR "Barriers, Communication" OR "Communication Barrier" OR Communication OR "Personal Communication" OR "interpersonal communication") AND ("Primary Health Care" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary")</i>
LILACS, BDENF, IBECs via BVS ScieLO	<i>("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Health Professional" OR "Healthcare Professional") AND ("Interprofessional Communication" OR "Communication Barriers" OR "Communication Barrier" OR Communication OR "Personal Communication" OR "interpersonal communication") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care")</i>
BDTD	<i>("Pessoal de Saúde" OR "Profissionais de Saúde") AND (Comunicação OR "Comunicação Interprofissional") AND ("Atenção Primária à Saúde")</i>
Catálogo CAPES	<i>"Profissionais de Saúde" AND Comunicação AND "Atenção Primária à Saúde"</i>
Google Acadêmico	1 - <i>("Profissionais de Saúde") AND (Comunicação OR "Comunicação Interprofissional") AND "Atenção Primária à Saúde"</i> 2 - <i>("Health Professional") AND (Communication OR "Interprofessional Communication") AND "Primary Health Care"</i>

Fonte: Autor (2023).

Nessa etapa, definiram-se como critérios de inclusão: estudos que abordassem a CIP na APS, publicados sem restrição de tempo e tipo de estudo, disponíveis completamente na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão, destacaram-

se: estudos que não respondessem à questão de pesquisa, estudos duplicados, protocolos de estudo, anais de eventos.

4.2.3 Seleção e mapeamento dos estudos

A *scoping review* foi operacionalizada com o auxílio do *software Rayyan*, ferramenta computacional gratuita empregada na condução de estudos de revisão, especialmente de revisões sistemáticas, que possibilita acurada identificação de duplicatas, assim como permite a seleção dos estudos por dois pesquisadores ou mais de forma cega e independente, reduzindo o risco de viés na seleção dos artigos (Escaldelai; Escaldelai; Bergamaschi, 2023).

Os estudos identificados nas bases de dados foram, inicialmente, exportados para o *Rayyan*, com o qual foram identificados os duplicados. Posteriormente, realizaram-se análise e exclusão deste de forma manual pelos pesquisadores. Em seguida, realizou-se a triagem inicial dos estudos mediante leitura de títulos e resumos, em que foram selecionados os estudos que atendiam aos critérios de elegibilidade. Após essa etapa, os estudos elegíveis identificados foram completamente lidos, dos quais foram selecionados os que atendiam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final.

Destaca-se que o processo de busca e seleção dos estudos foi conduzido por dois pesquisadores independentes, nos casos de divergências entre os dois pesquisadores, um terceiro revisor tomou a decisão final de inclusão ou não do estudo.

4.2.4 Extração dos dados

Posteriormente à seleção das publicações, os estudos selecionados para a amostra final passaram por nova leitura e análise completa. Dois revisores fizeram a extração de dados de modo cego e independente, por meio de instrumento semiestruturado (APÊNDICE C), que contém as seguintes variáveis: título, autor(es), periódico, idioma, país de origem, ano de publicação, objetivo, tipo de estudo e amostra e principais resultados. Salienta-se que, após extração dos dados, houve comparação dos resultados obtidos pelos dois pesquisadores e, nos casos de divergência, um terceiro revisor tomou o consenso final.

Ademais, para análise dos estudos, utilizou-se do mnemônico Contexto-Mecanismo-Resultado (CMR) (*Context-Mechanism-Outcome* – CMO), do método da avaliação realista e revisão realista, para analisar de que maneira a comunicação

interprofissional, como competência colaborativa, é desenvolvida no âmbito da APS, assim como quais os contextos em que ela ocorre, quais os mecanismos que facilitam ou dificultam sua realização e quais os desfechos atrelados ao processo comunicacional frágil ou efetivo nesse nível de atenção à saúde. Mediante a estes aspectos, buscou-se obter visão abrangente e realista de como a CIP ocorre na APS, para, assim, estimular melhorias no processo dialógico e de trabalho em saúde.

A **avaliação realista** constitui em avaliação fundamentada pela teoria, partindo de epistemologia realista crítica que se guia por modelos teórico-conceituais para formular conhecimentos sobre o processo evolutivo das intervenções no âmbito social (Silva; Silva; Oliveira, 2020). Esta busca ainda supera a abordagem tradicional na avaliação de programas e políticas públicas, pautando-se na análise de aspectos qualitativos e quantitativos para oportunizar o desenvolvimento e a implementação de políticas e programas efetivos em determinados contextos (Quintans *et al.*, 2020).

Outrossim, estrutura-se conforme os fundamentos filosóficos do realismo, abordagem das Ciências Sociais que busca compreender a complexidade das intervenções. Pressupõe a existência da realidade externa, isto é, o mundo real, que é percebido e interpretado por meio dos sentidos, da linguagem e da cultura (Yonekura *et al.*, 2019).

Com isso, compreende o ser humano como sujeito inserido em uma realidade social ampla, em que o processamento humano diante desta realidade gera constantes ações e movimentos de mudanças autogeradas pelos sujeitos em todas as instâncias sociais. Estes sujeitos singulares respondem de diferentes formas às mesmas experiências, oportunidade e recursos, aspecto que precisa ser considerado na avaliação dos programas sociais (Silva, 2019; Yonekura *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a avaliação realista adota modelos teórico-conceituais pautados na articulação entre CMR, que é utilizada para analisar e sintetizar dados, de modo a gerar explicações causais relativas às informações investigadas. Desenha e reflete sobre a relação entre contexto, mecanismo e resultado de interesse em um programa específico, constituindo base para gerar e/ou refinar uma teoria que se torna o produto da pesquisa (Jagosh *et al.*, 2012). Neste sentido, fundamenta-se na causalidade generativa, isto é, para inferir uma relação existente entre um resultado (O), é preciso compreender o mecanismo subjacente (M) que o gera, bem como o contexto (C) em que o mecanismo ocorre (Davies *et al.*, 2023).

Nessa lógica, pesquisadores corroboram, ao afirmar que, considerando a perspectiva da avaliação e revisão realista, uma configuração CMR (C-CMR) pode ser tida como uma hipótese de que um resultado (R) de um programa surge em decorrência da ação de

mecanismos (M) subjacentes, que são ativados em contextos (C) específicos (Yonekura *et al.*, 2019; Teeling; Dewing, J; Baldie, 2022).

Por meio disso, possibilita explicitar as teorias contidas em um programa, desenvolvendo hipóteses claras sobre como e para quem os programas podem funcionar e em quais contextos. Ademais, a configuração CMR possibilita apresentar visão ampla do objeto investigado, de modo a identificar os aspectos que facilitam ou não a implementação de intervenções, políticas e programas públicos (Yonekura *et al.*, 2019; Quintans *et al.*, 2020; Teeling; Dewing, J; Baldie, 2022).

Em suma, o Quadro 5, adaptado de Silva, Silva e Oliveira (2020), traz a descrição dos elementos das configurações de CMR da avaliação realista.

Quadro 5 – Categorias analíticas da Revisão Realista e as respectivas definições.

Categorias	Definições
Contexto (C)	Condições da realidade em que os programas são introduzidos para a operação dos mecanismos;
Mecanismos (M)	Formas em que os componentes ou qualquer conjunto deles trazem mudanças a partir do programa. A lógica de uma intervenção do programa, as maneiras pelas quais os recursos oferecidos permeiam a mudança;
Resultados (R)	Consequências pretendidas e não intencionais de programas, resultantes da ativação de diferentes mecanismos em diferentes contextos;
Configurações de Contexto-Mecanismo-Resultado (C-CMR)	Modelos que indicam a relação dos diferentes contextos associados aos mecanismos do programa que trazem alterações em regularidades comportamentais ou de eventos, a partir do programa.

Fonte: Adaptada de Silva, Silva e Oliveira (2020).

Desse modo, no presente estudo, buscou-se identificar os Contextos (C) atrelados ao desenvolvimento da CIP, em meio aos quais os Mecanismos (M) eram operacionalizados, sejam eles dificultadores ou facilitadores. Para isso, extraíram-se os principais resultados dos estudos, descrevendo o contexto por eles apresentados em relação à operacionalização da CIP na APS.

A partir disso, buscou-se elucidar os mecanismos (dificultadores e facilitadores) da comunicação, assim como os resultados positivos e negativos decorrentes da CIP efetiva e/ou frágil nos contextos identificados, conforme descreve o Quadro 6.

Quadro 6 – Categorias analíticas da avaliação realista e respectiva operacionalização neste estudo.

Categorias	Definições
Contexto	Condições sociais, ambientais, econômicas e organizacionais das equipes da APS no desempenho da Comunicação Interprofissional.
Mecanismos	Aspectos que facilitam ou dificultam o desenvolvimento da CIP entre os profissionais e entre as equipes da APS.
Resultados	Consequências/efeitos/desfechos/ decorrentes da CIP efetiva ou frágil entre profissionais e equipes de APS.
Configurações de Contexto-Mecanismo-Resultado (C-CMR)	Cadeias da inter-relação dos contextos apresentados, dos mecanismos escolhidos pelos agentes implementadores e dos resultados encontrados pelo desenvolvimento da CIP na APS.

Fonte: Adaptado de Silva, Silva, Oliveira (2020).

4.2.5 Agrupamento, interpretação e síntese dos resultados

Os estudos foram analisados e interpretados à luz dos pressupostos da avaliação realista, dos quais foram extraídos os Contextos (C), Mecanismos (M) e Resultados (R) atrelados ao desenvolvimento da CIP na APS. Os resultados identificados foram organizados em planilhas no Programa *Microsoft Excel*. Posteriormente, sintetizaram-se, em quadros descritivos, no Programa *Microsoft Word*, com a finalidade de facilitar a visualização e compreensão. Ademais, os dados foram discutidos de forma narrativa junto à literatura científica pertinente.

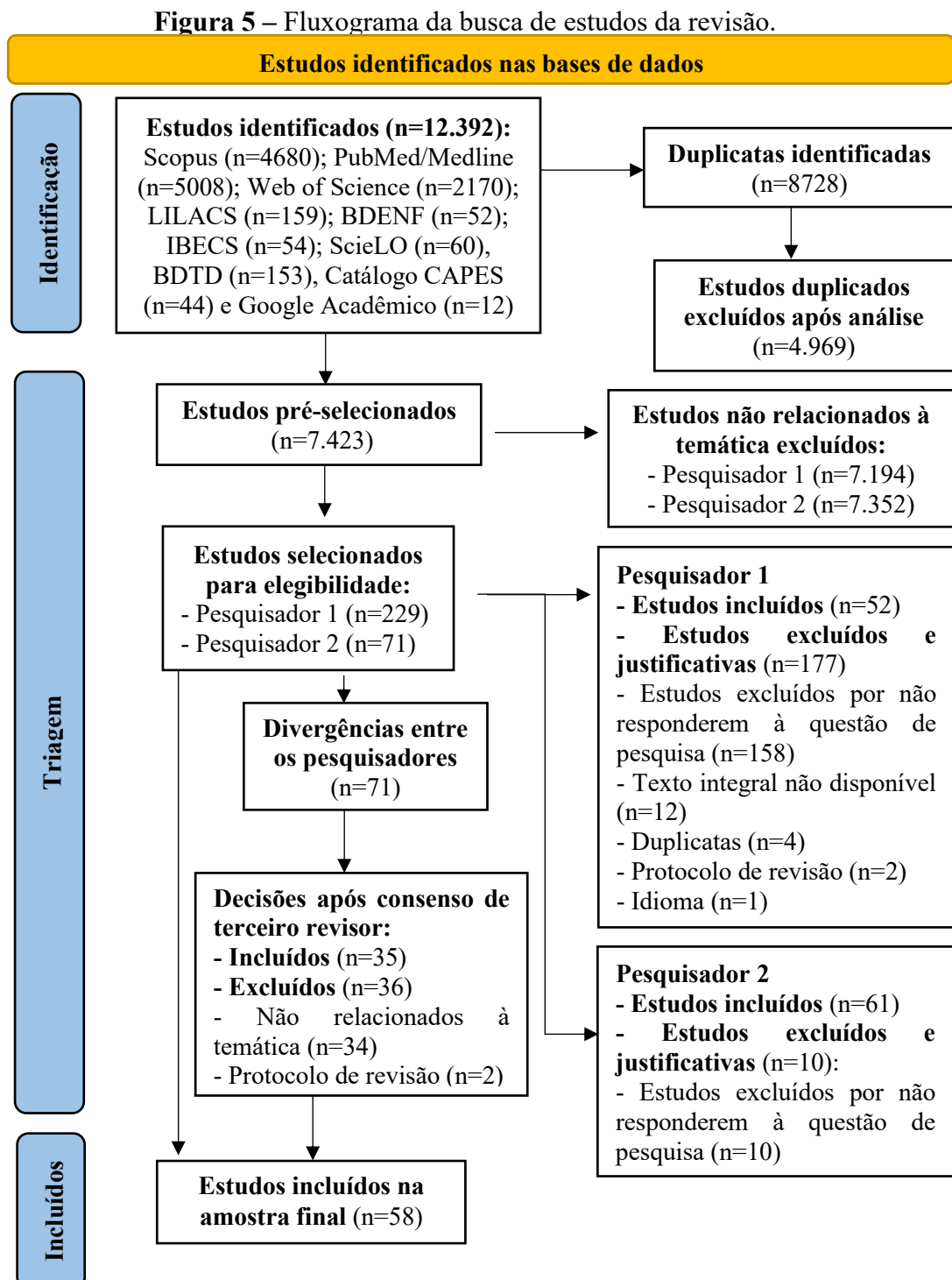
Enfatiza que, na apresentação dos resultados, optou-se por destacar os Contextos (C), Mecanismos (M) e Resultados (R), em quadros separados, não sendo destacadas as C-CMR, o que poderá ser desenvolvido em análises futuras.

4.3 Aspectos Éticos

Por se tratar de revisão de escopo e não envolver diretamente seres humanos, o presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Todavia, seguiram-se os preceitos éticos da Lei n.º 9.610/98, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Com isso, respeitaram-se as ideias, os conceitos e as definições dos autores dos estudos que compuseram a amostra da revisão.

5 RESULTADOS

A busca de estudo recuperou o total de 12.392 publicações, das quais foram identificados 8.728 estudos duplicados. Destes, 4.969 duplicatas foram excluídas manualmente com o auxílio do *Rayyan*. Assim, 7.423 estudos foram analisados, dos quais, 58 foram incluídos na amostra final. O fluxograma da Figura 1 descreve como ocorreu o processo de busca e seleção dos estudos pelos pesquisadores.



O Quadro 7 apresenta a descrição dos 58 estudos incluídos na amostra final da revisão quanto ao ano, idioma e periódico de publicação, país de origem, periódico, autor(es), título, objetivo, tipo de estudo e amostra. Em maioria, os estudos tinham foco principal a colaboração interprofissional, investigando a CIP como competência colaborativa no processo de trabalho na APS.

Quadro 7 – Descrição dos estudos incluídos na amostra final da revisão.

n	Ano/ País	Periódico/ Idioma	Autor(es)	Títulos	Objetivos	Tipo de estudo/ Amostra
1	1996/ Inglaterra/	Journal of Advanced Nursing/ Inglês	Long, S.	Primary health care team workshop: team members' perspectives	Explorar as percepções dos membros sobre o trabalho em equipe em duas equipes de Atenção Primária à Saúde.	Qualitativo/ quatro profissionais de saúde
2	2000/ Espanha	Atención Primaria/ Espanhol	Viñas Maestre, M.; Castel Simón, S.	Opinions and expectations of primary care professionals concerning teamwork	Conhecer a opinião e as expectativas dos profissionais que atuam em unidades básicas de saúde sobre o trabalho em equipe.	Qualitativo/ 38 profissionais de cuidados primários
3	2005/ Inglaterra	Journal of Interprofessional Care/ Inglês	Shaw, A.; De Lusignan, S.; Rowlands, G.	Do primary care professionals work as a team: A qualitative study	Verificar se os profissionais da APS achavam que o progresso com o serviço médico pessoal era sustentado por um trabalho em equipe eficaz.	Qualitativo/ 48 profissionais de saúde
4	2007/ Canadá	Canadian Pharmacists Journal/ Inglês	Canadian Pharmacists Association	Interdisciplinary collaboration in primary health care	Refletir sobre a colaboração interprofissional na APS.	Estudo de reflexão
5	2008/ Espanha	Atención Primaria/ Espanhol	Ballvé Moreno, J. L. <i>et al</i>	State of internal communication in primary care	Estudar a comunicação interna entre profissionais de saúde da APS.	Descritivo transversal, / 1388 profissionais da APS
6	2008/ Canadá	Journal of Continuing Education in the Health Professions/	Sargeant, J.; Loney, E.; Murphy, G.	Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team	Explorar as percepções de equipes eficazes de cuidados de saúde primários para determinar as necessidades de	Qualitativo/ 61 profissionais de saúde

		Inglês			aprendizagem para o trabalho de equipe eficaz.	
7	2008/ Inglaterra	British Journal of General Practice/ Inglês	Bryar, R.	Collaboration in primary care: The need to see the bigger picture	Discorrer sobre a colaboração interprofissional nos cuidados primários.	Editorial
8	2008/ Reino Unido	British Journal of General Practice/ Inglês	Mahmood- Yousuf, R. <i>et al</i>	Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: Impact of the Gold Standards Framework	Investigar até que ponto o quadro influencia as relações e a comunicação interprofissionais e comparar as experiências dos médicos clínicos gerais e dos enfermeiros.	Estudo de caso/ 30 profissionais de saúde
9	2008/ Inglaterra	International Journal of Nursing Studies/ Inglês	Xyrichis, A, Lowton, K.	What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review	Explorar os fatores que inibem ou facilitam o trabalho em equipe interprofissional, em ambientes de cuidados primários e comunitários, a fim de informar o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar na virada do século.	Revisão de literature/ 10 estudos
10	2009/ Canadá	Canadian Family Physician/ Inglês	Brown, J. B. <i>et al</i>	Mechanisms for communicating within primary health care teams	Explorar os tipos de comunicação utilizados nas equipas de APS, com especial ênfase nos mecanismos que as equipas utilizam para promover a partilha ideal de informação clínica e administrativa.	Descritivo qualitativo/ 121 profissionais de saúde
11	2010/ Australia	Journal of Interprofessional Care/ Inglês	Mills, J. E. <i>et al</i>	Registered nurses as members of interprofessional primary health care teams in remote or isolated areas of Queensland: Collaboration,	Explorar a posição do enfermeiro como parte de uma equipe interprofissional em áreas remotas e isoladas de Queensland, Austrália.	Estudo de casos múltiplos/ 35 enfermeiros

				communication and partnerships in practice		
12	2010/ Espanha	The Health Care Manager/ Inglês	Cerdá, J. C. M. <i>et al</i>	Quality of Internal Communication in Health Care and the Professional-Patient Relationship	Descrever a comunicação interna e a relação profissional-paciente e estabelecer um modelo descritivo da interação entre essas duas variáveis.	Quantitativo/ 1.183 profissionais de saúde
13	2012/ Suécia	Journal of Evaluation in Clinical Practice/ Inglês	Morténius, H. <i>et al</i>	Implementation of innovative attitudes and behaviour in primary health care by means of strategic communication: a 7-year follow-up.	Analisar a prontidão dos profissionais da APS para adotar novas formas de pensar e a disposição para mudar as práticas de trabalho, por meio da comunicação estratégica.	Coorte prospectivo/ 864 profissionais de saúde
14	2012/ Suécia	Primary Health Care Research & Development/ Inglês	Morténius, H. <i>et al</i>	Utilisation of strategic communication to create willingness to change work practices among primary care staff: a long-term follow-up study.	Avaliar a utilização a longo prazo da comunicação estratégica como fator importante na mudança das práticas de trabalho entre os profissionais da APS.	Longitudinal/ 864 profissionais de saúde
15	2012/ Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/ Português	Shimizu, H. E.; Carvalho Junior, D. A.	O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.	Analisar a percepção dos trabalhadores da equipe básica da ESF acerca do processo de trabalho e as repercussões no processo saúde-doença, a fim de oferecer subsídios para se repensar a gestão.	Descritivo transversal/ 243 trabalhadores da ESF-DF
16	2013/ Lituânia	BMC Family Practice/ Inglês	Jaruseviciene, L. <i>et al</i>	Teamwork in primary care: Perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania	Obter melhor compreensão do fenômeno do trabalho em equipa na Lituânia, explorando as experiências de trabalho em equipa por médicos de clínica geral e enfermeiros comunitários envolvidos nos cuidados de saúde primários.	Qualitativo/ 56 profissionais de saúde

17	2013/ Países Baixos	Canadian Pharmacists Journal/ Inglês	Kelly, D. V. <i>et al</i>	Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project	Captar as opiniões de médicos de família e farmacêuticos comunitários em Newfoundland e Labrador (NL) sobre a prática colaborativa.	Multimétodos/ 407 farmacêuticos e 33 médicos
18	2013/ Canadá	Research in Social and Administrative Pharmacy/ Inglês	Farrell, B. <i>et al</i>	Working in interprofessional primary health care teams: What do pharmacists do?	Descreve a evolução das rotinas dos farmacêuticos que trabalham em novas equipes interprofissionais, as percepções sobre os papéis e as percepções de outros prestadores em relação ao papel do farmacêutico.	Pesquisa etnográfica/ Sete farmacêuticos
19	2013/ Espanha	Journal of Interprofessional Care/ Inglês	Paz-Lourido, B.; Kuisma, R. M.	General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: a discourse analysis.	Explorar os fatores educativos subjacentes à fraca colaboração entre médicos de clínica geral e fisioterapeutas nos cuidados de saúde primários, na perspectiva dos Médicos de Família.	Qualitativo/ nove médicos clínicos gerais
20	2015/ Nova Zelândia	International Journal of Nursing Studies/ Inglês	Morgan S.; Pullon, S.; McKinlay, E.	Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review	Examinar a natureza da colaboração interprofissional e as principais influências que geram modelos bem-sucedidos de prática interprofissional em equipes de APS.	Revisão integrativa/ 11 estudos
21	2015/ França	Research in Social and Administrative Pharmacy/ Inglês	Bardet, J. D. <i>et al</i>	Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models	Identificar modelos teóricos que foram desenvolvidos para compreender a colaboração médico e farmacêutico comunitário e identificar os determinantes associados.	Revisão de literatura/ 16 estudos
22	2015/ Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP/	Silva, J. A. M. <i>et al</i>	Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde	Compreender as percepções de docentes, trabalhadores e estudantes sobre a articulação	Qualitativo/ 24 docentes, 15 trabalhadores e cinco estudantes

		Português e Inglês			da educação interprofissional com as práticas na APS.	
23	2016/ Canadá	BCM Family Practice/ Inglês	Mulvale, G.; Embrett, M.; e Razavi, S. D.	'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework.	Revisar a literatura para identificar fatores que demonstraram ter associação estatisticamente significativa com a colaboração em equipes interprofissionais de cuidados primários.	Revisão sistemática/ nove estudos
24	2016/ Estados Unidos	Family Practice/ Inglês	Mundt, M.; Swedlund, M. P.	A human factors systems approach to understanding team-based primary care: a qualitative analysis.	Compreender qualitativamente se o modelo da Iniciativa de Engenharia de Sistemas para Segurança do Paciente (SEIPS) poderia servir como estrutura para criar e avaliar cuidados primários baseados em equipes.	Qualitativo/ 19 médicos profissionais de saúde de 6 clínicas de atenção primária
25	2017/ Canadá	International Journal of Circumpolar Health/ Inglês	Young, S. K.; e Young, T. K.	Assessing clinical support and inter-professional interactions among front-line primary care providers in remote communities in northern Canada: a pilot study.	Conceber e implementar inquérito aos prestadores de cuidados primários para identificar questões relacionadas com a comunicação interprofissional, apoio clínico e evacuação de pacientes.	Quantitativo/ 20 médicos e 44 enfermeiros
26	2017/ Indonésia	Journal of Interprofessional Education & Practice/ Inglês	Setiadi, A. P. <i>et al</i>	Factors contributing to interprofessional collaboration in Indonesian health centres: A focus group study	Explorar os fatores que contribuem para colaboração interprofissional nos centros de saúde da Indonésia.	Qualitativo/ 69 profissionais de saúde
27	2017/ Alemanha	BCM Health Service Research/ Inglês	Löffler, C. <i>et al</i>	Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community	Investigar as opiniões de farmacêuticos e clínicos gerais sobre as barreiras à colaboração interprofissional no sistema de saúde alemão.	Qualitativo/ 12 farmacêuticos e médicos clínicos gerais

				pharmacists - a qualitative study		
28	2017/ Brasil	Saúde em Debate/ Português e Inglês	Tambasco, L. P. <i>et al</i>	A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde	Conhecer o nível de satisfação e a importância do trabalho para a equipe multiprofissional de APS.	Qualitativo, exploratório e transversal/ 40 profissionais de saúde
29	2017/ Canadá	Journal of Interprofessional Education & Practice/ Inglês	Farmanova, E. <i>et al</i>	A demonstration study of collaboration in primary care: Insights from physicians and psychologists	Examinar o desenvolvimento da colaboração entre médicos de cuidados primários e psicólogos integrados em duas práticas de cuidados primários de base comunitária.	Qualitativo/ dois psicólogos e 14 médicos
30	2017/ Brasil	Português	Agreli, H. L. F.	Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde	Analisar a prática colaborativa interprofissional e clima do trabalho em equipe em equipes de APS.	Tese, com método misto sequencial explanatório (quantitativo-qualitativo)/ 144 profissionais de saúde
31	2018/ Brasil	Interface (Botucatu)/ Português e Inglês	Previato, G. F.; Baldissera, V. D. A.	A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde	Analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa em Saúde, no processo de trabalho das equipes da APS.	Qualitativo e descritivo/ 84 profissionais de equipes da APS
32	2018/ Brasil	Physis: Revista de Saúde Coletiva/ Português	Bispo Júnior, J. P.; Moreira, D. C.	Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas	Analisar o cuidado colaborativo exercido entre trabalhadores dos NASF e das eSF.	Qualitativo/ 43 profissionais do NASF e 40 das eSF.
33	2018/ Brasil	Revista Gaúcha de Enfermagem/ Português e inglês	Previato, G. F.; Baldissera, V. D. A.	Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da Atenção Primária à Saúde	Analisar a PIC em Saúde, na perspectiva de profissionais das equipes em atuação na APS.	Exploratório-descritivo/ 88 profissionais de equipes da APS.
34	2018/ Brasil	Português	Antunes, J. F. G	A comunicação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família	Analisar o processo de comunicação do enfermeiro com a equipe multidisciplinar da ESF.	Dissertação, com caráter descritivo e abordagem qualitativa/ Oito enfermeiros

35	2018/ Estados Unidos	Journal of Clinical Psychology in Medical Settings/ Inglês	Pidano, A. E. <i>et al.</i>	Psychologists and Pediatricians in the Primary Care Sandbox: Communication is Key to Cooperative Play	Analisar os aspectos da comunicação eficaz na prática integrada de cuidados primários pediátricos.	Revisão de literatura
36	2019/ Arábia Saudita	Studies in Health Technology and Informatics/ Inglês	Alanazia, B.; Butler-Henderson, K.; Alanazi, M. R.	The role of electronic health records in improving communication between health professionals in Primary Healthcare Centres in Riyadh: perception of health professionals	Examinar como a ocupação e a formação dos profissionais de saúde em Riad, Arábia Saudita, influenciam a percepção dos profissionais sobre o papel dos registros eletrônicos de saúde, na melhoria da comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde primários.	Descritivo e transversal/ 1127 profissionais de saúde
37	2019/ Austrália	Medicina (Kaunas)/ Inglês	Nguyen, J. <i>et al</i>	Conventional and complementary medicine health care practitioners' perspectives on interprofessional communication: a qualitative rapid review	Resumir as experiências e percepções dos profissionais de saúde convencionais e complementares e identificar os fatores que influenciam a comunicação interprofissional.	Revisão rápida/ 18 estudos
38	2020/ Austrália	Plos One/ Inglês	Sin, T. F. <i>et al</i>	Effective communication and collaboration with health professionals: A qualitative study of primary care pharmacists in Western Australia.	Explorar processos contemporâneos empregados para comunicação e colaboração eficazes entre farmacêuticos de atenção primária e profissionais de saúde.	Qualitativo/ 26 farmacêuticos
39	2020/ Kuwait	Plos One/ Inglês	Albassam, A. <i>et al</i>	Perspectives of primary care physicians and pharmacists on interprofessional collaboration in Kuwait: A quantitative study	Avaliar as relações colaborativas entre médicos e farmacêuticos que trabalham nos centros de saúde primários.	Transversal/ 447 médicos e farmacêuticos
40	2020/ Brasil	Português	Santos, C. L.	Concepções dos profissionais sobre as competências	Analisar as concepções dos profissionais de equipes de	Dissertação, com abordagem qualitativa,

				colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente	Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal sobre as duas competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, e as ações descritas como colaborativas.	descritivo-exploratório/ 34 profissionais de saúde
41	2020/ Brasil	Texto e Contexto Enfermagem/ Português e Inglês	Vitali, M. M. <i>et al</i>	Job satisfaction and dissatisfaction in primary health care: an integrative review	Identificar os fatores que contribuem para satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde que atuam na APS.	Revisão integrativa/ 63 artigos
42	2021/ Austrália	Journal of Interprofessional Care/ Inglês	Seaton, J. <i>et al</i>	Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review.	Sintetiza pesquisas que exploram as percepções dos profissionais de saúde aliados sobre a colaboração interprofissional na APS.	Revisão integrativa/
43	2021/ Brasil	Revista Ciência Plural/ Português	Diniz, A. L. T. M. <i>et al</i>	Análise de uma prática interprofissional colaborativa na Estratégia Saúde da Família	Analisar a prática interprofissional colaborativa realizada pelos profissionais da ESF e do NASF e AB; descrever o processo de trabalho desenvolvido; e identificar as competências colaborativas no desenvolvimento dessa prática.	Qualitativo, exploratório/ Cinco profissionais (três enfermeiros, um nutricionista e um fisioterapeuta)
44	2021/ Estados Unidos	Health Communication/ Inglês	Apker J.; Brim L.; Isacksen R.	Exploring Workplace Communication Contributors to Primary Care Provider Experiences of Role Engagement.	Explorar como a comunicação do prestador de cuidados primários molda a experiência de envolvimento de forma positiva e negativa.	Qualitativo/ 21 profissionais de saúde
45	2021/ Suíça	International Journal of Integrated Care/ Inglês	Rawlinson, C. <i>et al 2021</i>	An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Barriers and facilitators	Identificar barreiras e facilitadores da colaboração interprofissional em ambientes de APS.	Overview de revisões/ 29 estudos de revisão

46	2021/ Canadá	Health Communication/ Inglês	Fox, S. <i>et al</i>	Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice	Relatar a parte qualitativa de um estudo piloto que investigou a colaboração interprofissional e comunicação observadas em clínicas de Saúde da Família em Quebec, Canadá.	Qualitativo/ amostra não relatada
47	2021/ Brasil	Physis: Revista de Saúde Coletiva/ Português	Amaral, V. S. <i>et al</i>	Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação	Identificar os nós críticos inscritos no processo de trabalho da APS.	Pesquisa-ação com abordagem qualitativa/ 44 profissionais/gestores da APS
48	2021/ África do Sul	African Journal of Primary Health Care & Family Medicine/ Inglês	Kock, L.; Mlezana, N. B.; Frantz, J. M.	Perceptions, attitudes and understanding of health professionals of interprofessional practice at a selected community health centre	Explorar e descrever as percepções, as atitudes e a compreensão dos profissionais de saúde sobre a prática interprofissional num centro de saúde comunitário selecionado.	Qualitativo/ 33 profissionais de saúde
49	2021/ Brasil	Brazilian Journal of Health Review/ Português	Cucolo, D. F. <i>et al</i>	Clima de trabalho em equipe e qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde	Analisar os aspectos do clima de trabalho em equipe que interferem na qualidade do cuidado na APS, na percepção dos profissionais de saúde.	Revisão integrativa/ nove estudos
50	2021/ Brasil	Revista Latino- Americana de Enfermagem/ Português, Inglês e Espanhol	Schimith, M. D. <i>et al</i>	Comunicação em saúde e Colaboração Interprofissional na atenção a crianças com condições crônicas	Compreender como a comunicação em saúde na atenção de crianças com condições crônicas interfere na colaboração interprofissional.	Qualitativo/ 79 profissionais, entre médicos e enfermeiros na ESF
51	2021/ Brasil	Português	Neves, T. C. C. L.	Comunicação e Cuidado na APS-ESF Evidências, reflexões, desafios	Enfocar a comunicação na APS-ESF.	Tese, com delineamento qualitativo/ profissionais de três clínica de família
52	2022/ Bélgica	Journal of Interprofessional Care/ Inglês	Karam, M. <i>et al</i>	Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in	Avaliar a colaboração interprofissional entre médicos de clínica geral e enfermeiros.	Pesquisa-ação/ 11 médicos e 16 enfermeiros

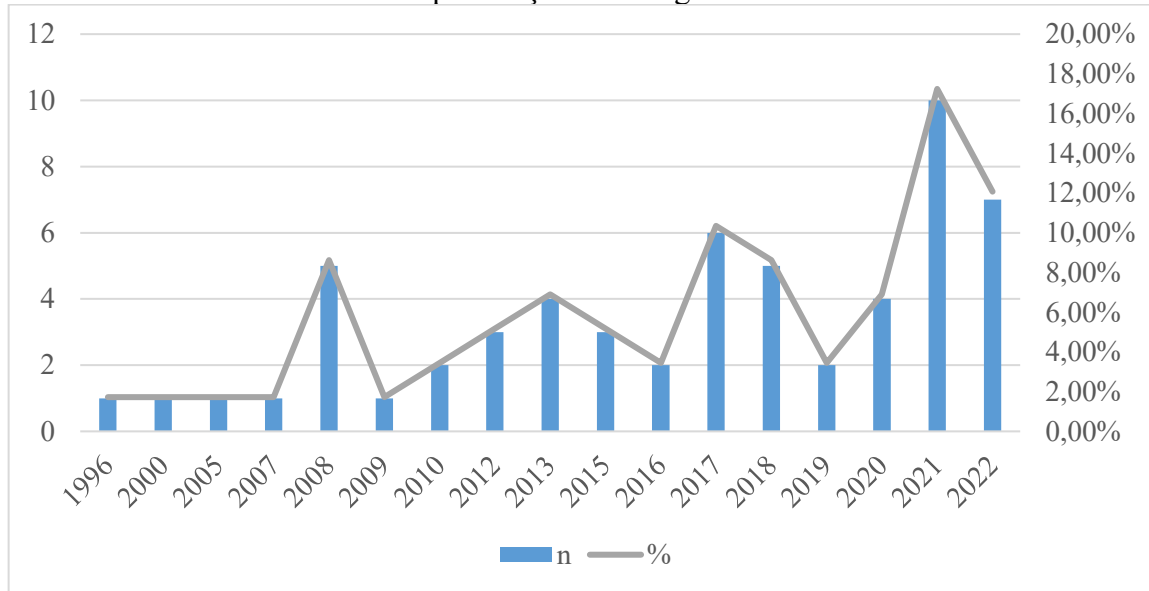
				Belgium: a participatory action research		
53	2022/ Brasil	Escola de Enfermagem Anna Nery/ Português e Inglês	Ribeiro, A. A. <i>et al</i>	Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho	Comparar atitudes relacionadas à colaboração interprofissional autorrelatadas por diferentes equipes da APS com a realidade observada dos processos de trabalho.	Quantitativo-qualitativo, transversal e exploratório/ 91 profissionais de saúde
54	2022/ Brasil	Saúde em Debate/ Português	Barbosa, A. S. <i>et al</i>	Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação	Construir Práticas Colaborativas Interprofissionais (PCI) e avaliá-las sob a perspectiva de docentes e discentes de cursos da área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior (IES) federal e de uma eSF.	Pesquisa-ação/ 15 participantes: profissionais da ESF; docentes e discentes dos cursos de enfermagem, odontologia e nutrição de uma IES.
55	2022/ Brasil	Journal of Interprofessional Care/ Inglês	Brito, G. E. G <i>et al</i>	Dimensions of interprofessional collaboration in the dynamics of the expanded family health and primary care centers: a qualitative study	Identificar as dimensões da colaboração na dinâmica de trabalho do NASF-AB, na capital do Nordeste brasileiro.	Descritivo-exploratório/ nove trabalhadores do NASF-AB e três gestores distritais de saúde
56	2022/ Brasil	Português	Castelo, R. B	Os desafios da comunicação para melhoria das práticas colaborativas interprofissionais da Estratégia Saúde da Família	Analisar a comunicação interprofissional na ESF.	Dissertação, com delineamento multimétodo (qualitativo e quase-experimental)/ 15 profissionais de saúde
57	2022/ Brasil	Português	Silva, B. G. A	Comunicação entre as equipes de Atenção Básica a partir da referência e contrarreferência de criança/adolescente com doença crônica	Compreender a comunicação entre as Equipes multiprofissionais da AB e de SF, a partir do sistema de referência e contrarreferência de crianças/adolescentes com doença crônica.	Dissertação, exploratório-descritiva com abordagem qualitativa/ 13 profissionais

58	2022/ Brasil	Revista Mineira de Enfermagem/ Português e inglês	Ferraz, C. M. L. <i>C. et al</i>	Prática Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: expressões, possibilidades e desafios para produção do cuidado	Compreender a configuração da prática colaborativa no contexto ESF.	Estudo de caso/ 35 profissionais das eSF
----	-----------------	---	-------------------------------------	---	---	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Conforme descrito no Quadro 7 e no Gráfico 1, as publicações selecionadas dataram do período de 1996 a 2022, em que predominou o ano de 2021, com 10 estudos (17,24%), seguido de 2022, com sete estudos (12,07%).

Gráfico 1 – Ano de publicação dos artigos incluídos na revisão.



Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Quanto ao tipo de estudo, prevaleceram os qualitativos (34,5%), seguidos dos estudos de revisão (17,24%), dentre revisões sistemáticas, integrativas, revisão rápida e *overview* de revisões. Em relação às instituições de desenvolvimento das duas teses identificadas, sobressaíram-se a Universidade de São Paulo (USP) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); já cinco dissertações foram desenvolvidas nas instituições USP, FIOCRUZ, Universidade Federal de Sergipe (UFS) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Quanto aos periódicos de publicação dos 51 artigos identificados, foram elucidados 35 periódicos diferentes, sendo que predominou a revista *Journal of Interprofessional Care* (11,76%), conforme descreve a Tabela 1.

Tabela 1 – Periódicos de publicação dos estudos incluídos na revisão.

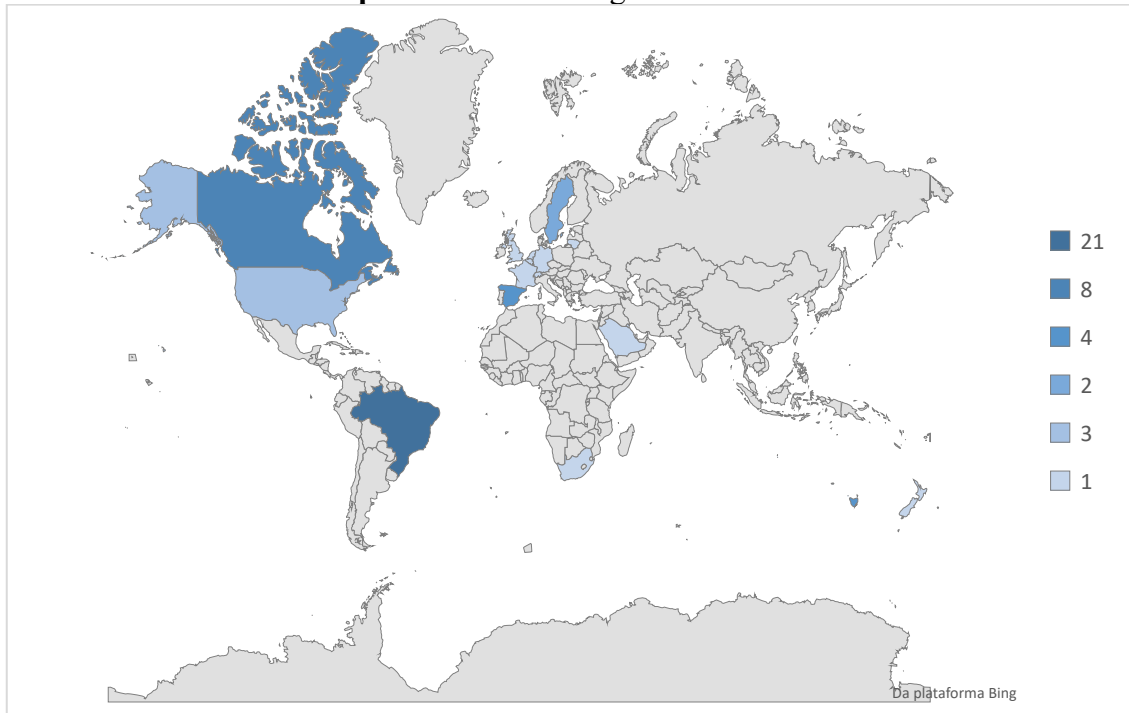
Periódicos	N	%
Journal of Interprofessional Care	6	11,76%
Physis: Revista de Saúde Coletiva	2	3,92%
Journal of Interprofessional Education & Practice	2	3,92%
Atención Primaria	2	3,92%
Saúde em Debate	2	3,92%
British Journal of General Practice	2	3,92%

Health Communication	2	3,92%
Canadian Pharmacists Journal	2	3,92%
International Journal of Nursing Studies	2	3,92%
Plos One	2	3,92%
Research in Social and Administrative Pharmacy	2	3,92%
BMC Family Practice	2	3,92%
International Journal of Integrated Care	1	1,96%
Canadian Family Physician	1	1,96%
Journal of Evaluation in Clinical Practice	1	1,96%
Primary Health Care Research & Development	1	1,96%
Ciência & Saúde Coletiva	1	1,96%
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	1,96%
Family Practice	1	1,96%
International Journal of Circumpolar Health	1	1,96%
BCM Health Service Research	1	1,96%
Interface (Botucatu)	1	1,96%
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	1,96%
Texto e Contexto Enfermagem	1	1,96%
Revista Ciência Plural	1	1,96%
African Journal of Primary Health Care & Family Medicine	1	1,96%
Brazilian Journal of Health Review	1	1,96%
Revista Latino-Americana de Enfermagem	1	1,96%
Escola de Enfermagem Anna Nery	1	1,96%
Medicina (Kaunas)	1	1,96%
Studies in Health Technology and Informatics	1	1,96%
Journal of Clinical Psychology in Medical Settings	1	1,96%
The Health Care Manager	1	1,96%
Journal of Continuing Education in the Health Professions	1	1,96%
Journal of Advanced Nursing	1	1,96%
Total	51	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

Quanto ao país de origem dos estudos, identificaram-se 18 nações diferentes, em que prevaleceu o Brasil com 21 (36,21%) estudos, seguido de Canadá com oito estudos (13,79%), e de Espanha, Austrália e Inglaterra com quatro estudos cada (6,90%), conforme descreve o Mapa 1.

Destaca-se que 36 (62,06%) publicações estavam disponíveis apenas no idioma inglês, 13 (22,41%) apenas em português, duas (3,44%) apenas em espanhol, sete (12,06%) em português e inglês e uma (1,72%) em português, inglês e espanhol.

Mapa 1 – Países de origem dos estudos.

Fonte: Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

A seguir, são apresentados, separadamente, os Contextos (C), Mecanismos (M) e Resultados (R) identificados nos estudos incluídos na revisão. Deste modo, o Quadro 8 traz os principais resultados identificados nos estudos, expressando os Contextos (C) que destacam o funcionamento da CIP na APS.

Quadro 8 – Síntese dos resultados referente ao Contextos (C) atrelados à CIP identificados nos estudos.

N	Principais resultados e Contextos (C) identificados nos estudos
1	Os profissionais de saúde percebem que a comunicação funciona bem em uma base informal e reconheciam que poderia ser melhor. Identificou-se a ocorrência de má comunicação entre disciplinas, mais estritamente com médicos. Ademais, as reuniões foram reconhecidas como mecanismos fracos e não aprofundados de comunicação e discussão. As relações interpessoais também se destacaram como fatores geradores de conflitos.
2	Os profissionais de saúde destacaram que a comunicação entre os membros da equipe, especialmente quando mediada pelas reuniões sistemáticas, promove encontro e diálogo para buscar soluções para os casos. Todavia, reconhecem que não houve treinamento suficiente e não possuem as ferramentas necessárias para conseguir uma boa comunicação. A escassa realização de reuniões, marcada pela sobrecarga de trabalho, foi destacada como fator dificultador da comunicação interprofissional.
3	Os profissionais de saúde se preocupam e têm consciência do impacto de um número maior de funcionários em tempo parcial na comunicação dentro da equipe. A comunicação deficiente dificulta a discussões e resolução das problemáticas, o relacionamento interpessoal e a motivação da equipe. Os profissionais relataram fatores que impediam o trabalho em equipe acontecer de forma efetiva, incluindo a falta de objetivos comuns e partilhados, dificuldade de recrutamento de profissionais, comunicação inadequada, estruturas hierárquicas, falta de compreensão das funções do outro, limitada participação e tomada de decisões. Fortalecendo os sentimentos de frustração,

	estresse e baixo moral entre a equipe. Com isso, necessita-se de iniciativas educacionais e de melhoria da qualidade do cuidado pautada na colaboração e compreensão entre os profissionais de saúde.
4	A comunicação eficaz, tanto a nível organizacional como interpessoal, é a marca da colaboração interdisciplinar produtiva nos cuidados de saúde. Para que a colaboração funcione, os profissionais de saúde devem ser hábeis na escuta ativa e na conversação eficaz, quer estejam a interagir com pacientes/clientes ou com colegas. Os profissionais, e os sistemas em que trabalham, devem ter a capacidade de apoiar a partilha de informações e a tomada de decisões da equipe, ao mesmo tempo que resolvem conflitos de forma adequada. Representantes da saúde da APS desenvolveram princípios e estruturas para abordagem mais colaborativa entre as equipes. Os princípios refletem os valores compartilhados, sendo eles: envolvimento com o paciente, abordagem de saúde populacional, melhores cuidados, maior acesso, confiança e respeito e comunicação efetiva.
5	A disponibilização de informações em tempo oportuno, os canais oficiais de informação e a comunicação interna da equipe são destacados pelos profissionais de saúde como aspectos importantes para a comunicação, porém encontravam-se fragilizados.
6	Os profissionais destacaram a comunicação entre os membros da equipe como fundamental para a eficácia das equipes, que mantém a equipe unida e permite o trabalho colaborativo. Descreveram a comunicação formal e informal como característica de equipes eficazes. Destacaram ainda que a acessibilidade aos outros membros, a capacidade de usar as habilidades de comunicação adequadas, o escutar atentamento ao outro, as habilidades de resolução de conflitos, o <i>feedback</i> construtivo, o respeito, partilhar opiniões de modo respeitoso. Ademais, os encontros formais da equipe foram destacados como fator importante para comunicação e bom funcionamento da equipe.
7	A prestação de cuidados requer comunicação eficaz entre todos os que contribuem para os cuidados do indivíduo ou da comunidade, sendo a comunicação aspecto fundamental para um trabalho em equipe eficaz. A base de uma comunicação eficaz começa com uma boa comunicação dentro de uma profissão. A comunicação eficaz necessita então de se estender aos membros de outras profissões e disciplinas que formam a equipa de trabalho imediata e, subsequentemente, aos membros de outras equipas ou organizações. A comunicação tem de ser aberta e com um processo claro. Para o desenvolvimento em equipe, faz-se necessário que possuam visões comuns e objetivos similares entre os profissionais. Entre os componentes fundamentais considerados, incluem oito fatores, sendo: objetivo, nível, processo, estrutura, poder e influência, proximidade, duração e complexidade. Em uma abordagem específica para cuidados paliativos definem algumas características que prejudicam a comunicação e colaboração entre a equipe, entre elas, destacam: atitudes de julgamento, relações hierárquicas e submissão. Contudo, cada profissional possui uma visão distinta e reações diferentes diante das situações.
8	Os registros de pacientes terminais e reuniões de equipe para discutir as necessidades dos pacientes foram destacados como aspectos importantes para promover a comunicação e a tomada de decisões partilhada. As reuniões da equipe multidisciplinar foram, geralmente, valorizadas e consideradas como um canal formal de comunicação para compartilhar conhecimentos, discutir o tratamento e manter os colegas informados. A comunicação informal também foi destacada como aspecto importante para a discussão das questões de saúde. Porém, as reuniões de equipe foram tidas também como um desafio, visto a opinião de médicos generalistas considerarem dispensáveis e preferiam a comunicação informal entre os profissionais. Observou-se, ainda, a relação hierárquica entre médicos e enfermeiros.
9	A comunicação aberta, as relações interpessoais positivas e ambiente de trabalho encorajador foram destacados como aspectos relevantes ao trabalho em equipe e desenvolvimento de relações de trabalho construtivas. A falta de comunicação foi relatada como causadora de conceitos errados sobre as funções e responsabilidades de cada profissão. As reuniões em equipe foram identificadas como importante facilitador para a comunicação e o trabalho de equipe eficaz, que auxiliam na resolução de conflitos interprofissionais e promovem relações interpessoais positivas.
10	A comunicação entre as equipes multiprofissionais da atenção primária ocorria por meios formais e informais. A comunicação formal incluía reuniões regulares da equipe com agendas e atas de reuniões, memorandos, comunicação assistida por computador e registros de comunicação. Os

	métodos informais de comunicação eram abertos e oportunistas, refletindo a tradicional consulta de corredor. Para questões de atendimento ao paciente, a comunicação face a face foi preferida. Os atributos dos membros da equipe que facilitam a comunicação incluem acessibilidade, disponibilidade e proximidade. Finalmente, questões de financiamento podem constituir impedimento para uma comunicação ótima.
11	Os profissionais reconhecem a importância da colaboração, da comunicação e do estabelecimento de parcerias na prática. A comunicação regular e o compartilhamento de objetivos comuns foram destacados aspectos relevantes à comunicação. Os profissionais destacaram ainda má comunicação com alguns membros, o que resultava em sentimento de desvalorização. Ademais, concluiu-se que em todos os casos a comunicação era efetivada em colegiados e por meio de telecomunicações. Ademais, a elaboração de estratégias para aprimoramento da comunicação, o trabalho colaborativo e a compreensão do papel desempenhado pelos outros profissionais, foram fatores elencados dentre as boas-práticas.
12	A qualidade da comunicação interna da equipe teve baixa qualidade. A equipe de enfermagem teve a melhor opinião sobre a comunicação interna e relacionamento profissional com os pacientes. Houve associação positiva entre a comunicação entre os profissionais e relacionamento entre profissionais e pacientes.
13	A comunicação estratégica contribuiu para mudança de pensamentos e atitudes pelos profissionais. Os canais de comunicação, como o oral e digital, tiveram efeito sinérgico significativo na adoção de novas ideias e vontade de mudar atitudes dos profissionais.
14	A disponibilização contínua de comunicação estratégica contribuiu para melhoria significativa ao longo do tempo em termos de novas ideias e da intenção de alterar as práticas de trabalho. O canal oral de comunicação seguido do canal digital foi o que mais contribuiu para a vontade de mudança da equipe da Atenção Primária.
15	As relações socioprofissionais, como a dificuldade na comunicação entre chefia e subordinados e a comunicação entre os funcionários foram consideradas graves e interferiam no processo comunicativo e colaborativo interprofissional.
16	Todos os participantes do estudo, especialmente os enfermeiros, enfatizaram que um elemento importante do trabalho em equipe entre os membros da equipe de APS era a comunicação, tanto profissional quanto relacional. A comunicação profissional é uma ferramenta para transmitir informações sobre os pacientes e as atividades que têm sido realizadas. Já a comunicação relacional entre os membros da equipa parecia afetar favoravelmente o ambiente de trabalho e aumentar a satisfação no trabalho. Todavia, tanto os médicos como os enfermeiros enfrentavam dificuldades em encontrar estratégias eficazes para comunicar as expectativas, delegar tarefas e/ou discutir certas experiências negativas.
17	Os farmacêuticos preferiam a partilha de informações por meio da comunicação telefônica ou presencial em vez de fax ou correspondência em papel com os médicos. Também expressaram preocupação com a falta de comunicação face a face com os médicos e com o potencial do envolvimento de múltiplos prestadores de cuidados de saúde resultar em assistência fragmentada. Já os médicos preferiam comunicação por telefone ou fax.
18	Os farmacêuticos se comunicavam principalmente por e-mail e por telefone, não tendo momentos formais regulares para comunicação pessoalmente. Consequentemente, ocorre afastamento do profissional dos processos decisórios. Os profissionais relatam que os momentos de diálogo pessoalmente são úteis para discussão dos casos dos pacientes.
19	A comunicação interprofissional foi considerada pelos profissionais como relevante para a prestação de melhores serviços. Todavia, havia comunicação frágil entre médicos e fisioterapeutas relacionada principalmente a fatores como excessiva carga de trabalho, dificuldades de socialização, infraestruturas e ambiente pouco favoráveis, má gestão, falta de recursos humanos, desconhecimento do papel do outro.
20	A oportunidade constante para uma comunicação partilhada eficaz, frequente e informal se destaca como fator mais crítico para alcançar e manter a colaboração interprofissional eficaz e a prática colaborativa interprofissional. São necessários múltiplos canais para comunicação partilhada informal repetida, para a criação partilhada de conhecimento, desenvolvimento de objetivos

	partilhados e a tomada de decisões clínicas partilhadas. A configuração favorável do espaço físico e ter breves momentos em comum são principais facilitadores.
21	A comunicação aberta, ativa e bidirecional destacou-se como um dos aspectos favorecedores da colaboração interprofissional. A qualidade da comunicação, ou seja, abertura e bidirecionalidade, foi identificada como influenciando positivamente da colaboração, diferentemente das estruturas organizacionais que apoiam o relacionamento. A comunicação apoia a negociação da definição, a difusão da contribuição e as atitudes individuais, como o respeito mútuo.
22	A comunicação interprofissional foi destacada como elemento central para o trabalho em equipe integrados, remetendo-se à interação e intersubjetividade argumentativa em favor do entendimento e integração dos trabalhadores entre si e com os usuários. Os profissionais reconheceram que a comunicação como troca de saberes pode ocorrer por meio da discussão de casos e consultas compartilhadas. Apontaram ainda que a comunicação possibilita a complementaridade das ações de saúde.
23	A comunicação aberta constituiu aspecto facilitador da Colaboração Interprofissional. Reforça-se que os problemas nos sistemas de informação ao nível da organização podem ser ultrapassados através de mais reuniões de equipe e da promoção de uma comunicação mais aberta ao nível da equipe.
24	Os profissionais referiram boa comunicação pessoalmente, como modo de ampliar a partilha de informações sobre os pacientes. Todavia, reforçaram que a comunicação ainda não chega a todos adequadamente. Foram citados meios de comunicação como e-mail, prontuário e registro eletrônicos, meio que, na percepção dos profissionais, comprometem a comunicação. Ademais reforçam a importância da comunicação face a face e das reuniões.
25	Os enfermeiros consideraram que tinham tempo necessário para receber apoio clínico e orientação aceitável dos profissionais de apoio. Ademais, referiram-se satisfeitos com sua capacidade de comunicar com outros prestadores. Todavia, referiram que os médicos não compreendiam funções e cuidados prestados.
26	Identificou-se que a comunicação é uma das características essenciais da colaboração, contribuindo para quebrar divisões que limitam a partilha de informações. Os sistemas de informação, os registros, as reuniões e auditorias clínicas também foram destacados como meios importantes de comunicação.
27	Os farmacêuticos argumentaram que uma comunicação direta evitaria suposições erradas e mal-entendidos entre os profissionais, ao mesmo tempo que alinhava a comunicação médico-farmacêutico orientada para resultados. Uma estrutura ausente para a comunicação interprofissional constituiu barreira para colaboração entre médicos e farmacêuticos.
28	No domínio de Relacionamento/Comunicação Vertical, as questões selecionadas com alto grau de importância trataram de assuntos relacionados à comunicação com suas chefias; o tratamento que as chefias dispensam ao profissional e o gerenciamento pelo exemplo dado por elas. No domínio de Qualidade de Trabalho/Comunicação Horizontal, as questões destacadas foram a qualidade do trabalho desenvolvido; a comunicação com sua equipe, sendo que a questão relacionada à qualidade do trabalho obteve o grau de maior importância. Os resultados do estudo reforçam o quanto os profissionais valorizam a comunicação no ambiente de trabalho, todavia continuam falhando na comunicação verbal, não verbal e escrita.
29	Os médicos e psicólogos relataram um aumento na comunicação bidirecional à medida que a colaboração amadurecia. A clínica apoiou a comunicação entre médicos e psicólogos por meio de mensagens e e-mails dentro do prontuário eletrônico e relatou um aumento no uso de tais mensagens/e-mails. O envio de mensagens/e-mails dentro do programa ajudou a manter as linhas de comunicação abertas entre os profissionais. Os registros no prontuário eletrônico também foram considerados mecanismo facilitadores da colaboração.
30	A comunicação ocorria nas equipes de saúde por meio de reuniões, e-mails, conversas informais e mediante utilização do <i>WhatsApp</i> , buscando compartilhar as informações e casos atendidos. As intervenções interprofissionais como reuniões, <i>checklists</i> , elaboração de fluxos de atendimento, atualizações semanais da equipe também foram destacadas como oportunidades de comunicação. Entretanto, a comunicação ainda era permeada por traços persuasivos e prescritivos em detrimento em vez de dialógica; a tomada de decisão era marcada por desigualdades e centrada no profissional

	médico ou enfermeiro, e os profissionais enfrentam dificuldades para comunicação com os profissionais níveis hierárquicos mais altos. Outros fatores que fragilizam a comunicação foram a ausência de canais formais de comunicação com os serviços da rede, sistemas de regulação e informação.
31	Identificaram-se dificuldades de diálogo efetivo entre os profissionais. Todavia, estes reconheciam sua importância. A comunicação interprofissional nas equipes de saúde da família e NASF tinha foco no cuidado aos usuários do serviço de saúde. Evidenciou-se que a comunicação informal entre as equipes ocorria por meio de tecnologias comunicacionais. Ademais, destacou-se que a educação permanente e o matriciamento oportunizados pela visita domiciliar e o trabalho com coletividades, as reuniões para discussões de casos, planejamento de ações entre as equipes e o uso do prontuário do paciente foram considerados mecanismos facilitadores da comunicação.
32	Os mecanismos de comunicação demonstraram-se débeis entre as equipes da ESF e NASF, tanto em seus aspectos formais como informais. Evidenciou-se frágil comunicação informal para troca de informações e discussões de casos. Ademais, não foram constatados institucionalização de mecanismos oficiais de comunicação entre as equipes para encaminhamento de casos ou solicitações de apoio.
33	A comunicação e o diálogo foram reconhecidos e considerados pelos profissionais como aspectos importantes para o planejamento e execução de ações e Colaboração Interprofissional. A troca de experiências, de saberes, o compartilhamento de casos, visitas domiciliares, as reuniões, as atividades em grupo para a população e o matriciamento foram destacados como mecanismos de diálogo e comunicação utilizados entre os profissionais e equipes.
34	O enfermeiro vivenciava dificuldades de comunicação com auxiliares de enfermagem, médicos e gestão. Evidenciou-se ausência total de diálogo, em que o auxiliar de enfermagem se fechava à comunicação com o enfermeiro, até mesmo apresentava resistência e falta de compromisso na realização de tarefas inerentes à sua função. Entretanto, os enfermeiros destacaram que a comunicação com os Agentes Comunitários de Saúde era mais efetiva, contribuindo com a melhoria dos cuidados. A falta de resolutividade do gestor e dificuldades de comunicação com gerentes foram destacados como mecanismos que contribuem com os problemas na comunicação interprofissional, em que há falta de apoio por parte destas entidades. A ausência de planejamento também se destacou como mecanismo dificultador da comunicação.
35	A comunicação é um ponto-chave que promove a colaboração interprofissional entre médicos e psicólogos nos cuidados primários de saúde. Fatores como a sobrecarga de trabalho, o pouco tempo dedicado às ações interprofissionais do profissional médico podem dificultar a comunicação e a colaboração entre esses profissionais. O estudo destaca a relevância de o psicólogo reconhecer a importância da comunicação efetiva e estabelecer estratégias comunicativas com os médicos. Destaca ainda a importância da comunicação efetiva entre os profissionais para melhor definir os pacientes que necessitam ou não de acompanhamento psicológico.
36	A maioria dos prestadores de serviços de saúde relatou a importância dos sistemas eletrônicos de registros de saúde para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde. Tais sistemas promovem benefícios como o acesso fácil a informações, melhora o sentimento de profissionalismo, reduz a documentação em papel e economia de tempo na documentação de dados de saúde. Com isso, reforça-se a importância de adesão dos profissionais aos sistemas de informação para aprimorar e promover a comunicação interprofissional.
37	O estudo identificou diversos contextos em que a comunicação ocorre, sejam eles permeados pela comunicação limitada e falta de cooperação entre os profissionais, seja pela comunicação efetiva, em que a comunicação informal, a confiança e o respeito mútuos promovem colaboração. Evidenciou-se que métodos formais e informais de comunicação podem ajudar. Ferramentas de comunicação compartilhadas, como registros eletrônicos de saúde, reuniões estruturadas baseadas em casos e bate-papos informais no corredor e no refeitório, comunicação regular e proativa e compartilhamento de informações podem facilitar a comunicação. Fatores como autoridade maior dado ao profissional médico, disputas de poder entre os profissionais, desconfiança e não reconhecimento das habilidades, do conhecimento e do papel do outro, indisponibilidade de tempo, falta de financiamento e apoio organizacional dificultavam a comunicação interprofissional nos contextos identificados.

38	Os farmacêuticos relataram mudanças na comunicação e colaboração com a evolução do sistema de saúde australiano. Consideraram que ter um sistema de comunicação estabelecido e consistente com um profissional individual melhorou enormemente a colaboração. Descaram o bom relacionamento entre os profissionais, o diálogo, o apoio, a confiança, reuniões informais, conferências para discussão de casos, telefonemas, e-mails, reuniões presenciais regulares, relatórios, comunicação escrita, encaminhamentos bidirecionais são aspectos relevantes para a comunicação. Destacaram ainda que um sistema nacional de registros de saúde digitais facilitaria ainda mais as interações e a comunicação interprofissional. Todavia, a compreensão e apreciação inadequadas dos papéis, a falta de um caminho de referência bidirecional estruturado e consistente foram destacados como barreiras para a interação e comunicação entre os profissionais.
39	Na prática colaborativa, a maioria dos profissionais preferiram a comunicação presencial ou por telefone. Os farmacêuticos eram significativamente mais propensos a preferir a comunicação face a face em comparação com os médicos. A pouca disponibilidade de tempo, a ausência de compensação financeira, de comunicação presencial e a possível fragmentação do cuidado ao paciente pelo envolvimento de múltiplos profissionais de saúde foram barreiras a Colaboração Interprofissional.
40	Os profissionais relataram que a comunicação interprofissional ocorre diariamente entre os membros das equipes, principalmente pelo encaminhamento e resolução de casos durante o atendimento ao usuário, sendo orientada para o atendimento do paciente e identificação de suas necessidades. Os profissionais reconheceram, ainda, a relevância da articulação dos múltiplos saberes profissionais para a resolução dos casos complexos. As reuniões foram reconhecidas como espaços potentes para a partilha de informações e resolução dos casos, otimizando a comunicação interprofissional. A sobrecarga de trabalho, a equipe incompleta e a ausência de reuniões foram pontuadas pelos profissionais como dificultadores da comunicação, que dificulta a interação entre os profissionais e compromete a qualidade dos cuidados.
41	A comunicação estabelecida com colegas e com os pacientes foi destacada como fator de satisfação no processo de trabalho na ESF. Uma comunicação adequada e positiva entre os profissionais oportuniza maior satisfação com os trabalhos, principalmente devido à relação entre a comunicação eficaz e a relação interpessoal, que diminui a tensão e torna o ambiente ocupacional agradável.
42	A comunicação eficaz e as interações interprofissionais significativas auxiliam a promover a prática colaborativa no cuidado primário de saúde. As oportunidades de comunicação informal, reuniões formais, a comunicação eletrônica, foram destacadas como um fator importante para reforçar as relações interprofissionais. Ademais, o compartilhamento de uma linguagem e uma abordagem de tratamento comuns influenciaram a qualidade da comunicação. A frequência e o conteúdo da comunicação demonstraram estar relacionados ao grau de interdependência de tarefas entre os profissionais de saúde e a condição médica do paciente. Todavia, quanto menor a interdependência nas tarefas, menos a colaboração e comunicação entre os profissionais.
43	A comunicação interprofissional foi destacada pelos pacientes como benéfica haja vista que promove a troca de experiências e ampliação da visão multiprofissional, possibilitando melhor compreender as especificidades do paciente, assim o envolvimento destes no processo comunicacional. A comunicação informal entre os membros da equipe, por meio de tecnologias comunicativas, tem se mostrado como um aspecto fragilizador da comunicação interprofissional efetiva, visto que reduz o repasse de informações. Todavia, as reuniões são destacadas como meios formais relevantes para promover a comunicação interprofissional. Ademais, as consultas compartilhadas também são reforçadas como meios relevantes para o diálogo entre profissionais e entre profissionais e usuários.
44	A comunicação com os pacientes, as interações com os líderes de saúde e a comunicação eletrônica através do portal do paciente MyChart e do sistema de registro de saúde eletrônico funcionam como os principais contribuintes para o envolvimento dos profissionais de cuidados primários. Todavia, a comunicação com os líderes foi tida como negativas, unidirecional e sem oportunidade de respostas pelo profissional. O <i>feedback</i> negativo pelos líderes não orientado ao aprimoramento foi destacado como gerador de frustrações nos profissionais. Os participantes destacaram ainda a carência de apoio e empatia por parte dos líderes. Ademais, em relação aos registros eletrônicos

	de informações dos pacientes foram destacados como aspectos que resultam em sobrecarga, estresse e desmotivação.
45	A má comunicação, a pouca disponibilidade de tempo e formação, ausência de funções claras, receios relacionados com a identidade profissional foram aspectos dificultadores da Colaboração Interprofissional na APS. A organização de reuniões regulares e feedback, utilizando rotinas de comunicação claras ou canais de informação também foram facilitadores da Colaboração Interprofissional. Os facilitadores no nível organizacional da colaboração incluíram ferramentas para comunicação da equipe como reuniões regulares, canais abertos de comunicação, uso de tecnologias, e proximidade física entre os profissionais.
46	Muitos participantes relataram que trabalhavam para promover a comunicação aberta, que favorece a comunicação informal frequente, permitindo consultas e planejamento de cuidados compartilhados. Entretanto, a hierarquia profissional pode impedir a comunicação livre. A comunicação entre os profissionais se deu através do partilhamento de informações por meio de registros eletrônicos do paciente, bem como através da conscientização da função ou conhecimento do escopo da prática de cada profissional na clínica. Alguns profissionais tiveram que ensinar aos outros, especialmente aos médicos, sobre suas funções. A dificuldade de comunicação com os médicos indica uma tensão prática decorrente da obrigação de alguns profissionais de acomodar as preferências dos médicos e da falta de tempo dos médicos para adotar um procedimento comum de encaminhamento ou entendimento compartilhado dos diferentes escopos de prática profissional.
47	No contexto investigado, o fluxo comunicacional dentro de cada categoria profissional não se mostrou bem delimitado e direcionado. Observou-se que muitas funções que não eram de responsabilidade do enfermeiro geravam sobrecarga de tarefas e responsabilidades. Ademais, foi observado que alguns profissionais não possuíam clareza de como lidar com as demandas que lhe cabiam ou a quem recorrer para solucionar as demandas. A incompreensão dos fluxos e das competências individuais e coletivas configurou-se como um processo de trabalho conflituoso, com ruídos e pouco resolutivo. Destacaram-se como principais desafios à comunicação a atuação multiprofissional fragmentada; a fragilidade nos diálogos entre a tríade usuários-profissionais-gestão, o uso incipiente de tecnologias leves e a falta de sistematização dos serviços intersetoriais.
48	A comunicação foi destacada pelos profissionais como aspecto relevante para efetivar as práticas colaborativas. Os profissionais relataram ainda a importância de criar plataformas que promovam a comunicação, uma vez que a comunicação interdepartamental estava comprometida devido ao mau funcionamento de aparelho telefônicos. Destacou-se ainda que o sistema hierárquico é sustentado durante o processo de encaminhamento, pois o médico faz os encaminhamentos sem comunicação ou interação com outros profissionais de saúde, o que reforça a necessidades de estabelecer processos interacionais entre os profissionais.
49	Evidenciou-se que a comunicação interprofissional com entendimento das funções profissionais e metas da equipe; a comunicação interprofissional constante, comunicação diária face a face e a abertura para comunicação desempenham papel central no trabalho em equipe, na gestão de conflitos e no compartilhamento de objetivos.
50	A comunicação foi destacada como elemento importante para reforçar a interprofissionalidade, possibilitando incluir a família e recursos sociais de apoio no processo de cuidar. Os profissionais reconheceram a necessidade de estabelecer comunicação com os demais membros da equipe e serviços de referência para melhor resolução dos casos. Evidenciou-se ainda que a comunicação intersetorial, seja escrita ou por telefone, ocorria de modo distinto nos dois municípios estudados, de modo que interferia na Colaboração Interprofissional. Ademais, as equipes enfrentavam dificuldades relacionadas a comunicação contraditória, o que dificultava a interprofissionalidade.
51	A Comunicação associou-se aos sentidos de transmissão de informação, interlocução, diálogo, ferramenta de divulgação, fluxo de informação, processo de relações e lugar de fala, que apareceram no contexto investigado de forma não tão significativa, mas perceptível. Os profissionais destacaram como entrevas relacionados a comunicação: a ausência de canais que oportunizem a socialização de informação, dificuldade de estabelecer diálogo interinstitucional, proibição da comunicação entre trabalhadores durante a jornada de trabalho desfalque de profissionais, acúmulo de tarefas, possibilidade de perda de emprego e sobrecarga de trabalho.

	Tais aspectos resultam em diminuição do tempo de diálogo, de interlocução, de acolhimento, de negociação e de construção de vínculo entre profissionais e profissionais e usuários.
52	Identificou-se carga de trabalho significativa e dificuldades em estabelecer caminhos formais e informais de comunicação. A ausência de sistemas de registro eletrônico do paciente foi dificultador notório da comunicação e compartilhamento de informações entre os profissionais. Os profissionais destacaram que o conteúdo da comunicação nem sempre era direcionado às necessidades de cada profissional que gerava e gerenciava dados médicos e de atendimento. Os enfermeiros apontaram ainda as poucas possibilidades de solicitar informações adicionais do provedor de saúde em decorrência da falta de interações diretas. Relataram também a indisponibilidade dos médicos como a principal barreira para a comunicação e colaboração interprofissional. Reforçam a necessidade do conhecimento fundamental das funções e responsabilidades de cada profissional, a importância de estabelecer vias formais de comunicação formal para emergências, como uma linha telefônica dedicada ou por meio de uma plataforma on-line no processo dialógico e colaborativo.
53	Observou-se que os profissionais trabalhavam de forma isolada, como poucos momentos de comunicação, troca de informações e atuação conjunta para promover a continuidade do cuidado. O diálogo era estabelecido de forma pontual e informal.
54	Os profissionais reconheciam que a comunicação como troca de saberes poderia ocorrer mediante a discussão de casos e interconsultas. As falas destes sinalizaram que a comunicação possibilita a complementaridade das ações, condição necessária para atenção ao usuário e formação interprofissional.
55	Evidenciou-se que a coordenação efetiva entre as equipes NASF-AB e ESF depende de fatores como a comunicação entre os profissionais. Os profissionais destacaram que conseguem se comunicar bem e possuem bom vínculo, em que, além dos encaminhamentos via consultas, espaços como reuniões de equipe têm se mostrado potentes para atividades como planejamento, avaliação e articulação de ações. Mencionaram que a ausência ou baixa disponibilidade de alguns trabalhadores dificulta o desenvolvimento da Colaboração Interprofissional. Atividades de planejamento, avaliação e educação permanente em saúde, aliadas à construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) pela ESF, ao matriciamento e às interconsultas foram apresentadas como experiências exitosas de Colaboração Interprofissional. A ausência de apoio gerencial, de estrutura logística, remuneração inadequada e escassez de capacitação como barreiras a colaboração.
56	Os profissionais destacaram que fatores como falta de tempo, insuficiência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, rotatividade de profissionais, ausência de espaços de diálogo, barreira de comunicação com o profissional médico, fragilidade na comunicação com os pacientes foram os principais aspectos que comprometiam a comunicação interprofissional, gerando distanciamentos, dificuldade de planejamento e continuidade dos cuidados e atenção focada nas condições agudas em detrimento da promoção da saúde. Ademais, destacaram que os espaços de diálogo como as reuniões, os relacionamentos interpessoais, o respeito, a empatia, a utilização de aplicativos de mensagens foram citadas como aspectos que facilitam a comunicação interprofissional.
57	Os profissionais de saúde evidenciaram que a comunicação realizada entre as equipes multiprofissional de atenção básica e de saúde da família, não ocorre de forma adequada devido a não efetivação do sistema de contrarreferência. O não preenchimento deste instrumento formal de contrarreferência, somado ao acúmulo de funções dos profissionais da equipe multiprofissional, foram apontados como óbices que os impedem de realizar o suporte necessário na unidade de saúde da família e prejudicam a comunicação entre eles.
58	Os profissionais destacaram a importância da comunicação no compartilhamento entre profissionais para a produção do cuidado de qualidade e favorecimento da colaboração, em que foram observadas interações entre profissionais e profissionais e usuários, que reforçam a comunicação entre os atores. Fator como a indiferença profissional em relação ao trabalho conjunto foi destacado como dificultador da colaboração.

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

Identificaram-se 64 Mecanismos (M) dificultadores da CIP na APS, em que foram mais citados nos estudos a ocorrência de comunicação frágil entre os profissionais, atitudes profissionais de desvalorização da comunicação e trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho, não compreensão e valorização do papel de cada membro da equipe, canais de comunicação frágeis, débil compartilhamento de informações por via formal e hierarquias profissionais, conforme descreve o Quadro 9.

Quadro 9 – Fatores dificultadores da CIP na APS.

Mecanismos dificultadores	Estudos
Comunicação frágil	1, 2, 3, 5, 9, 11, 16, 19, 27, 31, 32, 34, 37, 45, 47, 50, 53, 57
Atitude negativa/desvalorização do profissional em relação ao trabalho em equipe e comunicação	2, 4, 5, 12, 27, 31, 34, 37, 38, 57
Sobrecarga de trabalho	2, 5, 19, 35, 40, 44, 51, 56, 57
Não compreensão e valorização do papel de cada membro da equipe	3, 11, 19, 37, 38, 46, 47, 52
Canais de comunicação frágeis	1, 5, 30, 32, 47, 51, 52
Débil compartilhamento de informações por via formal	1, 5, 18, 24, 27, 38, 52
Hierarquias profissionais	3, 7, 8, 44, 45, 46, 48
Meios digitais comunicação	24, 31, 43, 44, 52
Baixa engajamento no trabalho em equipe	2, 5, 34, 47, 53
Falta de reuniões/ dificuldade para manutenção regular das reuniões	2, 5, 31, 40, 56
Ambiente organizacional	17, 19, 37, 44, 55
Insuficiência de recursos humanos	19, 40, 51, 56, 55
Falta de abertura do profissional médico à comunicação	8, 38, 46, 52, 56
Desigualdades na tomada de decisões	2, 3, 5, 27, 30
Dificuldade na comunicação formal entre os níveis hierárquicos diferentes	16, 30, 34, 44
Formação profissional frágil em relação ao trabalho em equipe	2, 5, 45, 55
Desvalorização da comunicação por parte dos profissionais	5, 34, 38
Absenteísmo/ dificuldade de agenda dos membros das equipes às reuniões	8, 31, 40
Dificuldade de comunicação com a gestão/gerência	30, 34, 47
Falta de tempo	39, 45, 56
Relacionamentos interpessoais frágeis	1, 19, 34
Rumores e comunicação informal	5, 43
Canais de comunicação informal frágeis	32, 52
Dificuldade de agenda para realizar reuniões	8, 40
Desequilíbrio nas relações de poder	6, 37
Má gestão	19, 34
Dificuldade de estabelecer parcerias entre os profissionais	30, 34
Pouca abertura ao diálogo	31, 34
Frágil comunicação de projetos de outras equipes	5
Falta de recursos tecnológicos	10
Ausência de mecanismos formais e informais de comunicação com os serviços da rede	30
Mecanismos de regulação frágeis	30

Ausência meios de referência bidirecional estruturado e consistente	38
Burocracias	31
Déficit de lideranças colaborativas	31
Ausência de canais oficiais de informação	32
Falta de planejamento	34
Falta de comunicação face a face	39
Baixa interdependência na realização das tarefas	42
Feedback negativo não construtivo	44
Falta de apoio dos líderes de saúde	44
Fluxo comunicacional mal delimitado	47
Incompreensão profissional dos fluxos de atendimento	47
Atuação multiprofissional fragmentada	47
Fragilidade nos diálogos entre a tríade usuários-profissionais-gestão	47
Uso incipiente de tecnologias leves (relacionais)	47
Falta de sistematização dos serviços intersetoriais	47
Falta de comunicação entre os profissionais na regulação dos pacientes	48
Falta tecnologia de comunicação funcional	48
Proibição da comunicação entre os trabalhadores durante a jornada de trabalho	51
Dificuldade de estabelecer diálogo intersetorial	51
Acúmulo de tarefas	51
Possibilidade de perda de emprego	51
Rotatividade de profissionais	56
Ausência de capacitações	56
Fluxos de atendimento mal definidos	56
Registros inadequados no prontuário	56
Condições de trabalho precárias	56
Carência de empatia	56
Não valorização dos profissionais	56
Escassez de autonomia profissional	56
Não efetivação de sistemas de contrarreferência	57
Desarticulação entre os profissionais das equipes	57
Fluxos burocráticos de encaminhamento da eSF para a equipe multiprofissional da APS	57

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

Conforme o Quadro 10, identificaram-se 47 Mecanismos (M) facilitadores da CIP na APS, sendo que prevaleceram nos estudos a comunicação efetiva, aberta e respeitosa entre os profissionais, as reuniões formais com a equipe multiprofissional e a utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC)/Correio eletrônico/Canais digitais de comunicação, em que se destacaram e-mails, telefone e aplicativos de mensagens.

Quadro 10 - Fatores facilitadores da CIP na APS.

Mecanismo facilitadores	Estudos
Comunicação efetiva, aberta e respeitosa	1, 4, 6, 7, 9, 17, 19, 21, 23, 24, 29, 30, 33, 38, 40, 41, 42, 43, 46, 49, 55
Reuniões formais com a equipe multiprofissional	2, 4, 6, 9, 10, 24, 30, 31, 33, 37 38, 40, 42, 43, 45, 55, 57, 58
Tecnologias da informação e comunicação/Correio eletrônico/ Canais digitais	4, 5, 10, 13, 14, 18, 29, 30, 31, 38, 39, 42, 45, 56, 57
Comunicação informal	1, 4, 6, 10, 18, 20, 24, 29, 30, 31, 37, 38, 42
Trabalho colaborativo	11, 22, 28, 30, 31, 41, 42, 49, 54, 55
Comunicação formal	2, 5, 6, 18, 24, 30, 31, 37, 38, 42
Documentação/ Registro eletrônicos de saúde no prontuário	8, 10, 20, 24, 29, 31, 36, 37, 38, 46, 57
Respeito/empatia entre os profissionais	6, 11, 17, 19, 24, 41, 37, 56
Relações interprofissionais	11, 17, 19, 38, 56, 58
Discussão de casos	22, 31, 33, 38, 40, 54
Reconhecimento do papel de cada membro da equipe	11, 17, 19, 46, 49
Acessibilidade, disponibilidade e proximidade entre os profissionais	6, 10, 38, 45
Atitude profissional de valorização da comunicação	11, 19, 21, 46
Comunicação face a face	24, 39, 49, 57
Comunicação escrita	13, 14, 35, 38
Consultas compartilhadas/ interconsultas	22, 43, 54, 55, 57
Planejamento das ações	8, 31, 33, 55
Capacitação profissional	1, 6, 35
Matriciamento	31, 33, 55
Educação permanente	31, 33, 55
Visita domiciliar	31, 33, 55
Trabalho/atividades em grupo com coletividades	31, 33, 55
Valorização da comunicação pelos profissionais médicos	3, 29
Comunicação estratégia	13, 14
Comunicação verbal	13, 14
Comunicação oral	13, 14
Ambiente organizacional/ ambiente de trabalho	17, 20
Escuta ativa e respeitosa do outro	6, 58
Receber <i>feedback</i> positivo/construtivo	6, 44
Apoio entre os profissionais	30, 38
Formação profissional	34, 35
Habilidades para resolução de conflitos	6
Relacionamentos não hierárquicos	17
Possuir objetivos comuns	11
Tomada de decisão partilhada	12
Gestão participativa	28
Apoio organizacional	30
Intervenções interprofissionais	30
<i>Checklists</i>	30
Elaboração de fluxos de atendimento	30
Atualizações semanais da equipe	30
Lideranças colaborativas	31
Compartilhamento de uma linguagem e abordagem de tratamento comuns	42
Reforço ou criação de uma forte coesão da equipe	45

Sistemas de contrarreferência	57
Construção de projetos terapêuticos singulares (PTS)	55
Falta de objetivos comuns e partilhados	3

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

Diante dos Mecanismos (facilitadores e dificultadores) da CIP na APS, elencaram-se os Resultados (R) positivos e negativos decorrentes do contexto, em associação com tais mecanismos, conforme descrevem os Quadros 11 e 12. Os desfechos negativos decorrentes da comunicação frágil, predominantemente destacados nos estudos foram os conflitos, a frustração e a baixa cooperação interprofissional (Quadro 11).

Quadro 11 – Resultados negativos associados a comunicação interprofissional frágil na APS.

Resultados negativos	Estudos
Conflitos	1, 27, 30, 46, 47, 51
Frustração	1, 15, 30, 38, 44
Baixa cooperação entre os membros	11, 16, 27, 30
Fragilização da integridade da atenção à saúde	31, 40, 56
Dificuldade para relacionar-se/interagir	3, 40, 56
Mal funcionamento da comunicação interna à equipe	5, 24, 56
Concepções errôneas sobre as funções e responsabilidades de cada membro da equipe	9, 32, 47
Desvalorização profissional	11, 16
Não reconhecimento da importância do papel de cada profissional	11, 38
Insatisfação profissional	15, 44
Trabalho isolado	30, 53
Mal funcionamento do trabalho em equipe	30, 47
Fragilização dos vínculos interpessoais	51, 56
Descontinuidade do cuidado	56, 57
Dificuldade de estabelecimento de objetivos comuns	3
Estresse	15
Insegurança	15
Eventos adversos evitáveis	27
Mau funcionamento das atividades	30
Dificuldade de voz e vez dos profissionais	30
Fragmentação do cuidado	39
Fragilização da resolutividade do trabalho em saúde	47
Baixo acesso, por parte dos profissionais, a informações sobre as atividades que ocorrem no serviço	47
Diminuição do tempo de diálogo	51
Perda da autonomia profissional	51
Perda da participação	51
Atendimento centrado nas condições agudas	56
Fragilização do cuidado centrado na pessoa	56
Sobrecarga de trabalho	56
Limitação no planejamento das ações de cuidado	56

Comprometimento da qualidade da assistência	56
Comunicação falha com os pacientes	56
Repasse/troca inadequada de informações	57

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

Quanto aos desfechos positivos associados à comunicação efetiva, sobressaíram-se o fortalecimento da colaboração interprofissional, a tomada de decisão compartilhada, o trabalho em equipe eficaz, o compartilhamento de conhecimentos/saberes a melhora da aquisição/partilha de informações, melhora da assistência, o respeito entre os profissionais e a melhor definição de soluções para os casos, conforme destaca o Quadro 12.

Quadro 12 – Resultados positivos decorrentes da CIP na APS.

Resultados positivos	Estudos
Fortalecimento da colaboração interprofissional	4, 6, 9, 20, 21, 22, 24, 27, 29, 33, 38, 40, 43, 45, 48, 50
Tomada de decisão compartilhada	6, 8, 20, 21, 12, 24, 46
Trabalho em equipe eficaz	6, 7, 9, 17, 20, 49
Compartilhamento de conhecimentos/saberes	6, 8, 20, 22, 33, 40
Melhora da aquisição/partilha de informações	6, 8, 24, 38, 56, 57
Melhora da assistência	6, 10, 22, 33, 34, 40
Respeito entre os profissionais	6, 21, 22, 38, 41
Melhor definição de soluções para os casos	2, 24, 40, 57, 58
Promoção de relações interprofissionais positivas	9, 22, 38, 40
Bom relacionamento entre profissionais e pacientes	12, 41, 38
Resolução de conflitos	9, 49
Melhora da prontidão do profissional para mudança	13, 14
Melhora da prontidão do profissional para o aprimoramento das práticas de saúde	13, 14
Compreensão do papel de cada membro da equipe	21, 22
Complementariedade das ações de cada profissional	22, 54
Planejamento e execução de ações	33, 46
Formação de vínculos	56, 57
Fortalecimento da segurança do paciente	22
Redução da ocorrência de erros assistenciais	22
Melhoria do bem-estar das comunidades	11
Apoio mútuo entre os profissionais	32
Satisfação com o trabalho	41
Redução de tensão e estresse no ambiente ocupacional	41
Estabelecimento de objetivos comuns	49

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

Mediante a análise dos estudos incluídos na revisão, também foram selecionadas 80 recomendações para o aprimoramento da CIP na APS, agrupadas em aspectos reuniões, discussão de casos, tomada de decisão compartilhada, promoção de espaços de colaboração

interprofissional, capacitações/treinamentos, utilização das TIC, atitudes profissionais individuais, atitudes interindividuais, aspectos organizacionais, espaços para comunicação formal e informal, fluxos de informação, gestão democrática e participativa, sistemas de saúde, papel dos líderes, comunicação estratégica, ambiente organizacional e formação profissional, conforme sintetiza o Quadro 13.

Quadro 13 – Recomendações para o aprimoramento da CIP na APS.

Aspectos	Artigos	Recomendações para o aprimoramento da CIP na APS
Reuniões	1, 10, 11, 23, 38, 43, 48, 49, 55, 56	- As equipes de saúde devam criar, a partir da realização de reuniões frequentes, espaços e oportunidades de diálogo para aprimorar a comunicação interprofissional, partilha de informações e promoção de interações interpessoais;
	38	- Reuniões presenciais regularmente agendadas são formas eficazes de facilitar as interações;
	1, 10	- Estabelecer plano sistematizado para realização de reuniões;
	10	- Realizar reuniões clínicas e administrativas em horários separados;
	10	- As equipes devem concordar coletivamente sobre a participação obrigatória de todos os membros ou identificar quais reuniões são pertinentes apenas a grupos específicos;
	29	- Quaisquer procedimentos ou atividades, como as reuniões agendadas, coprestação de cuidados, relacionados com tipos mais formais de colaboração devem ser definidos claramente antes do início do processo colaborativo;
	56	- Compartilhar de experiências exitosas em espaços dialógicos durante reuniões de equipe;
Capacitações/ Treinamentos	2, 8, 14, 35, 56	- A participação em programas de treinamento/capacitação pode contribuir com o desenvolvimento das equipes de APS, reflexões sobre o trabalho colaborativo e melhora a qualidade dos cuidados;
	5	- É importante oferecer oportunidades de treinamento no uso de novas tecnologias, especialmente para profissionais mais velhos.
	11, 16, 43, 56	- A promoção da educação permanente deve ser favorecida pelas equipes de saúde como espaço e oportunidade para o diálogo.
	19	- Utilizar métodos didáticos baseados no questionamento ou na problematização como primeiro passo para aumentar a consciência sobre os efeitos das práticas interdependentes;
	34	- Promover programas de treinamento de habilidades em comunicação em equipe, baseada em simulações multidisciplinares, com ênfase em liderança, consciência situacional, apoio e confiança mútua, comunicação e o papel de cada membro da equipe;
	36	- A equipe deve ser treinada regularmente no uso de sistemas eletrônicos de registros de saúde para aprimorar conhecimentos, habilidades e confiança no uso dos sistemas, de modo a facilitar a comunicação;
	39	- A comunicação face a face pode ser conseguida por meio da organização de programas e conferências conjuntas de educação continuada;
26	- Os programas colaborativos podem facilitar o trabalho conjunto de diferentes grupos profissionais e demonstrar as diversas competências;	

Utilização de tecnologias da Informação e Comunicação	5	- O uso de novas tecnologias, juntamente com o aprimoramento do contato pessoal, pode melhorar a comunicação interna das equipes.
	11	- As tecnologias de informação e comunicação podem facilitar atividades colaborativas a distância, tanto durante episódios críticos como entre períodos de atividade intensa.
	30	- Promover investimentos em comunicação efetiva entre diferentes setores e serviços de saúde, como sistema informatizados de prontuários, de encaminhamentos e referência, que possibilite a comunicação entre os diversos serviços de diferentes municípios.
	38	- Ter um sistema nacional de registros de saúde digital, em tempo real, para lhes permitir verificar as informações de saúde de um paciente ao fazer uma recomendação clínica;
	5	- Fortalecer os meios formais e oficiais de comunicação;
	4	- Os profissionais de saúde devem ser hábeis na escuta ativa e na conversação eficaz, quer estejam a interagir com pacientes/clientes ou com colegas;
	39	- Utilização de aplicativos que permitem videochamadas para facilitar a comunicação face a face para discutir as problemáticas;
Atitudes profissionais individuais	4	- Os profissionais, e os sistemas em que trabalham, devem ter a capacidade de apoiar a partilha de informações e a tomada de decisões da equipe, ao mesmo tempo que resolvem conflitos de forma adequada;
	18, 39	- Conscientizar-se do papel dos outros membros da equipe e das capacidades;
	18	- Concordar intelectualmente com a função e reconhecer seu valor para a equipe;
	18	- Decidir utilizar os serviços dos demais profissionais em sua prática de forma regular e conforme apropriado;
	20	- Valorizar as contribuições dos membros da equipe;
	24	- É essencial que os médicos e a equipe interagissem cara a cara para compartilhar conhecimentos e fornecer as informações corretas sobre o atendimento ao paciente, da maneira certa e no momento certo;
	50	- Ter clareza em relação às tarefas nas quais atuam;
Atitudes profissionais interindividuais	23	- Promover comunicação mais aberta ao nível da equipe;
	20, 23	- Definir visão e objetivos comuns;
	11, 55	- É necessária maior clareza e compreensão do papel de cada membro da equipa de cuidados primários para permitir que a equipa preste cuidados holísticos e culturalmente apropriados;
	50	- Os profissionais da saúde que desejam atuar como equipes interprofissionais devem investir tempo considerável para este fim;
	47	- Para que o processo comunicativo se efetive, é necessário que toda a equipe esteja empenhada em prol desse objetivo, buscando manter um diálogo claro e transparente.
	36, 56	- Os profissionais de saúde devem apropriar-se dos sistemas de informação e registros de saúde para aprimorar a comunicação;
	35	- Aumentar a familiaridade com a cultura de cada profissão;
	50	- Aos gestores e profissionais, cabe a tarefa de pensar estratégias que facilitem e estabeleçam o fluxo assistencial entre os diversos serviços;
	38	- Compreender e capitalizar o fluxo de trabalho;
	56	- Valorizar a escuta qualificada ao profissional;
	56	- Estudar sobre comunicação e implementar estratégias de comunicação para desenvolver o trabalho de forma eficiente;

	1	- Estabelecer relações de colaboração, respeito e apoio;
Aspectos organizacionais	18	- Utilizar ligações e redes entre profissionais que trabalham em funções e organizações semelhantes para partilhar conhecimentos, padronizar práticas e melhorar o desempenho organizacional;
	29	- Uma sessão conjunta em que o médico solicitante e o psicólogo conheçam o paciente poderia ajudar a discutir o assunto de uma forma não intimidadora;
	23	- Dedicar recursos humanos para defender a colaboração;
	38	- Devem ser feitos esforços para encorajar o estabelecimento de um processo de encaminhamento bidirecional consistente e estruturado entre todos os profissionais de saúde ao longo do tratamento contínuo de um paciente;
	56	- Construir plano de ação e avaliação de resultados periodicamente;
	56	- Promover o planeamento; trabalho em equipe e práticas colaborativas;
	56	- Estabelecer o fluxo de pacientes e organizar as demandas;
	56	- Promover a parametrização de agendas com participação dos profissionais;
	35	- A utilização de formulários eletrônicos pode contribuir com a economia de tempo e melhora da comunicação;
Espaços para comunicação formal e informal	20	- Os profissionais devem criar múltiplas oportunidades para que a comunicação frequente e informal ocorra prontamente em diferentes horas do dia e da semana não pode ser subestimada. Dentro desta categoria, oportunidades para comunicação informal, as subcategorias incluíam espaço e tempo, métodos de comunicação partilhados;
	46	- As ocasiões frequentes de comunicação informal constituem o alicerce para o sucesso da colaboração na atenção primária
	55	- Criar espaços de comunicação rotineira, tanto interna quanto externa, é crucial para o planeamento e discussão das ações;
	35	- Formalizar os canais de comunicação;
Gestão democrática e participativa	26	- A cultura de colaboração deve ser apoiada por sistemas de governação claros, onde o pessoal que participa em práticas colaborativas compreende e desempenha funções e responsabilidades delegadas;
	15	- Adoção de modelos de gestão mais democráticos;
	15	- A gestão, do nível mais macro, deve estimular e propiciar espaços de reflexão acerca do processo de trabalho;
	37	- Melhorar a comunicação entre todas as partes interessadas nos cuidados de saúde deve ser responsabilidade dos decisores políticos e dos profissionais de saúde;
	56	- Promover a liderança compartilhada;
Papel dos líderes	11	- As equipes devem possuir líderes;
	11	- O gestor tem papel relevante no reconhecimento e valorização de cada membro da equipe;
	44	- Os líderes podem realizar sessões de escuta, acompanhar as práticas colaborativas interprofissionais no trabalho e criar um fórum na intranet para reclamações;
	35	- Aumentar a frequência da comunicação entre os profissionais;
	1	- Cabe ao gerente/coordenador atuar na mediação do trabalho em equipe;
	3	- O uso de um <i>coach</i> de equipe pode ser uma forma de facilitar a mudança na prática colaborativa;

	56	- Estimular a motivação dos profissionais independente de hierarquias superiores;
Sistemas de saúde	26	- Os sistemas devem permitir a revisão regular do seu desempenho para uma melhoria contínua.
	13	- Acordos financeiros alternativos poderiam compensar os custos de implementação da comunicação informatizada e, portanto, facilitar a utilização da informática médica, que tem potencial para ser um importante meio de comunicação.
Fluxos de informação	15	- Melhorar o fluxo de informações entre os profissionais poderia garantir melhorias na qualidade das relações profissional-paciente e, portanto, na satisfação do paciente.
	56	- Utilização de registros físicos;
Comunicação estratégica	13	- A comunicação estratégica pode ser implementada como ferramenta de aprimoramento e desenvolvimento profissional, bem como para promover melhorias nas práticas de saúde
	14	- O uso de comunicação estratégica com um design claro e orientado para objetivos contribuiu para resultados quantificáveis;
Formação profissional	27	- Os futuros currículos de formação médica e farmacêutica devem centrar-se na interação abrangente entre farmacêutico e médico.
	9, 19	- Fomentar a educação interprofissional (EIP) sejam aplicadas durante a educação de graduação e pós-graduação e a residência;
Tomada de decisão partilhada	43, 55	- As equipes de saúde devam promover a tomada de decisão partilhada, haja vista que é oportunidade importante para comunicação interprofissional;
	55	- Métodos de tomada de decisão democráticos e participativos promovem redução do risco de sobrecarga de trabalho e das dificuldades relacionadas à dimensão gerencial;
Promoção de espaços de Colaboração Interprofissional	48	- Promover oportunidades de colaboração interprofissional que muito provavelmente resultarão em uma melhor relação e comunicação interprofissional. Estas oportunidades precisam ser eficientes e ter prazos pré-determinados.
	52	- Articular um sistema de cooperação interdisciplinar, corrobora para construir estratégias comunicacionais mais eficazes, além de oportunizar a qualificação dos processos comunicativos e o fortalecimento do trabalho integrado na saúde.
Ambiente organizacional	14	- O ambiente organizacional desempenha papel importante no aumento da eficácia do trabalho em equipe;
Discussão de casos	43, 55	- As equipes de saúde devam promover espaços e oportunidades para o diálogo, como as discussões de caso.

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou mapear as evidências disponíveis na literatura científica sobre a CIP na APS, elencando os facilitadores e barreiras à efetivação desta, bem como as recomendações para aprimoramento e consolidação. Evidenciaram-se estudos publicados, em maioria, no Brasil e Canadá, referências e pioneiros na consolidação da ESF/APS, bem como possuem sistema de saúde universais.

É relevante destacar que, no contexto brasileiro, conforme o MS, a ESF atinge, atualmente, cobertura de 79,6% da população, tendo aumento de cinco pontos percentuais em relação a 2022, resultado que pode refletir a importância da atuação das eSF na ampliação do acesso à saúde no país (Brasil, 2024).

Também, é pertinente destacar que, diante das transições epidemiológicas e demográficas contemporâneas, especialmente frente aos cenários emergentes recentes como a pandemia da Covid-19, as soluções inovadoras para promoção da interprofissionalidade no processo de trabalho em saúde têm sido estimuladas e implementadas mundialmente (Morais; Medeiros, 2023), o que pode ter impulsionado ainda mais o interesse de pesquisadores na colaboração interprofissionais e competências colaborativas, ampliando o desenvolvimento de estudos sobre a temática.

Nessa direção, no contexto brasileiro, pode-se destacar que as transformações no processo de trabalho em saúde também perpassam o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade, estratégia inovadora que têm propulsionado transformações no processo de trabalho em saúde, fortalecendo as práticas interprofissionais colaborativas (Morais; Medeiros, 2023).

O referido programa teve o edital lançado em 2018, objetivando promover a integração entre ensino, serviço e comunidade para promover melhores respostas às demandas do SUS e reorientação dos processos formativos em saúde, em resposta ao chamado da OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para fortalecer as práticas interprofissionais colaborativas (Chriguer *et al.*, 2021; Moraes; Medeiros, 2023; Brinco; França; Magnago, 2022).

Nesse sentido, infere-se que o PET-Saúde Interprofissionalidade propulsionou a transformação das práticas de saúde, fortalecendo o trabalho em equipe. Ademais, oportunizou a reavaliação e as mudanças nos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) dos cursos de graduação em saúde, direcionando-os para a EIP, assim como fortalecendo o compromisso das universidades no fortalecimento da interprofissionalidade (Morais; Medeiros, 2023; Brinco; França; Magnago, 2023).

Outrossim, oportunizou integrar os diversos atores do SUS, como enfermeiros, médicos, ACS, gestores e comunidade acadêmica, proporcionando a esses sujeitos processo de ressignificação e aprimoramento do processo micropolítico de trabalho, que promove o diálogo, a reflexão, a participação e emancipação, favorecendo, portanto, a integração entre ensino, serviço, comunidade (Gonçalves; Ferreira; Cotta, 2023).

Destarte, a formação interprofissional passou a focar mais fortemente na educação e atuação interprofissional, contribuindo com o desenvolvimento de competências e habilidade colaborativas para o trabalho em equipe, em que cada profissional é valorizado e reconhecido no processo de trabalho em saúde, assim como o trabalho em equipe integrado e articulado é fortalecido.

Quanto à utilização do CMR, esta possibilitou o emprego dos pressupostos teóricos da avaliação realista para identificar os diversos contextos nos quais a CIP ocorria na APS, sejam eles favoráveis, em que a comunicação era operacionalizada de modo respeitoso, integrado e democrático; sejam eles antagônicos, em que o processo dialógico era marcado pela falta de comunicação, estruturas hierarquizadas que distanciavam os profissionais, ausência de abertura do profissional à comunicação e aos momentos colaborativos.

Com isso, reforça-se que a avaliação fundamentada, na perspectiva realista, fomenta a necessidade e relevância de avaliar as evidências científicas a serem produzidas na perspectiva da problematização, oportunizando visão abrangente e devidamente fundamentada sobre o conhecimento produzido (Costa; Magalhães, 2019).

Desse modo, a avaliação baseada na teoria possibilita inovar o processo de análise dos programas, intervenções e estratégias de cuidado (que, no caso do presente estudo, destacou-se a CIP), trazendo, deste modo, análise crítico-reflexiva construtiva, que oportuniza explicitar os mecanismos em que determinada intervenção produz os objetivos e/ou resultados avaliados (Silva, 2019).

Com isso, os achados do presente estudo corroboram pesquisas pautadas na avaliação realista (Silva; Silva; Oliveira, 2020; Silva *et al.*, 2020; Jager; Papoutsis; Wong, 2023), reforçando o potencial de contribuir com a tomada de decisões e o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas públicos, uma vez que os resultados podem estimular mudanças nos aspectos estruturais, culturais, das relações sociais e profissionais no processo de trabalho (Quintans *et al.*, 2020).

Diante disso, nos contextos identificados, majoritariamente, os estudos destacaram a CIP permeada por fatores que dificultavam a efetivação e consolidação no desenvolvimento da colaboração interprofissional. Estes geravam comunicação frágil, fragmentação e

fragilização do cuidado colaborativo tanto entre profissionais, entre equipes de SF e entre eSF e NASF. Entretanto, diversas realidades apontaram que a CIP era competência colaborativa utilizada no processo de trabalho em saúde das equipes da APS/ESF, assim como com as equipes do NASF, no contexto brasileiro, possibilitando maior integração das práticas interprofissional, fortalecendo o trabalho em equipe colaborativo, o cuidado centrado na pessoa e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados ofertados.

Ao considerar essas vertentes, diversos estudos realizados tanto no contexto brasileiro quanto no cenário internacional evidenciaram que a comunicação entre os profissionais da APS ocorria de forma adequada, tanto de modo formal quanto informal, em que estes reconheciam a importância como elemento crucial para o trabalho em equipe, que promove interações, diálogo, encontro das subjetividades de cada profissional, vínculo, fortalecimento das relações interpessoais, troca de saberes, complementaridade das ações de saúde, melhor planejamento e execução de ações e a colaboração interprofissional efetiva (Long, 1996; Sargeant; Loney; Murphy, 2008; Silva *et al.*, 2015; Previato; Baldissera, 2018a; Previato; Baldissera, 2018b; Seaton *et al.*, 2021).

Esses aspectos corroboram para efetivação das práticas colaborativas interprofissionais, promovendo trabalho em equipe efetivo, para além do trabalho em grupo, mas pautado no senso de pertencimento, de encontro, de troca e integração interprofissional. Esses aspectos são relevantes para que as equipes de saúde consigam resolver efetivamente as problemáticas de saúde da população adscrita e consigam garantir assistência à saúde qualificada, segura e resolutiva.

Em contrapartida, também foram elucidados contextos nos quais a comunicação ocorria de modo não sistematizado, sendo comprometida pelas relações hierárquicas, canais frágeis de comunicação, trabalho isolado, não reconhecimento e valorização do papel do outro e até mesmo falta de abertura dos profissionais ao diálogo (Shimizu; Carvalho Junior, 2012; Agreli, 2017; Bispo Júnior; Moreira, 2018; Antunes, 2018; Silva, 2022; Castelo, 2022; Ribeiro *et al.*, 2022; Karam *et al.*, 2022).

Conseqüentemente, observou-se que, nesses contextos, o trabalho colaborativo não era efetivado no processo de trabalho em saúde, o que favorecia o distanciamento dos profissionais, dificultava a resolutividade dos serviços e comprometia atenção centrada na pessoa, de modo a não atender integral e longitudinalmente às necessidades dos usuários.

Nessa ótica, por meio da análise dos contextos em meio aos quais as práticas de saúde da APS eram realizadas, elencaram-se os **mecanismos que dificultavam e/ou comprometiam** a efetivação da CIP na APS, em que se sobressaíram a ocorrência da

comunicação frágil relacionada aos fatores destacados anteriormente; a atitude negativa/desvalorização do profissional em relação ao trabalho em equipe e comunicação; sobrecarga de trabalho; não compreensão e valorização do papel de cada membro da equipe; canais de comunicação frágeis e débil compartilhamento de informações por via formal.

A atitude individual dos profissionais de desvalorização do trabalho em equipe e da comunicação, atrelado à carência de abertura profissional ao diálogo, especialmente dos profissionais médicos, foi aspecto notório na fala dos profissionais de saúde, fator que dificultava as interações contínuas, resultava em conflitos, estresse, frustração, baixo nível de confiança, falta de cooperação, tomada de decisão não compartilhada e desigualdade nas relações de poder (Long, 1996; Cérda *et al.*, 2010; Löffler *et al.*, 2017; Antunes, 2018). Ademais, os profissionais acabavam tendo receios e assumindo atitude defensiva para amenizar os conflitos no processo de trabalho (Antunes, 2018).

À vista disso, pesquisadores reforçam que os conflitos precisam ser amplamente discutidos pelas equipes, para que haja compreensão mais clara dos processos de trabalho e da função da equipe (Long, 1996). Por meio disso, é possível superar as diferenças profissionais conflitantes, acolher e compreender a opinião, saberes e conhecimentos dos demais profissionais no processo decisório e de produção do cuidado. Esse aspecto poderá resultar em maior satisfação com o trabalho e reduzir o desgaste profissional, beneficiando, também, aos pacientes.

A sobrecarga de trabalho também é aspecto notório que compromete a CIP na APS. Resulta, principalmente, da escassez e rotatividade de profissionais, do excesso de demandas dos usuários, da necessidade de assistência destinada a todos os ciclos de vida e das demandas administrativas e burocráticas, que tomam parte significativa do tempo (Pereira *et al.*, 2021).

Consequentemente, compromete a integração interpessoal; a formação de vínculos e parcerias interprofissionais; o tempo para o diálogo; a comunicação com usuários e comunidades; e a negociação e resolução de conflitos (Neves, 2021; Santos, 2020; Castelo, 2022). Ademais, profissionais destacaram que tal fator reforça a cultura de cuidado médico-centrada focada na agudização dos problemas de saúde, bem como compromete o acolhimento humanizado do usuário, dificultando compreender e atender integralmente a suas necessidades (Castelo, 2022).

Preocupantemente, a oferta dos cuidados se dissocia dos princípios do SUS, uma vez que se fragiliza as discussões e reflexões dialógicas coletivas sobre as questões de saúde do território de responsabilidade sanitária, comprometendo a participação de todos os atores no processo decisório (Neves, 2021). Ademais, pesquisadores destacam que, com o passar do

tempo, o desengajamento dos profissionais no processo de trabalho colaborativo pode resultar em exaustão e fadiga emocional, distanciamento de si mesmo e dos outros e falta de realização pessoal (Apker; Brim; Isacksen, 2021).

Desse modo, é pertinente haver quantitativo adequado de profissionais por equipe de saúde (Mulvale; Embrett; Razavi, 2016), especialmente nas áreas territoriais de maior demanda e/ou vulnerabilidade, haja vista que possibilitará melhorias no trabalho em equipe, o planejamento adequado das ações assistenciais para melhor atender às necessidades de saúde da população, a redução da sobrecarga de trabalho e a melhora da satisfação profissional no ambiente laboral.

A não compreensão e valorização do papel de cada membro da equipe também foi notória nos estudos, sendo fatores que resultam em distanciamento dos profissionais, gera conflitos e, conseqüentemente, fragiliza o estabelecimento da CIP. Ademais, este aspecto enfraquece o trabalho em equipe, uma vez que a integração das práticas, saberes e conhecimento multiprofissionais não ocorre, gerando falta de confiança, trabalho uniprofissional e baixa resolutividade às questões de saúde (Amaral *et al.*, 2021).

Reforça-se que a confiança se relaciona diretamente com a consciência do papel do outro na prestação de cuidados ao paciente, à imagem da profissão e ao conhecimento mútuo interpessoal. Todavia, a ausência de convívio e interação prejudica o estabelecimento de processos formais e informais para o diálogo, a clarificação das funções dos profissionais e a divisão de tarefas (Karam *et al.*, 2022), o que salienta a necessidade de superação dessa problemática, para que seja reforçada e valorizada a cultura de colaboração e trabalho em equipe.

Nessa ótica, o IPEC (2023) destaca a utilização do conhecimento dos papéis de cada membro da equipe como competência colaborativa. Isto inclui o escopo de conhecimentos, habilidades e atitudes dos membros da equipe para ofertar atendimento centrado na pessoa, de modo seguro, econômico, oportuno, eficiente, eficaz e equitativo. Com isso, o reconhecimento e a valorização do papel de cada profissional são aspectos que melhora a colaboração interprofissional (Sim *et al.*, 2020).

Para tanto, reforça-se que a comunicação é o caminho oportuno a ser percorrido, para que os papéis de cada profissionais sejam reconhecidos e valorizados, haja vista que promove o diálogo entre distintos saberes e contribui para reflexão cotidiana das funções e contribuições de cada profissional na produção do cuidado (Previato; Baldissera, 2018).

Nessa direção, estudos também recomendam que os profissionais adotem atitudes individuais, a fim de promover a integração, valorização e colaboração, como ter a capacidade

de apoiar a partilha de informações e a tomada de decisões da equipe, concomitante a resolução de conflitos, conscientizar-se do papel dos outros membros da equipe e das capacidades, concordar intelectualmente com a função e reconhecer o valor para a equipe; decidir utilizar os serviços dos demais profissionais em sua prática de forma regular e valorizar as contribuições dos membros da equipe (Farrell *et al.*, 2013; Morgan; Pullon; McKinlay, 2015; Mundt; Swedlund, 2016; Albassam *et al.*, 2020; Schimith *et al.*, 2021).

Corroborando a escassez de clareza e compreensão dos papéis de cada membro da equipe, os estudos destacaram os canais de comunicação frágeis (tanto formais quanto informais) e o débil compartilhamento de informações por via formal, especialmente pela carência de reuniões. Estudo evidenciou ainda ausência de canais oficiais de comunicação institucionalizados, o que dificultava a clareza nos fluxos de atendimento, encaminhamentos e solicitação de apoio. Ademais, os meios informais de comunicação para troca de informações e discussões de casos também se encontravam fragilizados (Bispo Júnior; Moreira, 2018).

Isso corrobora outros aspectos dificultadores da CIP, como os fluxos comunicacionais e de atendimento mal definidos. Outrossim, favorece as dificuldades atreladas ao esclarecimento e a pactuação de responsabilidades entre os profissionais e entre as equipes (Bispo Júnior; Moreira, 2018), gerando sobrecarga de trabalho, omissão e duplicidade de cuidados, peregrinação do paciente no serviço e, conseqüente, insatisfação do usuário em relação ao atendimento.

Em concordância, pesquisadores frisam que fluxos de informações deficientes nos serviços de saúde contribuem para ocorrência de problemas como a adesão ineficaz do usuário ao tratamento, encaminhamentos indevidos que resultam no aumento dos gastos financeiros, aumento do tempo do tratamento e realização de exames e procedimentos repetitivos (Silva, 2022). Destarte, reforça-se a importância dos fluxos assistências, protocolos de atendimento e estabelecimento de canais oficiais de comunicação e tomada de decisão partilhada para fortalecer a comunicação eficaz e democrática.

A ausência de reuniões e a dificuldade para a manter as reuniões regulares coadunam com a sobrecarga de trabalho e inexistência de canais oficiais de comunicação. Resulta da escassez de recursos humanos e da indisponibilidade de tempo pelos profissionais para realização de atividades dialógicas e práticas interprofissionais, bem como de processos gerencias e lideranças frágeis. A dificuldade para manutenção regular das reuniões, à medida que fragiliza a CIP, reduz a eficiência das equipes quanto ao gerenciamento do tempo e à integração profissional (Previato; Baldissera, 2018).

Consonantemente, fragiliza a tomada de decisão partilhada, visto que os espaços de encontro e diálogo interprofissional não ocorrem adequadamente. Além disso, a integração dos saberes e práticas interprofissionais é impedida, gerando fragmentação do cuidado, não clarificação dos papéis de cada profissional, baixo engajamento no trabalho em equipe, conflitos e reforço das relações de poder desiguais.

Por conseguinte, as hierarquias profissionais também são reforçadas. Estas, também, estão situadas entre os dificultadores da CIP, que gera dificuldades comunicacionais entre os diferentes níveis hierárquicos, o que pode reforçar os conflitos, gerar desequilíbrio de poder e favorecer até mesmo as relações hierárquicas abusivas.

Nesse sentido, as hierarquias, especialmente da classe médica, configuram-se como barreira ao trabalho em equipe eficaz, resultando em processos de tomada de decisão excludentes, problemas de comunicação e coordenação deficitária (Kock; Mlezana; Frantz, 2021; Rawlison *et al.*, 2022). Além disso, podem gerar silenciamento das vozes dos profissionais, em que a consciência da função de cada membro da equipe e o estabelecimento de confiança não se desenvolvem adequadamente, especialmente em relação à categoria médica (Fox *et al.*, 2019).

Em decorrência dos aspectos apresentados, a CIP não é instituída como aspecto inerente à colaboração e ao trabalho em equipe, gerando nos profissionais dificuldades para se relacionar e interagir, concepções errôneas sobre as funções e responsabilidades de cada membro da equipe, sentimento de estresse, frustração, desvalorização e insatisfação profissional. Ademais, a atenção à saúde é fragilizada, uma vez que o cuidado é fragmentado e dissocia-se dos princípios de integralidade, longitudinalidade e centralidade na pessoa.

Frente a isso, caminho recomendado para superação dessa problemática é a promoção pelas equipes da tomada de decisão partilhada democrática e participativa, em que haja cultura colaborativa e dialógica enraizada, pautada na escuta ativa do outro, no respeito aos diversos pontos de vista e no desejo por pactuar objetivos comuns e factíveis a toda a equipe (Diniz *et al.*, 2021; Brito *et al.*, 2022).

Ademais, para dirimir as problemáticas relacionadas à CIP, é imprescindível rever a formação profissional para o trabalho em equipe e colaborativo, haja vista que a frágil formação sobre esse aspecto também foi destacada em quatro estudos como dificultadora do desenvolvimento da CIP na APS (Viñas Maestre; Castel Simón, 2000; Ballvé Moreno *et al.*, 2008; Rawlinson *et al.*, 2021; Brito *et al.*, 2022).

Problematicamente, ainda persiste hiato significativo entre a formação e o trabalho em equipe interprofissional, sendo aspecto ainda incipiente no Brasil (Müller *et al.*, 2022), haja

vista que, no geral, na graduação, os estudantes aprendem sozinho sem o contato com outras disciplinas. Todavia, no contexto de trabalho, precisam atuar em conjunto, não tendo a devida formação para aquisição de competências, atitudes e habilidades colaborativas interprofissionais.

Apesar disso, revisão integrativa aponta que houve avanços globalmente no trabalho colaborativo e na criação de espaços de diálogo e consensos interprofissionais, assim como no interesse pela Ensino Interprofissional (EIP). Isto foi permeado pela aproximação dos cursos de graduação e serviços mediante implementação de metodologias de ensino inovadoras (Müller *et al.*, 2022).

Similarmente, outro estudo evidenciou que, dentre as metodologias para formação interprofissional na graduação em saúde, destacaram-se a simulação, a prática clínica mediada por trabalho colaborativo em unidades ambulatoriais ou enfermarias, a observação direta (*shadowing*), a aprendizagem baseada em problemas, *e-learning* e *workshop* (Isidoro *et al.*, 2022). Não obstante, reforça-se o papel do PET-Saúde Interprofissionalidade no fortalecimento das práticas colaborativas, que deve ser fortalecido no processo formativo em saúde e de integração ensino-serviço-comunidade.

Desse modo, é de suma relevância que as estratégias de EIP sejam aplicadas efetivamente na graduação e na pós-graduação, haja vista que constituem estratégias potentes para promover o diálogo e o desenvolvimento de competências e habilidades para colaboração (Paz-Lourido; Kuisma, 2013). Promover essas oportunidades de Colaboração Interprofissional resultarão na melhora das relações interpessoais e da CIP, fortalecendo o trabalho em equipe integrado (Kock; Mlezana; Frantz, 2021; Karam, M. *et al.*, 2022).

Além disso, frisa-se que a EIP pode fortalecer o trabalho colaborativo, uma vez que quando os profissionais estão envolvidos em processo de ensino-aprendizagem que promove interações uns com os outros e aprendizado sobre os outros, há maior chance de que as relações interpessoais positivas sejam estabelecidas e fomentadas, melhorando, portanto, as práticas colaborativas (Xyrichis; Lowton, 2008). À vista disso, para aprimorar o processo de trabalho na APS, é crucial promover momentos de EPS na perspectiva da EIP.

Quanto aos **mecanismos facilitadores** da CIP na APS, sobressaíram-se: comunicação efetiva, aberta e respeitosa estabelecidas entre os profissionais, as reuniões formais, as TICs, a comunicação formal e informal, o trabalho colaborativo, os registros no prontuário, o respeito/empatia entre os profissionais, relações interprofissionais, a discussão de casos, o reconhecimento do papel de cada membro da equipe. Nessa vertente, os aspectos contribuem para desfechos positivos no processo de trabalho em saúde, como o fortalecimento

da colaboração interprofissional, tomada de decisão partilhada, relações interpessoais respeitadas, trabalho em equipe eficaz, o compartilhamento de conhecimentos/saberes, melhora da assistência e melhor definição de soluções para os casos.

A comunicação aberta e adequada, apesar de necessitar de aprimoramentos, foi destacada como relevante em inúmeros cenários, em que os profissionais relataram que o processo dialógico era funcional, frequente e a base para colaboração e trabalho em equipe, sendo fortalecida pelos momentos de comunicação informal e formais, como as reuniões, caracterizando-se também como relação de escuta, respeito e confiança (Long, 1996; Xyrichis; Lowton, 2008; Bardet *et al.*, 2015; Mulvale; Embrett; Razavi, 2016; Mundt; Swedlund, 2016; Santos, 2020; Vitali *et al.*, 2020; Seaton *et al.*, 2021; Diniz *et al.*, 2021).

A comunicação, as interações e a colaboração efetivas entre os profissionais são aspectos cruciais para promover e manter as abordagens multidisciplinares e interprofissionais nos cuidados de saúde da APS (Sim *et al.*, 2020). Também, é fundamental para que os profissionais se sintam satisfeitos com o processo de trabalho, especialmente quando são estabelecidas relações interpessoais respeitadas e de apoio, tornando o ambiente laboral agradável e com menos tensão (Vitali *et al.*, 2020).

Destarte, pesquisadores salientam que a colaboração dentro da equipe se torna mais interdependente, à medida que a frequência da comunicação aumenta e a intenção da comunicação busca o compartilhamento de informações para tomada de decisão compartilhada entre o cliente, família e demais profissionais (Brito *et al.*, 2022).

Com isso, fortalece-se o senso de pertencimento e a percepção de que o trabalho em equipe necessita dos diversos saberes, conhecimentos e práticas profissionais, aproximando, deste modo, os membros da equipe e fortalecendo o processo dialógico e colaborativo recíproco.

Nessa vertente, dentre os meios que promovem a CIP na APS, destacam-se as reuniões formais em equipe, espaços relevantes para o diálogo, tomada de decisão partilhada, discussão de casos, resolução de conflitos interprofissionais e promoção de relações interpessoais positivas. Outrossim, são indispensáveis para o desenvolvimento e funcionamento do trabalho em equipe, assim como são potentes espaços para realização de ações de planejamento, avaliação e articulação da assistência à saúde (Sargeant; Loney; Murphy, 2008; Xyrichis; Lowton, 2008; Sin *et al.*, 2020; Brito *et al.*, 2022). Permitem ainda que os profissionais de saúde compreendam e se familiarizem com as funções de outros membros da equipe, esclarecendo os reais papéis (Nguyen *et al.*, 2019; Seaton *et al.*, 2021).

Estudo realizado com profissionais de saúde canadenses identificou que estes sujeitos consideravam as reuniões em equipe como fundamentais para o processo de comunicação formal e tomada de decisão. Ademais, promover reuniões regulares e agendadas também foi considerado importante, haja vista que oportunizam discutir questões relevantes, objetivando resolver problemas de ordem clínico-assistencial e administrativa (Brown *et al.*, 2009).

Nessa lógica, a promoção de reuniões é uma forma de fortalecer o cuidado centrado na pessoa, de modo que integra os diferentes saberes e conhecimentos para melhor definir e pactuar, em comum acordo entre os profissionais, as ações assistenciais que atendem holisticamente às reais necessidades dos sujeitos (Agreli, 2017).

Além disso, são momentos essenciais ao planejamento das atividades da saúde; troca de experiência, saberes e conhecimentos entre os profissionais; e formulação de estratégias que visem fortalecer e aprimorar o ambiente de trabalho (Mucelini *et al.*, 2023). Com isso, oportunizam o processo de ação-reflexão-ação, uma vez que possibilitam planejar, acompanhar, analisar e repensar os planos de cuidado definidos, mediante a comunicação interprofissional sistematizada (Previato; Baldissera, 2018).

Em contrapartida, estudo destaca que as reuniões na APS podem ser longas e exaustivas, assim como possuir caráter protocolar, com assimetria nas relações de poder, o que dificulta a expressão de ideias de cada profissional, gerando conflitos e desentendimentos (Voltolini *et al.*, 2019; Kanno *et al.*, 2023).

Desse modo, conforme recomendam as publicações incluídas nesta revisão, é pertinente que estes momentos sejam devidamente planejados e agendadas, em comum acordo com todos os profissionais, assim como fundamentadas em estratégias promotoras de diálogo que visem construção coletiva efetiva dos cuidados (Brown *et al.*, 2009; Farmanova *et al.*, 2017; Sin *et al.*, 2020).

Pesquisadores reforçam ainda que o aproveitamento adequado desses espaços dialógicos oportuniza a redução da sobrecarga, a troca de saberes, a definição de planos de cuidados e a colaboração interprofissional mais efetivos (Kanno *et al.*, 2023).

Outros fatores que facilitam a CIP nos cuidados primários de saúde foram as tecnologias da comunicação e informação, expressas pelos canais de comunicação, como aplicativos de mensagens, telefone e *e-mail*. Estes auxiliam a manter os canais de comunicação abertos, possibilitando aos profissionais o compartilhamento rápido de informações (Brown *et al.*, 2009; Farrell *et al.*, 2013; Farmanova *et al.*, 2017; Agreli, 2017; Albassam *et al.*, 2020; Castelo, 2022).

Enfatiza-se que, em alguns contextos, essas ferramentas eletrônicas de comunicação também foram destacadas como dificultadores, haja vista que foram citadas como mero instrumento de transmissão de informações e recados, reduzindo a CIP ao simples repasse de informações, de modo informal (Mundt; Swedlund, 2016; Previato; Baldissera, 2018; Diniz *et al.*, 2021), que não promove o encontro, a comunicação face a face e as interações interpessoais mais próximas e profundas, podendo ainda afastar os profissionais dos processos decisórios.

A comunicação marcada somente pelo mero repasse de informações, sem processos aprofundados de interação, dificulta a reflexão dialógica sobre as práticas cotidianas. Assim, tendo em vista que os meios digitais de comunicação são cada vez mais utilizados no processo de trabalho em saúde, estes devem ser utilizados com cautela e não devem substituir os momentos formais de comunicação e encontro interpessoal, uma vez que podem gerar comunicação superficial e dificultam a efetivação da colaboração interprofissional (Previato; Baldissera, 2018).

Outrossim, tendo em vista que a falta de comunicação face a face é uma barreira importante à prática colaborativa, reforça-se a relevância da comunicação pessoal como meio que pode evitar suposições erradas, mal-entendidos e duplicidade de informações, bem como favorecer o melhor alinhamento da comunicação entre os profissionais (Löffler *et al.*, 2017; Albassam *et al.*, 2020). Em concordância, recomenda-se que a utilização das TIC seja fortalecida, mas de modo não desintegrado do contato pessoal, uma vez que a integração desses canais pode fortalecer a CIP e a colaboração (Ballvé Moreno *et al.*, 2008).

Quanto à comunicação informal, esta foi destacada como um dos meios mais utilizados para o compartilhamento de informações sobre o cuidado ao paciente, que promove a colaboração, a visão partilhada e a confiança (Morgan; Pullon; McKinlay, 2015; Nguyen *et al.*, 2019; Seaton *et al.*, 2021). Ocorrem através das TIC e dos momentos informais de encontro interpessoal, como as consultas nos corredores dos serviços, pressupondo a necessidade de proximidade, acessibilidade, disponibilidade dos profissionais para estabelecer estes momentos (Brown *et al.*, 2009; Farmanova *et al.*, 2017; Previato; Baldissera, 2018).

A inexistência de espaços formais e informais compromete a troca de informações e, conseqüentemente, fragiliza o trabalho em equipe (Agreli, 2017). Todavia, pesquisadores também alertam que a comunicação informal, especialmente quando marcada pela mera transmissão de informações, dificulta a efetivação do compromisso profissional para a transformação da realidade em que se atua, aspectos que se contrapõem às práticas

colaborativas interprofissionais efetivas pautadas no processo dialógico aprofundado (Previato; Baldissera, 2018).

Com isso, frisa-se a importância de criar múltiplas oportunidades, objetivando possibilitar que a comunicação frequente e informal aconteça prontamente em momentos e dias oportunos no processo de trabalho (Morgan; Pullon; McKinlay, 2015). Para isso, também é pertinente que este tipo de comunicação seja comprometido com o fortalecimento, transformação e ressignificação das práticas de cuidado, para que a CIP não seja reduzida ao simples repasse de informações.

Por conseguinte, o trabalho colaborativo, pautado na atuação em equipe, no diálogo, na comunicação e colaboração também foi evidenciado como relevante facilitador da comunicação. É fulcral destacar que este aspecto perpassa outros facilitadores como as relações interprofissionais positivas, a escuta ativa e respeitosa do outro, o apoio, o respeito e a empatia entre os profissionais de saúde (Löffler *et al.*, 2017).

Nesse sentido, fatores como a confiança e o respeito profissional são pontos-chaves para colaboração. Outrossim, relações interpessoais respeitadas e harmoniosas podem tornar o ambiente de trabalho mais satisfatório, agradável, com menos tensão e conflitos (Löffler *et al.*, 2017; Castelo, 2022; Ferraz *et al.*, 2022).

O MS brasileiro ratifica e defende o trabalho em equipe interprofissional, especialmente porque este promove a segurança do paciente, reduzindo riscos, erros, eventos adversos e danos à saúde; a integralidade da atenção, contribuindo para o melhor acompanhamento das condições e necessidades em saúde; a humanização das práticas de cuidado; a promoção do conforto e bem-estar aos trabalhadores do SUS; fortalecimento das ações de promoção e prevenção à saúde; e melhora da satisfação e do conforto dos usuários (Brasil, 2024).

Nessa ótica, estudo também destaca que trabalhar em equipe, de modo colaborativo, na Saúde consiste em estabelecer ligações entre os diversos processos de trabalho, em que o conhecimento mútuo sobre o trabalho do outro oportuniza valorizar a participação no processo de produção do cuidado em totalidade. Também, oportuniza a cooperação e o apoio mútuo para o alcance de objetivos comuns e alcance de melhores respostas às necessidades e demandas de saúde complexas da população (Vicari, Laggo, Bugareli 2022).

Fatores individuais, relações interpessoais e condições organizacionais, interferem na atuação interprofissional (Ribeiro *et al.*, 2022). À vista disso, é imprescindível que trabalho em equipe interprofissional colaborativo seja mediado pela reciprocidade no compartilhamento

de informações, vivências, experiências etc., no desejo de aprender e atuar juntos para ofertar assistência à saúde qualificada (Barbosa *et al.*, 2022).

Ademais, reforça-se que, ao trabalhar em equipe, os profissionais têm a oportunidade de supervisionar, acompanhar e corrigir uns aos outros na prática cotidiana, aspecto que pode contribuir para melhora do processo de cuidado (Li; Tang; Liu, 2023). Todavia, isso requer desses trabalhadores empatia, respeito, parceria e abertura a críticas construtivas e prontidão para mudança.

Corroborando com estes aspectos, afirma-se que a colaboração, o trabalho em equipe, a prática autônoma e o ambiente de trabalho adequado possibilitam melhorar o desenvolvimento da força de trabalho na APS. Portanto, as condições de trabalho favoráveis, ambiente laboral de respeito e inclusão são cruciais para favorecer o trabalho colaborativo pautada na prática dialógica (Endalamaw *et al.*, 2024).

Outros meios facilitadores da colaboração foram os registros eletrônicos de saúde no prontuário do paciente, em que existiam sistemas de mensagem dentro dos prontuários. Com isso, configuram-se como ferramentas de comunicação compartilhada rápida e fácil (Brown *et al.*, 2009; Morgan; Pullon; McKinlay, 2015; Nguyen *et al.*, 2019), contribuindo para troca de informações e fortalecimento da colaboração entre profissionais e equipes (Farmanova *et al.*, 2017; Alanazia; Butler-Henderson; Alanazi, 2019).

Ademais, esses registros de acompanhamento dos usuários, à medida que promove a comunicação entre as equipes, fortalece o trabalho conjunto e integrado (Silva, 2022). No entanto, profissionais de saúde destacam que esses meios eletrônicos dificultam a comunicação face a face, por isso, preferem a comunicação pessoalmente como forma de compartilhamento de informações (Mundt; Swedlund, 2016).

Outrossim, foram destacados como fatores que resultam em sobrecarga de trabalho, devido ao tempo requerido para registrar informações sobre o atendimento do paciente (Apker; Brim; Isacksen, 2021), o que pode gerar desengajamento em relação à colaboração, em razão da falta de tempo para promoção do diálogo e encontros interpessoais.

Entretanto, diante desses aspectos, reforça-se a importância do prontuário eletrônico como importante meio de comunicação e colaboração interprofissional, que embora não substitua o contato e interação pessoal, gera benefícios tanto para os profissionais de saúde quanto aos usuários. Nessa perspectiva, estudo brasileiro identificou que o uso dessa ferramenta na APS esteve associado a aspectos benéficos como o maior número de atendimento à demanda espontânea, avaliação de risco e vulnerabilidade e utilização de protocolos de conduta (Valdes; Souza, 2024).

Contudo, o estudo sinaliza ainda que, no Brasil, as unidades de Atenção Primária ainda enfrentam a carência de infraestrutura adequada e capacitações profissionais para implementação efetiva dessa ferramenta, não possuindo computadores e internet, por exemplo. Preocupantemente, diante das metas do Programa Previnir Brasil, os registros eletrônicos podem ainda ter mero cunho burocrático para fins de financiamento (Valdes; Souza, 2024), o que pode comprometer a qualidade dos registros, à medida que eles se voltam a aspectos pontuais do programa.

Por fim, dentre os fatores facilitadores da CIP, é válido ressaltar as atividades como discussão de casos, consultas compartilhadas, interconsultas, matriciamento e visitas domiciliares. Estas são potentes meios de troca, interação, diálogo e colaboração. Ademais, são meios concretos que oportunizam o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares voltadas à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, oportunizando superar o cuidado uniprofissional, focado na doença e na agudização dos problemas de saúde (Previato; Baldissera, 2018a; Previato; Baldissera, 2018b).

Esses aspectos expressam ainda a essência da ESF/APS, haja vista que possibilitam o trabalho em equipe efetivo para promoção e prevenção à saúde, assim como facilitam a inclusão dos usuários, famílias e comunidades nos processos decisórios e de dialógico. Com isso, possibilitam, também, o compartilhamento de condutas e responsabilidades, bem como o rompimento das hierarquias de poder, fortalecendo a autonomia e o protagonismo de cada profissional no processo de cuidar, bem como ampliando a integralidade dos cuidados primários de saúde (Pacheco *et al.*, 2023).

Assim, enfatiza-se a importância de priorização desses meios de comunicação e colaboração interprofissional para fortalecer as práticas de saúde da APS, conforme os princípios do SUS, em que é crucial que haja equidade na participação de cada profissional nesses processos, a fim de evitar desgastes, conflitos e baixa efetividade dessas ações.

Ante o exposto, o presente estudo contribui com síntese de evidências sobre a CIP na APS, mediante o referencial da avaliação realista, que, junto ao leque de recomendações identificadas, poderão contribuir para repensar e ressignificar a prática dialógica na APS, de modo a promover aprimoramentos nas práticas de cuidado.

Além disso, poderão fundamentar o desenvolvimento de intervenções gerenciais e educativas focadas nesses fatores, de maneira a promover espaços de diálogo, interação e encontro interpessoal para refletir, de modo crítico e emancipatório, sobre o processo micropolítico de trabalho e de produção do cuidado, assim como para desenvolver habilidades comunicacionais e colaborativas.

Reforça-se, ainda, a importância de fomentar as oportunidades e os momentos para promoção da comunicação e colaboração interprofissional, especialmente a formação e educação interprofissional, estratégias para promover, desde a graduação, a aquisição de competências, atitudes e habilidades para a prática colaborativa interprofissional e o trabalho em equipe.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo contemplou os objetivos propostos, à medida que identificou as barreiras, os facilitadores e desfechos relacionados à CIP na APS. Ademais, possibilitou elencar um conjunto de recomendações que podem guiar o aprimoramento da CIP, nesse âmbito de cuidados. Outrossim, esta revisão de escopo reforça a CIP como competência crucial para o processo de trabalho na APS, que promove o cuidado colaborativo, o trabalho em equipe eficaz, com o melhor planejamento e operacionalização das ações de saúde.

Em suma, os dificultadores da CIP na APS prevalentes foram o estabelecimento de comunicação frágil entre os profissionais, as atitudes profissionais de desvalorização da comunicação e trabalho em equipe e a sobrecarga de trabalho. Em contrapartida, as reuniões formais, a utilização de tecnologias da comunicação e informação, a comunicação formal e informal, o trabalho colaborativo, os registros no prontuário, o respeito e empatia entre os profissionais e as relações interprofissionais potencializam a comunicação interprofissional. Portanto, são aspectos que devem ser fortalecidos dentro do processo micropolítico de trabalho para favorecer o trabalho em equipe efetivo.

Também, evidenciou os desfechos decorrentes da CIP, que elucidam a relevância desta competência para o trabalho em equipe colaborativo, haja vista que, quando desempenhada de forma eficaz, proporciona o trabalho em equipe e colaboração interprofissional efetivos, relações de respeito e confiança, o encontro das subjetividades dos profissionais, processos decisórios partilhados e democráticos, e satisfação com o trabalho. Todavia, quando desempenhada de modo frágil, dificulta a integração das práticas multiprofissionais e compromete a qualidade e a segurança dos cuidados.

Diante disso, reforça-se a importância das atitudes individuais e interindividuais dos profissionais para valorização da comunicação e colaboração interprofissional, reconhecimento e integração do papel, saberes e competências dos demais membros da equipe para melhor desenvolver as práticas de cuidado na APS. Para que isso seja alcançado, é relevante, também, a atuação das lideranças na promoção dos espaços de colaboração, treinamento e educação permanente interprofissional como meios de estabelecimento, manutenção e fortalecimento da CIP.

Espera-se, portanto, contribuir com o fortalecimento da cultura de comunicação e colaboração interprofissional, como também potencializar os espaços e as estratégias que facilitam e fortalecem a CIP no contexto da APS, de modo consolidar a interprofissionalidade e oportunizar a integração dos diversos saberes, conhecimentos e práticas multiprofissionais

necessários para consolidação da APS e qualificação de ações de cuidado. Outrossim, acredita-se que os resultados deste estudo poderão fornecer *insights* para o desenvolvimento da CIP entre as eSF, as equipes E-Multi e estudante e profissionais envolvidos no PET-Saúde, contribuindo com a consolidação da interprofissionalidade na APS.

Como limitações do estudo, destaca-se a exclusão de estudos com texto não integral disponível, bem como a restrição de idiomas, o que pode ter impedido a inclusão de outros estudos relevantes na revisão. Todavia, estudos incluídos possibilitaram análise relevante que poderá ser utilizada para aprimorar o processo dialógico interprofissional na APS.

Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que visem identificar os aspectos que permeiam a comunicação interprofissional entre os diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente fundamentados nos princípios da avaliação realista, o que poderá contribuir com o fortalecimento da colaboração interprofissional em rede.

Outrossim, é pertinente o desenvolvimento de estudos experimentais que visem implementar intervenções e programas educativos voltadas ao desenvolvimento de competências profissionais colaborativas e ao aprimoramento dos processos de trabalho para o fortalecimento da comunicação e colaboração interprofissional na APS.

REFERÊNCIAS

- ALBASSAM, A. *et al.* Perspectives of primary care physicians and pharmacists on interprofessional collaboration in Kuwait: A quantitative study. **PLoS One**, EUA, v. 15, n. 7, p. e0236114, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236114>. Acesso em: 13 abr. 2024.
- AGRELI, Heloíse Lima Fernandes. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017, 262 p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-27062017-165741/pt-br.php>. Acesso em: 12 set. 2023.
- ALANAZI, B.; BUTLER-HENDERSON, K.; ALANAZI, M. R. The role of electronic health records in improving communication between health professionals in primary healthcare centres in Riyadh: perception of health professionals. **Studies in health Technology and Informatics**, Amsterdã v. 264, p. 499–503, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31437973/>. Acesso em: 12 abr. 2024.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310106>. Acesso em: 13 abr. 2024.
- ANTUNES, J. F. G. **A comunicação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. 2018. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, 2018.
- ARAÚJO, Á. C. *et al.* Work process for coordination of care in the Family Health Strategy. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e20220330, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CVTB35Fcj5w9jH4r4dLstXd/>. Acesso em: 12 out. 2023.
- ARKSEY, Hilary.; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, Londres, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 20 ago. 2022.
- APKER, J.; BRIM, L.; ISACKSEN, R. Exploring workplace communication contributors to primary care provider experiences of role engagement. **Health Communication**, Londres, p. 1-11, 26 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1751382>. Acesso em: 13 abr. 2024.
- BALLVÉ MORENO, J. L. *et al.* State of internal communication in primary care. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 40, n. 8, p. 401-406, ago. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7713409/>. Acesso em: 12 abr. 2024.
- BARBOSA, A. S. *et al.* Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, spe5, p. 67-79,

dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e506>. Acesso em: 13 abr. 2024.

BARBOSA FILHO, Valter Cordeiro.; TRICCO, Andrea C. Scoping review: a relevant methodological approach for knowledge synthesis in Brazil's health literature. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 24, p. 1–6, 2019. Disponível em: 10.12820/rbafs.24e0082. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14010>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BARDET, Jean-Didier *et al.* Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, EUA, v. 11, n. 5, p. 602-622, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.12.003>. Acesso em: 13 abr. 2024.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 8 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280310>. Acesso em: 13 abr. 2024.

BOK, C. *et al.* Interprofessional communication (IPC) for medical students: a scoping review. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 20, n. 372, 2020). Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02296-x>. Acesso em: 13 set. 2023.

BOUTON, C. *et al.* Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. **BMC Primary Care**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 253, 2023.

BRÁS, C. P. C.; FERREIRA, M. M. C.; FIGUEIREDO, M. C. A. B. Construction and validity of the Interprofessional Communication in Health Scale. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 3, p. e20220483, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBwh736wFSdNPLXWpMBhLZC/>. Acesso em: 14 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-multi**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti>. Acesso em: 18 de abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Interprofissionalidade**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/saiba-mais>. Acesso em: 19 de abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as

modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 de maio de 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 18 de abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS celebra 30 anos da Estratégia Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-celebra-30-anos-da-estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 18 de abr. 2024.

BRINCO, R.; FRANÇA, T.; MAGNAGO, C. PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de mudanças curriculares e práticas colaborativas. **Saúde em Debate**. v. 46, n. spe6, p. 55-69, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2022.v46nspe6/55-69/#>. Acesso em: 02 mai. 2024.

BRITO, G. E. G. *et al.* Dimensions of interprofessional collaboration in the dynamics of the expanded family health and primary care centers: a qualitative study. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 36, n. 5, p. 676–683, 2022. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2021.1977618>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRYAR, R. Collaboration in primary care: the need to see the bigger picture. **British Journal of General Practice**, Londres, v. 58, n. 549, p. 231-234, 1 abr. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277106/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **CIHC National Competency Framework Diagram. National Interprofessional Competency Framework. (CIHC)**. Canadá, CIHC, 2010. Disponível em: <https://www.cihc-cpis.com/publications1.html>. Acesso em: 22 set. 2023.

CARMO, A. D. N. D.; SILVA, S. L. A. D.; CAMPOS, E. M. S. Temporal analysis of Family Health Strategy indicators from the perspective of the Brazilian National Primary Health Care Policy. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 8, p. e00042523, 2023. Disponível em: Acesso em: 14 mar. 2024.

CARRON, T. *et al.* An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: effectiveness. **International Journal of Integrated Care**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 31, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8231476/>. Acesso em: 14 out. 2023.

CASTANHEIRA, E. R. L., *et al.* Primary health care organization in municipalities of São Paulo, Brazil: a model of care aligned with the Brazilian Unified National Health System's guidelines. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. PT099723, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10896491/>. Acesso em: 14 mar. 2024.

CASTELO, R. B. **Os Desafios da Comunicação para Melhoria das Práticas Colaborativas Interprofissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2022. 120f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da

nucleadora Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ-CE) - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Ceará, Eusébio - CE, 2022.

CHRIGUER, R. S. *et al.* O PET-Saúde Interprofissionalidade e as ações em tempos de pandemia: perspectivas docentes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. e210153, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yRZqNywmpwVGVZvksqjdR8k/?lang=pt#>. Acesso em: 02 mai. 2024.

COIFMAN, A. H. M. *et al.* Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03781, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/6b3gxp5DL5YJy5ZQPgtgnv/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 set. 2022.

COSTA, D. M.; MAGALHÃES, R. Avaliação de programas, estratégias e ações de saúde: um diálogo com o realismo crítico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, p. 189–203, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KpwBHQ9yv3jSSvLSBCgWFJk/#>. Acesso em: 19 abr. 2024.

CUCOLO, D. F. *et al.* Teamwork climate and quality in primary health care. **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 4, n. 3, p. 12587-12617, 10 jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-231>. Acesso em: 13 abr. 2024.

DAVIES, M. *et al.* Enhancing Student Wellbeing Through Social Prescribing: A Rapid Realist Review. **Public Health Reviews**, Zurique, v. 44, p. 1605189, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10442486/>. Acesso em: 19 abr. 2024.

D'AMOUR, Danielle *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 21, n. 8, p. 188, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18803881/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR.

DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 7, n. 3, p. 137-157, 27 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3id23953>. Acesso em: 13 abr. 2024.

DONNELLY, C. *et al.* Measuring the performance of interprofessional Primary Health Care teams: understanding the teams perspective. **Primary Health Care Research & Development**, Cambridge, v. 20, p. e125, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455458/>. Acesso em: 04 nov. 2023.

ENDALAMAW, A. *et al.* Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence. **BMC Primary Care**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 99, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38539068/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

EL-AWAISI, A. Perspectives of healthcare professionals toward interprofessional collaboration in primary care settings in a middle eastern country. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, EUA, v. 14, p. 363–379, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7896768/>. Acesso em: 21 set. 2022.

ESCALDELAI, F. M. D.; ESCALDELAI, L.; BERGAMASCHI, D. P. Validity assessment of a computational system in the identification of duplicate studies. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e20220143, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/tbHDBfv3hY5NsFnX4RZbgdq/?lang=en#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinary and interprofessionality in the family health strategy. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141–162, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNWsQt7JH3b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2023.

FARMANOVA, E. *et al.* A demonstration study of collaboration in primary care: Insights from physicians and psychologists. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, EUA, v. 9, p. 27-33, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.07.010>. Acesso em: 13 abr. 2024.

FARRELL, Barbara *et al.* Working in interprofessional primary health care teams: What do pharmacists do? **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 288-301, maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.05.005>. Acesso em: 13 abr. 2024.

FERRAZ, C. M. L. C. *et al.* Collaborative Practice in the Family Health Strategy: expressions, possibilities and challenges for the production of care. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 26, p. e-1454, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/40294/31270>. Acesso em: 10 nov. 2023.

FERREIRA, R.A.A. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 23, n. 2, p. 489-503, abr-jun 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/7BcLc6S5JBhZj7PBKSTqSnG/?lang=pt#>. Acesso em: 21 set. 2022.

FINDYARTINI, A. *et al.* Interprofessional collaborative practice in primary healthcare settings in Indonesia: A mixed-methods study. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, [S.l.], v. 17, p. 17, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2405452619300035>. Acesso em: 13 fev. 2023.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Attitudes towards interprofessional collaboration of Primary Care teams participating in the ‘More Doctors’ (Mais Médicos) program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3018, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yRyQcJHmw3sfKJTP8HtLMBD/abstract/?lang=en>. Acesso em: 23 out. 2023.

FORONDA, C.; MACWILLIAMS, B.; MCARTHUR, E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. **Nurse Education in Practice**, [S.l.], v. 19, p. 36–40, 2016. Disponível em: [https://linkinghub-elsevier.com.ez11.periodicos.capes.gov.br/retrieve/pii/S1471-5953\(16\)30020-8](https://linkinghub-elsevier.com.ez11.periodicos.capes.gov.br/retrieve/pii/S1471-5953(16)30020-8). Acesso em: abr. 2023.

FOX, S. *et al.* Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice. **Health Communication**, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 125-135, 3 out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1666499>. Acesso em: 13 abr. 2024.

GENS-BARBERÀ, M. Analysis of Patient Safety Incidents in Primary Care Reported in an Electronic Registry Application. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 17, p. 8941, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8430626/>. Acesso em: 22 set. 2022.

GONÇALVES, A. C. A. M. C.; FERREIRA, E. DE S.; COTTA, R. M. M. PET-Saúde: contribuições para implementação da EIP e o desenvolvimento de competências colaborativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 47, n. 4, p. e116, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/y7FjzPsYLtdwzHYhkf5S4Ns/?lang=pt#>. Acesso em: 02 mai. 2024.

GONTIJO, M. D. *et al.* Professional safety constructs in the context of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. Suppl 6, p. e20190529, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7xMHvdwsVMPkyJc8694C4VD/?lang=en>. Acesso em: 22 set. 2022.

CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION. Interdisciplinary collaboration in primary health care. **Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada**, Canadá, v. 140, n. 1_suppl, p. S5—S7, jan. 2007. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/171516350714001S03?icid=int.sj-full-text.similar-articles.6>. Acesso em: 12 abr. 2024.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE (IPEC). **Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 Update**. IPEC, 2016. Disponível em: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>. Acesso em: 21 set. 2022.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE (IPEC). **IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice: version 3**. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative, 2023. Disponível em: <https://www.ipecollaborative.org/ipec-core-competencies>. Acesso em: 25 jan. 2024.

ISIDORO, F. G. R. *et al.* Formação interprofissional na graduação em saúde: revisão sistemática de estratégias educativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 46, n. 3, p. e113, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WXT8mJJ76DzcnzbBzWcJQKv/?lang=pt#>. Acesso em: 19 abr. 2024.

JAGER, A.; PAPOUTSI, C.; WONG, G. The usage of data in NHS primary care commissioning: a realist evaluation. **BMC Primary Care**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 275, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38097950/>. Acesso em: 02 mai. 2024.

JAGOSH, J. *et al.* Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. **The Milbank Quarterly**, Nova York, v. 90, n. 2, p. 311–346, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3460206/#bx1>. Acesso em: 24 fev. 2023.

JARUSEVICIENE, L. *et al.* Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. **BMC Family Practice**, [S.l.], v. 14, n. 1, 15 ago. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23945286/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Communicating Clearly and Effectively to Patients. How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care.** Estados Unidos, 2018. Disponível em: [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf). Acesso em: 27 nov. 2023.

KANNO, Natália de Paula. *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care from the perspective of implementation science. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, p. e00213322, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XsX6M9q3bXPhjhHXWX8H9DF/?lang=en>. Acessado 13 fev. 2024.

KELLY, D. V. *et al.* Pharmacist and physician views on collaborative practice. **Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada**, Canadá, v. 146, n. 4, p. 218-226, 19 jun. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23940479/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

KARAM, Marlène *et al.* Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: a participatory action research. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], p. 1-10, 12 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878>. Acesso em: 13 abr. 2024.

KOCK, L.; MLEZANA, N. B.; FRANTZ, J. M. Perceptions, attitudes and understanding of health professionals of interprofessional practice at a selected community health centre. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, Cidade do Cabo, v. 13, n. 1, 22 abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2724>. Acesso em: 13 abr. 2024.

LAGO, L. P. M. *et al.* Resistance to interprofessional collaboration in in-service training in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210473, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/3xTqRL8Ks6s8tHtKggfwSjz/?lang=en>. Acesso em: 22 set. 2022.

LI, M.; TANG, H.; LIU, X. Primary care team and its association with quality of care for people with multimorbidity: a systematic review. **BMC Primary Care**, [S.l.], v. 24, n. 1, p.

20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9850572/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LÖFFLER, C. *et al.* Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 17, n. 1, 21 mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2157-8>. Acesso em: 13 abr. 2024.

LAPUM, J. L. *et al.* Introduction to Communication in Nursing. In: LAPUM, J. L. *et al.* **Communication for the Nursing Professional – 1st Canadian Edition**. Toronto, 2020.

LIU, L.; CHIEN, A. T.; SINGER, S. J. Enabling System Functionalities of Primary Care Practices for Team Dynamics in Transformation to Team-Based Care: A Qualitative Comparative Analysis (QCA). **Healthcare (Basel, Switzerland)**, Basel, v. 11, n. 14, p. 2018, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10379116/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LONG, Sarah. Primary health care team workshop: team members' perspectives. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 23, n. 5, p. 935-941, maio 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8732520/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 set. 2022.

MAHMOOD-YOUSUF, K. *et al.* Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. **British Journal of General Practice**, Londres, v. 58, n. 549, p. 256-263, 1 abr. 2008a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18387229/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MARCH CERDÁ, J. C. *et al.* Quality of Internal Communication in Health Care and the Professional-Patient Relationship. **The Health Care Manager**, EUA, v. 29, n. 2, p. 179-185, abr. 2010a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20436336/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Primary health care: brazilian trajectory and the local context in Porto Alegre. **READ. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 725–748, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/GXVqFt6mVpwNL3zN4TMp7cm/>. Acesso em: 12 nov. 2023.

MATTOS, S. M.; CESTARI, V. R. F.; MOREIRA, T. M. M. Scoping protocol review: PRISMA-ScR guide refinement. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 12, p. e3062, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3062>. Acesso em: 24 nov. 2023.

MATUDA, C. G. *et al.* Interprofessional collaboration in the Family Health Strategy: implications for the provision of care and work management. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511–2521, ago. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JmKzRwJ4gpgxPP9YnMTQtS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2023.

MAK, S.; THOMAS, A. An Introduction to Scoping Reviews. **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 14, n. 5, p. 561–564, 2022b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9580317/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

MAK, S.; THOMAS, A. Steps for Conducting a Scoping Review. **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 14, n. 5, p. 565–567, 2022a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9580325/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MELO, L. C. *et al.* Inter-professional relationships in the Family Health Strategy: perception of health management. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 03, p. e20210636, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/h6d8vFGrfcY48LVRGRzYLZN/?lang=en#>. Acesso em: 21 set. 2022.

MILLS, Jane Elizabeth *et al.* Registered nurses as members of interprofessional primary health care teams in remote or isolated areas of Queensland: Collaboration, communication and partnerships in practice. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], v. 24, n. 5, p. 587-596, jul. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20594068/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MORAIS, I. F.; MEDEIROS, S. M. PET-Saúde interprofissionalidade: contribuições, barreiras e sustentabilidade da Educação Interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, n. e220319, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2023.v27/e220319/#>. Acesso em: 02 mai. 2024.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, Londres, v. 52, n. 7, p. 1217-30, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25862411/>. Acesso em: 14 out. 2023.

MORTÉNIUS, Helena *et al.* Implementation of innovative attitudes and behaviour in primary health care by means of strategic communication: a 7-year follow-up. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 659-665, 16 mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01653.x>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MORTÉNIUS, Helena *et al.* Utilisation of strategic communication to create willingness to change work practices among primary care staff: a long-term follow-up study. **Primary Health Care Research & Development**, [S.l.], v. 13, n. 02, p. 130-141, 30 jan. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22433269/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MUCELINI, F. C. *et al.* Segurança do paciente sob a ótica de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 31, p. e73886, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/73886>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MÜLLER, J. L. *et al.* A prática interprofissional e a formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**, Rio de Janeiro, v. 8, n. sup1, p. 15–35, 2022.

Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3152>. Acesso em: 19 abr. 2024.

MULVALE, G.; EMBRETT, M.; RAZAVI, S. D. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. **BMC Family Practice**, [S.l.], v. 17, n. 83, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955241/>. Acesso em: 20 mar. 2024.

MUNDT, Marlon P.; SWEDLUND, Matthew P. A human factors systems approach to understanding team-based primary care: a qualitative analysis. **Family Practice**, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 721-726, 30 ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw093>. Acesso em: 13 abr. 2024.

MUNN, Z, *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC Medical Research Methodology**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 143. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245623/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

NEVES, T. C. C. L. **Comunicação e Cuidado na APS-ESF: evidências, reflexões, desafios**. 2021. 502f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, set. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 05 abr. 2024.

NORA, C. R. D.; BEGHETTO, M. G. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 5, p. e20190209, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MPr8vr6mc9zXWTyXbbmRWrG/?lang=en#>. Acesso em: 22 set. 2022.

NGUYEN, Janet *et al.* Conventional and Complementary Medicine Health Care Practitioners' Perspectives on Interprofessional Communication: A Qualitative Rapid Review. **Medicina**, [S.l.], v. 55, n. 10, p. 650, 27 set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina55100650>. Acesso em: 13 abr. 2024.

ORTEGA, F.; PELE, A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. **Lancet Regional Health Americas**, [S.l.], v. 28, p. 100631, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10682286/>. Acesso em: 14 mar. 2024.

PACHECO, R. C. P.; HERMIDA, P. M. V.; RODRIGUES, M. S. Interconsulta médico-enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: discursos do sujeito coletivo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2023; v. 27, p. e230153. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5nw7JrbcF4qKhjskvnVtvzv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2024.

PAZ-LOURIDO, B.; KUISMA, R. M. E. General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: A discourse analysis. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], v. 27, n. 3, p. 254-260, 29 abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.745487>. Acesso em: 13 abr. 2024.

PHAM, M. T. *et al.* A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. **Research Synthesis Methods**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 371–385, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4491356/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PRADO, C. L. S. R. *et al.* Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, p. e220823, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KWMrwf4CFvX8nxgBZqrPkJJ/?lang=pt#>. Acesso em: 05 abr. 2024.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22. N. Supl. 2, p. 1525-34. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=en>. Acesso em: 02 dez. 2023.

PEDUZZI, Marina. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103–109, fev. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?lang=en#>. Acesso: 22 nov. 2023.

PEDUZZI, M. *et al.* Teamwork: revisiting the concept and its developments in inter-professional work. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, p. e0024678, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/>. Acesso em: 25 nov. 2023.

PEREIRA, L. K. M. *et al.* Interventions of Brazil's more doctors program through continuing education for Primary Health Care. **Frontiers in Public Health**, [S.l.], v. 11, p. 1289280, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10847326/>. Acesso em: 14 mar. 2024.

PEREIRA, M. M. *et al.* Modes of disciplinary interaction as a line of escape in Family Health practice: a cartographic analysis. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. e310209, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KNFvCTJ34Y5d9sfdp99rtBN/>. Acesso em: 10 abr. 2024.

PERUZZO, H. E. *et al.* Educational intervention on managerial skills with nurses from Family Health Strategy. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. eAPE039015634, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/nnCdGwsfzFTDJyzVJTNDrjM/?lang=en#>. Acesso em: 22 set. 2022.

PETERS, M. D. J. *et al.* Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. **JBIC Evidence Synthesis**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 953-968, 2022. Disponível em:

https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2022/04000/best_practice_guidance_and_reporting_it_ems_for_the.3.aspx. Acesso em: 12 fev. 2024

PETERS, M. D. J. *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanbbual.jbi.global>. Acesso em: 18 set. 2022.

PETERS, M. D. J. *et al.* Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. **Systematic Reviews**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 263, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8499488/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PIDANO, A. E. *et al.* Psychologists and Pediatricians in the Primary Care Sandbox: Communication is Key to Cooperative Play. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 32-42, 10 jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9522-y>. Acesso em: 13 abr. 2024.

PRADO, C. L. S. R. *et al.* Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, p. e220823pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KWMrwf4CFvX8nxgBZqrPkJJ/?lang=pt#>. Acesso em: 14 mar. 2024.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. Suppl 2, p. 1535-1547, 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/L9VS9vQGQtzPTpyZztf4cJc/?lang=en#>. Acesso em: 21 set. 2022.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e20170132, 2018b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30088603/>. Acesso em: 02 mar. 2024.

QUINTANS, J. R. *et al.* Realist evaluation for programs and services in the health area: an integrative review of the theoretical and methodological literature. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, n. e3255, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3933.3255>. Acesso em: 01 mai. 2024.

RAWLINSON, C. *et al.* An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. **International Journal of Integrated Care**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 32, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8231480/>. Acesso em: 14 out. 2023.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 1–3, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em: 14 fev. 2024.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RAMOS, A. R. The exercise of interprofessionality and intersectoriality as an art of caring: innovations and challenges. **Escola Anna Nery**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 4, e20170441, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CBWhDD897ThYB7LYBmQmXFg/?lang=en>. Acesso em: 22 set. 2022.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care: the team's intentions versus the reality of work processes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210141, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0141>. Acesso em: 13 abr. 2024.

RIBEIRO, H. C. T. C. *et al.* Segurança do doente na atenção primária: percepção de profissionais de equipas de saúde da família. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serV, n. 6, p. e20082, abr. 2021. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832021000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2022.

ROCHA, F. A. A.; BARRETO, I. C. H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Interprofessional collaboration: a case study between managers, teachers and family health professionals. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 415-26, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PCxLDXXKjdrP9FQckRxRxtP/abstract/?lang=en>. Acesso em: 25 nov. 2023.

SANTOS, C. L. **Concepções dos profissionais sobre as competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente**. 2020. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

SARGEANT, Joan; LONEY, Elaine; MURPHY, Gerard. Effective interprofessional teams: “Contact is not enough” to build a team. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 228-234, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19058243/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. e3390, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mTRS8Rrt5XYFyVQMvPpm6PH/?lang=pt#>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SCHMITT, Madeline *et al.* Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, [S.l.], v. 86, n. 11, p. 1351, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22030650/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

SEATON, J. *et al.* Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], p. 1-12, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311>. Acesso em: 13 abr. 2024.

SETIADI, A. P. *et al.* Factors contributing to interprofessional collaboration in Indonesian health centres: A focus group study. **Journal of Interprofessional Education & Practice**,

[S.l.], v. 8, p. 69-74, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.06.002>. Acesso em: 13 abr. 2024.

SHARP, Marsha. Enhancing Interdisciplinary Collaboration In Primary Health Care. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research**, [S.l.], v. 67, S1, p. S4—S8, set. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17020643/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

SHAW, A.; LUSIGNAN, S.; ROWLANDS, G. Do primary care professionals work as a team: a qualitative study. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 396—405, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500053454>. Acesso em: 12 abr. 2024.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rWDWr6W6r5StRGT9L8Fvvsv/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2024.

SILVA, A. M.; MIRANDA, L. Paradoxes and limits of interprofessional collaboration: analysis of an Extended Family Health and Primary Care Center. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. e00504189, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QWHT8phR4GFDTcFkxbr53S/?lang=pt#>. Acesso em: 21 set. 2022.

SILVA, B. G. A. **Comunicação entre as equipes de atenção básica a partir da referência e contrarreferência de criança/adolescente com doença crônica**. 2022. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, spe2, p. 16-24, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420150000800003>. Acesso em: 13 abr. 2024.

SIM, T. F. *et al.* Effective communication and collaboration with health professionals: A qualitative study of primary care pharmacists in Western Australia. **PLoS One**, [S.l.], v. 15, n. 6, p. e0234580, 11 jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234580>. Acesso em: 13 abr. 2024.

SIRIMSI, M. M. Scoping review to identify strategies and interventions improving interprofessional collaboration and integration in primary care. **BMJ Open**, [S.l.], v. 12, n. 10, p. e062111, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36302577/>. Acesso em: 14 out. 2023.

SILVA, J. W. S. B.; SILVA, J. C.; OLIVEIRA, S. R. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124 jan-mar, p. 32—46, 2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/2739>. Acesso em: 22 abr. 2024.

SILVA, J. W. S. B. **Núcleo de apoio à saúde da família: uma avaliação realista**. 2019. 123 pág. Dissertação (mestrado) -Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife,

2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55443>. Acesso em: 02 mai. 2024.

SILVA, P. A. *et al.* Governança e educação permanente em saúde: avaliação de mecanismos, contextos e resultados no Projeto Apoiadores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e190514, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NDjrRyVt4hn77gcRhPXnCLj/?lang=pt#>. Acesso em: 02 mai. 2024.

SPAGNOL, C. A. *et al.* Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe6, p. 185-195. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46nspe6/185-195/#>. Acesso em: 14 mar. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

TAMBASCO, L. P. *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, spe2, p. 140-151, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s212>. Acesso em: 13 abr. 2024.

TEELING, S. P.; DEWING, J.; & BALDIE, D. Developing New Methods for Person-Centred Approaches to Adjudicate Context-Mechanism-Outcome Configurations in Realist Evaluation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 2370, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8871803/>. Acesso em: 19 abr. 2024.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], 2018 Oct 2;169(7):467-473. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

VALDES, G.; SOUZA, A. S. Uso de prontuário eletrônico e parâmetros de acesso e acolhimento segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e04492023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tY8jgp7LMwygVGTK3S9568K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2024.

VICARI, T.; LAGO, L. M.; BULGARELLI, A. F. Realities of the practices of the Family Health Strategy as driving forces for access to SUS health services: a perspective of the Institutional Analysis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 135-147, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X9sQzY3Y9ztBwpzfJctqqPH/?lang=pt#>. Acesso em: 21 set. 2022.

VIÑAS MAESTRE, M.; CASTEL SIMÓN, S. Opinions and expectations of primary care professionals concerning teamwork. **Atención Primaria**, [S.l.], v. 26, n. 5, p. 309-313, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700786707>. Acesso em: 12 abr. 2024.

VITALI, Marieli Mezari *et al.* Job satisfaction and dissatisfaction in primary health care: an integrative review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0181>. Acesso em: 13 abr. 2024.

VOLTOLINI, B. C. *et al.* Estratégia saúde da família meetings: an indispensable tool for local planning. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. e20170477, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MmncBRhFVvvTvSBWdTBzXWs/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>. Acesso em: 15 out. 2023.

WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE (WHPA). **WHPA Statement on Interprofessional Collaborative Practice**. WHPA: Genebra, Suíça, 2019. Disponível em: <https://www.whpa.org/news-resources/statements/whpa-statement-interprofessional-collaborative-practice>. Acesso em: 26 nov. 2023.



XYRICHIS, Andreas; LOWTON, Karen. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. **International Journal of Nursing Studies**, Londres, v. 45, n. 1, p. 140-153, jan. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17383655/>. Acesso em: 12 abr. 2024.


YOUNG, S. K.; YOUNG, T. K. Assessing clinical support and inter-professional interactions among front-line primary care providers in remote communities in northern Canada: a pilot study. **International Journal of Circumpolar Health**, [S.l.], v. 75, n. 1, p. 32159, 31 jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3402/ijch.v75.32159>. Acesso em: 13 abr. 2024.

YONEKURA, T. *et al.* Realist review as a methodology for using evidence in health policies: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03515, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018037703515>. Acesso em: 19 abr. 2024.

APÊNDICES


APÊNDICE A – PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW REGISTRADO NA PLATAFORMA *OPEN SCIENCE FRAMEWORK*

 OSFHOME ▾
My Projects Search Support Donate  Francisco Marcelo Leandro Cavalcante ▾

Comunicação Interprofissional na Aten...
Metadata Files Wiki Analytics Registrations Contributors Add-ons Settings 

Comunicação Interprofissional na Atenção Primária à Saúde: scoping review


0.0B

Contributors: Francisco Marcelo Leandro Cavalcante, Joyce Mazza Nunes Aragão, Lívia Moreira Barros, Hellen Sziura, Thaís Menezes
Date created: 2023-12-05 01:33 PM | Last Updated: 2024-02-29 10:41 AM
Identifier: DOI 10.17605/OSF.IO/SVKWX
Category:  Project


Description: Scoping review that aims to map and analyze the scientific literature about interprofessional communication in Primary Health Care. The review will be guided by Joanna Briggs Institute Reviewer's Recommendations. The review research question is: What is the scientific evidence on Interprofessional Communication in the context of Primary Health Care?
To construct the research question the Population Concept Context Strategy was used, considering P (Population): Health professionals; C (Concept): Interprofessional Communication; C (Context): Family Health Strategy/Primary Health Care.

The search for studies will be carried out in the following databases: Scopus, Web of Science, Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line, Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Nursing Database, Spanish Bibliographic Index in Health Sciences, via the Virtual Health Library, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations, CAPES Catalog of Theses and Dissertations. Terms from the Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Heading Subjects (MeSH) will be used. Studies that deal with interprofessional communication in PHC, published without delineation of time and type of study, available in full in Portuguese, English or Spanish, will be included. Duplicate studies that do not answer the research question will be excluded. The scoping review will be operationalized with the help of the Rayyan program, to which the studies identified in the databases will be exported, as well as through which duplicates will be excluded. The search, selection and analyzes process of the studies will be conducted by two independent researchers. The information about the studies will be analyzed and organized in descriptive tables in order to facilitate the understanding of the results of the review. Furthermore, for analyze the studies, the Context-Mechanism-Result configuration mnemonic was used.

License: Add a license

Wiki 

Add important information, links, or images here to describe your project.

Files 

Click on a storage provider or drag and drop to upload

Citation ▾

Components

Add components to organize your project.

Tags

**APÊNDICE B – PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW SUBMETIDO EM FORMATO DE
ARTIGO À REVISTA PRÓ-UNIVERSUS**

Comunicação interprofissional na Atenção Primária à Saúde: protocolo de revisão de escopo

Interprofessional communication in Primary Health Care: scoping review protocol

Comunicación interprofesional en Atención Primaria de Salud: protocolo de revisión del alcance

Francisco Marcelo Leandro Cavalcante¹

Hellen de Paiva Szkura²

Thaís Lara Batista Menezes³

Nelson Miguel Galindo Nelo⁴

Lívia Moreira Barros⁵

Joyce Mazza Nunes Aragão⁶

1. Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil. E-mail: marceloleandrocavalcante98@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6143-1558>.

2. Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. E-mail: szkurahellenn@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6492-1613>.

3. Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. E-mail: thaislrb17@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0340-6593>.

4. Docente do curso de graduação em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Pesqueira, PE, Brasil. E-mail: nelsongalindont@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7003-165X>.

5. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil. E-mail: livia.moreirab@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9763-280X>.

6. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. E-mail: joyce_mazza@uvanet.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2865-579X>.

Autor correspondente:

Francisco Marcelo Leandro Cavalcante

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Sítio São Francisco, n. 201, Jordão, Sobral, Ceará, Brasil.

E-mail: marceloleandrocavalcnate98@hotmail.com

Resumo

Objetiva-se mapear as evidências científicas sobre a comunicação interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Trata-se Protocolo de *scoping review* elaborado conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute*. O protocolo foi registrado no site *Open Science Framework* com *link* de acesso: <https://osf.io/5vkwx/>. As buscas dos estudos serão realizadas nas bases de dados Scopus, *Web of Science (WOS)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line (PubMed/MEDLINE)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e *Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências de la Salud (IBECS)*. Serão utilizados termos de busca presentes nos Descritores em Ciências da Saúde e *Medical Heading Subjects*. O processo de busca, seleção e análise dos estudos será conduzido por três pesquisadores de forma cega e independente. Nos casos de divergência, um terceiro revisor tomará a decisão final. A extração de dados dos estudos será realizada mediante utilização de instrumento semiestruturado. Tais informações serão organizadas em planilhas no programa *Microsoft Excel* e, posteriormente, serão analisadas de forma descritiva e narrativa.

Palavras-chave: Comunicação; Relações Interprofissionais; Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The aim is to map the scientific evidence on interprofessional communication in Primary Health Care. This is a Scoping review protocol developed according to the recommendations of the *Joanna Briggs Institute*. The protocol was registered on the *Open Science Framework* website with an access link: <https://osf.io/5vkwx/>. The studies will be searched in the Scopus, Web of

Science (WOS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line (PubMed/MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Nursing Database (BDENF) and Spanish Health Sciences Bibliographic Index (IBECS). Search terms present in the Descriptors in Health Sciences and Medical Heading Subjects will be used. The process of searching, selecting and analyzing the studies will be conducted by three researchers blindly and independently. In cases of disagreement, a third reviewer will make the final decision. Data extraction from the studies will be performed using a semi-structured instrument. Such information will be organized in Microsoft Excel spreadsheets and, subsequently, will be analyzed in a descriptive and narrative way.

Keywords: Communication; Interprofessional Relations; Health Personnel; Primary Health Care.

Resumen

El objetivo es mapear la evidencia científica sobre la comunicación interprofesional en la Atención Primaria de Salud. Este es un *protocolo de revisión de alcance* desarrollado de acuerdo con las recomendaciones del *Instituto Joanna Briggs*. El protocolo se registró en el sitio web de *Open Science Framework* con *enlace* de acceso: <https://osf.io/5vkwx/>. Los estudios se buscarán en Scopus, *Web of Science* (WOS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (PubMed/MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Nursing Database (BDENF) y *el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud* (IBECS). Se utilizarán los términos de búsqueda presentes en los Descriptores en Ciencias de la Salud y en las *Asignaturas de los Títulos de Medicina*. El proceso de búsqueda, selección y análisis de los estudios será realizado por tres investigadores de forma ciega e independiente. En caso de desacuerdo, un tercer revisor tomará la decisión final. La extracción de los datos de los estudios se realizará utilizando un instrumento semiestructurado. Dicha información se organizará en *hojas de cálculo de Microsoft Excel* y, posteriormente, se analizará de forma descriptiva y narrativa.

Palavras chave: Comunicação; Relações Interprofissionais; Personal de Saúde; Atenção Primária de Saúde.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promove a descentralização do cuidado, possibilitando superar a visão centrada na doença para focar na prevenção do adoecimento e promover condições saudáveis de vida e de bem-estar à população. Ao fundamentar-se no cuidado centrado na pessoa, na orientação familiar e comunitária, atua de forma mais próxima às necessidades e realidades da população sobre a qual assume responsabilidade sanitária, oportunizando maior resolutividade aos problemas de saúde vivenciados¹.

Nesse contexto, para que o cuidado disponibilizado na APS seja efetivo e resolutivo, as equipes de saúde precisam atuar de forma conjunta e integrada, pautando-se em competências como a comunicação e a Colaboração Interprofissional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua que a prática colaborativa nos cuidados de saúde ocorre quando vários profissionais de diferentes áreas prestam serviços abrangentes, mediante atuação conjunta com os pacientes, famílias e comunidades para desenvolver, em todos os âmbitos, cuidados de alta qualidade².

Nessa perspectiva, para que haja um trabalho em equipe e interprofissional efetivo, elementos inerentes à colaboração precisam ser priorizados no processo micropolítico de trabalho na APS. Dentre eles, destaca-se a Comunicação Interprofissional (CIP), que consiste na comunicação com pacientes, famílias, comunidades, profissionais da saúde e de outras áreas de modo ágil, responsável, preciso, claro, conciso, abrangente, efetivo, transparente, colaborativo e respeitável^{3,4}.

Com isso, a CIP configura-se como competência que propulsiona a atuação em equipe à medida que possibilita maior integração, articulação e interdependência. Ademais, amplia a capacidade de envolvimento de todos os profissionais no processo decisório, promove a percepção de um contexto laboral de apoio confiável e saudável, que agrega os diferentes saberes, valores e opiniões⁵.

Todavia, existem barreiras que dificultam a efetivação da CIP na APS, das quais pode-se destacar a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, a baixa capacitação dos profissionais de saúde, a ausência de apoio organizacional, o desequilíbrio de poder entre os profissionais, a falta de clareza e da valorização do papel de cada membro da equipe, a resistência a mudanças e a comunicação frágil⁶. Estes entraves contribuem para a fragmentação do cuidado e a ocorrência de erros assistenciais, comprometendo, conseqüentemente, a resolutividade e a segurança dos cuidados prestados na APS.

Ante o exposto, é pertinente compreender como a CIP ocorre na APS, haja visto se oportunizará identificar as potencialidades e os desafios que permeiam o agir comunicativo

nesse âmbito de cuidados. Para tanto, é relevante o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática, visto que oportunizarão analisar, (re)pensar e ressignificar o processo micropolítico de trabalho e fortalecer a cultura de colaboração na APS mediante implementação de intervenções gerenciais e de educação permanente que visem aprimorar a comunicação e a Colaboração Interprofissional.

Deste modo, o objetivo deste estudo é apresentar protocolo de revisão de escopo que visa mapear as evidências científicas disponíveis sobre a CIP na APS.

Método

Desenho

Trata-se de protocolo de *scoping review* que será desenvolvido conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute*⁷ assim como o referencial teórico-metodológico de Arksey e O'malley⁸ (2005). O estudo seguirá as seguintes etapas: 1. Definição da questão de pesquisa; 2. Identificação dos estudos relevantes mediante buscas nas bases de dados; 3. Seleção e mapeamento dos estudos; 4. Extração dos dados dos estudos; 5. Interpretação dos resultados e apresentação final da revisão^{7,8}.

Outrossim, será utilizado o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist*⁹, que é uma lista de verificação com 20 itens essenciais e dois itens opcionais para aferir e garantir a qualidade metodológica dos relatórios das *scoping reviews*. Conforme as recomendações do JBI, o protocolo desta revisão foi registrado no site *Open Science Framework (OSF)*, com link de acesso <https://osf.io/5vkwx>.

Pergunta norteadora da revisão

Para a construção da pergunta norteadora da revisão, utilizou-se a estratégia População Conceito Contexto (PCC)⁷, em que se adotou P (População): Profissionais de saúde; C (Conceito): Comunicação Interprofissional; C (Contexto): Atenção Primária à Saúde. Assim, a questão norteadora será: Como ocorre a Comunicação Interprofissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde?

Critérios de Elegibilidade

Para compor a amostra da revisão, serão incluídos estudos que abordem a CIP na APS, publicados sem delineamento de tempo e tipo de estudo, disponíveis completamente na íntegra

nos idiomas português, inglês e/ou espanhol. Estudos duplicados e que não respondam à questão norteadora da revisão serão excluídos.

Fontes de dados e estratégias de busca

A busca de estudos será realizada nas seguintes bases de dados: Scopus, *Web of Science* (WoS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (PubMed/MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e *Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências de la Salud* (IBECS). Estas serão consultadas através do acesso à Comunidade Acadêmica Federada (Acesso CAFe) da Plataforma CAPES, mediante *Internet Protocol* (IP) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Para a composição das estratégias de busca foram utilizados termos controlados presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Heading Subjects* (MeSH), selecionados conforme os acrônimos da estratégia PCC, descritos no Quadro 1. Outrossim, foram empregadas palavras-chaves obtidas mediante leitura prévia de artigos sobre a temática, haja vista que isso se configura como estratégia pertinente para ampliar e/ou reduzir os resultados das buscas de estudos na literatura¹⁰. Assim, foram definidas as estratégias de busca descritas no Quadro 2.

Quadro 1 - Acrônimos da estratégia PCC e respectivos descritores/palavras-chave.

Estratégia PCC	Termos de busca DeCS/MeSH
População (P): Profissionais de saúde	<i>Health Personnel; Personnel, Health; Health Care Providers; Health Care Provider; Provider, Health Care; Healthcare Providers; Healthcare Provider; Provider, Healthcare; Healthcare Workers; Healthcare Worker; Health Care Professionals; Health Care Professional; Professional, Health Care; Health Professional; Healthcare Professional.</i>
Conceito (C): Comunicação Interprofissional	<i>Interprofessional Communication; Communication Barriers; Barrier, Communication; Barriers, Miscommunication; Miscommunications; Communication; Communication Barrier; Communication; Personal Communication.</i>
Conceito (C): Atenção Primária à Saúde	<i>Primary Health Care; Care, Primary Health; Health Care, Primary; Primary Healthcare; Healthcare, Primary; Primary Care; Care, Primary.</i>

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Quadro 2 – Bases de dados e estratégias de busca. Sobral, CE, Brasil, 2023

Base de dados	Estratégia de buscas
Scopus	<i>("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Health Professional" OR "Healthcare Professional") AND ("Interprofessional Communication" OR "Communication Barriers" OR "Communication Barrier" OR</i>

	<i>Communication OR "Personal Communication" OR "Interpersonal Communication") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care")</i>
PubMed/Medline e Web of Science	<i>("Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care" OR "Health Professional" OR "Healthcare Professional") AND ("Interprofessional Communication" OR "Communication Barriers" OR "Barrier, Communication" OR "Barriers, Communication" OR "Communication Barrier" OR Communication OR "Personal Communication" OR "interpersonal communication") AND ("Primary Health Care" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary")</i>
LILACS, BDENF, IBECs via BVS; ScieLO	<i>("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Health Professional" OR "Healthcare Professional") AND ("Interprofessional Communication" OR "Communication Barriers" OR "Communication Barrier" OR Communication OR "Personal Communication" OR "interpersonal communication") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care")</i>

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Seleção dos estudos

O processo de busca, seleção e análise dos estudos será conduzido por três pesquisadores de forma cega e independente. Vale destacar que, nos casos de divergência entre os dois pesquisadores, um terceiro revisor tomará a decisão final quanto a inclusão ou não do estudo.

Após identificação nas bases de dados, os estudos serão exportados para o *software Rayyan*, que permite a seleção dos estudos por dois pesquisadores ou mais de forma cega e independente. Por meio deste *software* serão excluídos os estudos duplicados, bem como será realizada triagem inicial das publicações mediante leitura de títulos e resumos.

Posteriormente a essa etapa, os estudos identificados serão lidos minuciosamente e serão selecionados os que comporão a amostra final da revisão, conforme os critérios de elegibilidade. Salienta-se que será construído um fluxograma com o detalhamento do processo de seleção dos estudos da revisão, indicando os resultados da busca e informações sobre a exclusão dos estudos e sua justificativa⁷.

Extração de dados

A extração de dados dos estudos que compuserem a amostra final da revisão será realizada mediante utilização de um instrumento semiestruturado, descrito na Figura 1, que é composto pelas seguintes variáveis: identificação do estudo (título, autor(es), periódico, país de origem, ano e periódico de publicação, objetivo e referência); aspectos metodológicos (tipo de

estudo, amostra e referencial teórico-metodológico utilizado); e principais resultados e implicações para a prática.

Essas informações serão digitadas e organizadas em planilhas do programa *Microsoft Excel*. Frisa-se que a extração dos dados será realizada por dois pesquisadores independentes, com posterior comparação dos resultados. Nos casos de divergência, um terceiro revisor tomará o consenso final junto aos demais pesquisadores mediante análise e discussão sobre os resultados identificados.

Figura 1. Instrumento para análise dos estudos incluídos na amostra final da revisão de escopo. Sobral, CE, 2023.

Identificação do estudo	
Título	
Autor(es)	
Periódico	
País de origem	
Ano de publicação	
Periódico de publicação	
Objetivo	
Referência	
Aspectos metodológicos	
Tipo de estudo	
Amostra	
Referencial utilizado	teórico
Principais resultados e implicações para a prática	

Fonte: Autor (2023).

Análise e apresentação dos dados

Os dados identificados serão analisados de forma descritiva e narrativa, considerando o objetivo do estudo e a questão de pesquisa. Outrossim, as informações extraídas dos estudos serão sintetizadas e disponibilizadas em quadros descritivos. Posteriormente, serão discutidos junto à literatura científica pertinente.

Discussão

As revisões de escopo constituem ferramenta ideal para determinar o escopo ou a cobertura de um determinado assunto na literatura. Ademais, por serem mais abrangentes, envolvem a utilização de critérios de elegibilidade menos restritivos, assim como geralmente

não englobam a avaliação da força das evidências e do risco de viés. Com isso, oportunizam disponibilizar uma visão geral, ampla, detalhada e clara dos estudos disponíveis sobre a temática de interesse^{7,11}.

Assim, acredita-se que os resultados da revisão poderão apresentar o estado da arte atual e construir um corpo de evidências sobre a temática em questão, possibilitando sensibilizar profissionais de saúde e gestores sobre a importância da CIP e estimular o aprimoramento das práticas colaborativas de cuidado na APS. Outrossim, o estudo poderá identificar lacunas de conhecimento que poderão ser supridas com estudos futuros sobre a temática.

Ademais, ao considerar que a CIP é uma competência profissional crucial para auxiliar os profissionais de saúde na resolução das demandas complexas da APS, que fortalece a Colaboração Interprofissional e oportuniza a superação da uniprofissionalidade e da fragmentação do cuidado¹², assim como tendo em vista a escassez de pesquisas sobre a temática, o presente estudo mostra-se como inovador ao buscar mapear a produção científica disponível sobre a CIP na ESF.

Conclusão

O presente estudo apresenta proposta de *scoping review* que possibilitará mapear as evidências científicas sobre a CIP na atenção primária, oportunizando identificar os nós críticos que permeiam o desenvolvimento da comunicação nesse âmbito assistencial. Com isso, espera-se estimular a implementação de intervenções que visem aprimorar e fortalecer a comunicação como ferramenta indispensável ao trabalho em equipe e à Colaboração Interprofissional na APS.

Referências

1. Martins MB, Carbonai D. Primary health care: brazilian trajectory and the local context in porto alegre. REAd. Rev eletrôn adm. 27 (03), Sep-Dec 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.331.107905>
2. World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>. Acesso em: 15 out. 2023.
3. Coifman AHM, Pedreira LC, Jesus APS, Batista REA. Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03781. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>

4. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice: version 3. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative, 2023. Disponível em: <https://www.ipeccollaborative.org/ipecc-core-competencies>. Acesso em: 25 jan. 2024.
5. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22:1525–34. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
6. Carron T, Rawlinson C, Arditi C, Cohidon C, Hong QN, Pluye P, *et al.* An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. *Int J Integr Care*. 2021 Jun 22;21(2):31. Doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.5588>
7. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI. 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
8. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
9. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467-473. Doi: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
10. Mattos SM, Cestari VRF, Moreira TMM. Scoping protocol review: PRISMA-ScR guide refinement. *Rev Enferm UFPI*. 12:e3062. Doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.3062>
11. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018 Nov 19;18(1):143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
12. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinary and interprofessionality in the family health strategy. *Trab educ saúde*. 2018 Jan;16(1):141–62. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DAS PUBLICAÇÕES
INCLUÍDAS NA *SCOPING REVIEW***

Identificação do estudo	
Título	
Autor(es)	
Periódico	
País de origem	
Anos de publicação	
Idioma	
Objetivo	
Referência	
Aspectos metodológicos	
Tipo de estudo	
Amostra	
Principais resultados	
Contextos (C)	
Mecanismos (M)	
Facilitadores	Dificultadores
Resultados (R)	
Positivos	Negativos

ANEXOS

ANEXO A – PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES EXTENSION FOR SCOPING REVIEWS (PRISMA-SCR) CHECKLIST

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	Click here to enter text.
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	Click here to enter text.
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	Click here to enter text.
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	Click here to enter text.
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Click here to enter text.
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	Click here to enter text.
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Click here to enter text.
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	Click here to enter text.
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Click here to enter text.
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	Click here to enter text.
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Click here to enter text.

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	Click here to enter text.
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Click here to enter text.
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Click here to enter text.
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Click here to enter text.
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	Click here to enter text.
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	Click here to enter text.
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	Click here to enter text.
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Click here to enter text.

JB I = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JB I guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169:467–473. doi: [10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850).