



**Gustavo Ferreira**

**FORMAÇÃO E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CENTRO PRÓ-  
SORRISO DA UNIVERSIDADE DE ALFENAS – UNIFENAS  
*TRABALHO EM EQUIPE E EDUCAÇÃO  
INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO ÀS  
DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS: UMA ANÁLISE***

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo  
2017



**Gustavo Ferreira**

**FORMAÇÃO E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CENTRO PRÓ-  
SORRISO DA UNIVERSIDADE DE ALFENAS – UNIFENAS**  
*TRABALHO EM EQUIPE E EDUCAÇÃO  
INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO ÀS DEFORMIDADES  
CRANIOFACIAIS: UMA ANÁLISE*

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

**Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista**

São Paulo  
2017

Ferreira, Gustavo

**Formação e atuação interprofissional no centro pró-sorriso da universidade de alfenas – UNIFENAS: *Trabalho em equipe e educação interprofissional na atenção às deformidades craniofaciais: uma análise*** / Gustavo Ferreira – São Paulo, 2017.

xix, 109f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS. Programa de Pós-Graduação do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: Interprofessional training and performance in the Pró-Sorriso center of the University of Alfenas - UNIFENAS: Teamwork and interprofessional education in the attention to craniofacial deformities: an analysis

Trabalho em Equipe; 2. Educação Permanente; 3. Formação Interprofissional; 4. Prática Colaborativa; 5. Deformidades Craniofaciais.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM  
SAÚDE**

**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM  
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Diretora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS):  
Profa. Dra. Lídia Ruiz-Moreno

Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da  
Saúde: Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

GUSTAVO FERREIRA

FORMAÇÃO E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CENTRO PRÓ-  
SORRISO DA UNIVERSIDADE DE ALFENAS – UNIFENAS: *TRABALHO  
EM EQUIPE E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO ÀS  
DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS: UMA ANÁLISE*

**Presidente da banca:**

---

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**Titulares:**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Luciana Ávila Maltagliati

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Lucia da Rocha Uchôa-Figueiredo

---

Prof. Dr. Sidney Marcel Domingues

**Suplente:**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Christine Barbosa Betty

## Dedicatória

Desde o início de nossas caminhadas muitos estiveram ombro a ombro conosco, nos mantendo soerguidos, como colocar a todos? Somente de uma maneira: dedico este trabalho a todos, todos mesmo, que em algum momento de minha breve existência tenham estendido sua mão em minha direção como gesto de carinho e conforto. Este momento não é meu, é de vocês!

## Agradecimentos

Realmente temos o hábito de pedir, raramente agradecemos, diariamente pedimos saúde, sabedoria, êxito financeiro e profissional... Mas eis o tempo de agradecer por aquilo que nos tornamos, vamos lá:

Ao Grande Artífice de todo o Universo pelo milagre de existir...

Aos meus Pais Percival (*in memoriam*) e Diná, que estudaram pouco devido às dificuldades do tempo, mas foram incansáveis incentivadores de todos os filhos da busca do saber acadêmico, obrigado por serem sábios batalhadores.

Aos meus seis irmãos por me ensinarem a ser tolerante e incansável caminhante.

À minha sogra Maria de Fátima (*in memoriam*) que ao sentir na própria pele a dureza do sistema biomédico me fez valorizar mais ainda este trabalho.

À Magda, minha esposa, por me incentivar, acreditar e me apoiar sempre.

Às minhas filhas Iara e Júlia que de minha parte nunca falte exemplo de luta e garra, amo vocês.

A você por ler este trabalho.

Ao meu orientador Prof. Nildo, um gigante em meu caminho, uma pessoa que mais me lembra um revolucionário de outrora que largou os louros da medicina para plantar uma sementinha em todos que cruzam o seu caminho! Obrigado por acreditar, obrigado por sonhar, obrigado por me lembrar que os sonhos são fundamentais!

A Prof.<sup>a</sup> Silvia Batista pelo sorriso largo, oratória fácil e envolvente.

Aos demais professores do CEDESS, vocês parecem terem sido escolhidos a dedo, obrigado, todos são excepcionais.

Aos funcionários do CEDESS pela retaguarda segura.

Ao Prof. Julian Orsi por me dar integral apoio.

Aos funcionários, professores e alunos que são ou passaram pelo Centro Pró-sorriso da UNIFENAS, continuem a trazer conforto para tão sofridos pacientes.

Aos professores que participaram da banca.

Finalizo agradecendo aos meus colegas de mestrado Turma 2014: aprendi muito com vocês, continuem especiais.

Daí, então, que nela (educação bancária): a) o educador é o que educa; os educandos, os que são educados; b) o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem; c) o educador é o que pensa; os educandos, os pensados; d) o educador o que diz a palavra; os educandos, os que escutam docilmente; e) o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados; f) o educador o que opta e prescreve sua opção; os educandos, os que seguem sua prescrição; g) o educador é o que atua; os educandos, os que têm ilusão de que atuam, na atuação do educador; h) o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele; i) o educador identifica a autoridade do saber como sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem se adaptar às determinações daquele; j) o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos. Se o educador é o que sabe, se os educandos são os que nada sabem, cabe àquele dar, entregar, levar, transmitir o seu saber aos segundos. Saber que deixa de ser de “experiência feita” para ser de experiência narrada ou transmitida. Não é de estranhar, pois, que nesta visão “bancária” da educação, os homens sejam vistos como seres da adaptação, do ajustamento. Quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele. Como sujeitos (Freire, 1976, p. 68).



## Sumário

Dedicatória.....	v
Lista de gráficos.....	x
Lista de quadros .....	xii
Lista de figuras .....	xiii
Lista de abreviaturas e siglas .....	xiv
Resumo .....	xv
Abstract.....	xvi
Apresentação.....	xvii
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
2.1 Objetivo geral.....	3
2.2 Objetivo específico .....	3
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
3.1 Deformidades Craniofaciais.....	4
3.2 Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa .....	8
3.3 A Educação Interprofissional na Educação Permanente .....	13
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>18</b>
4.1. Fundamentação metodológica .....	18
4.2 O Contexto da Pesquisa .....	19
4.3 A População de Estudo .....	20
4.4 Coleta de Dados .....	21
4.4.1 Escala Atitudinal Likert.....	21
4.4.2 Entrevista .....	25
4.5 Análise dos dados.....	26
4.6 Procedimentos éticos .....	27
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>29</b>

5.1	Concepções de trabalho em equipe e prática colaborativa de profissionais que atuam na atenção de pacientes com deformidades craniofaciais .....	31
5.2	Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente como uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais.....	41
5.3	A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.....	51
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>59</b>

**Bibliografia**

**Anexos**

**Apêndices**

## Lista de gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Pontuação Geral Atitudinal e por cada uma das Dimensões: 1. Concepções de trabalho em equipe e prática compartilhada de profissionais e alunos de pós-graduação na atenção de pacientes com deformidades craniofaciais; 2. Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente com uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais e 3. A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.....	29
<b>Gráfico 2</b> - Pontuação Média de cada Asserção .....	30
<b>Gráfico 3</b> - Pontuação Média das asserções que compõem a 1ª Dimensão: Concepções do trabalho em equipe e Prática colaborativa.. .....	31
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição percentual da Asserção 7- Em nosso cotidiano trabalhamos em equipe planejando coletivamente nossas atividades. São Paulo, 2017.....	34
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição percentual da Asserção 4 - A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica em uma série de competências que podem ser desenvolvidas por qualquer um dos profissionais que compõem a equipe. São Paulo, 2017. ....	36
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição percentual da Asserção 19- Realizamos periodicamente avaliações coletivas de nosso trabalho como equipe de atenção integral ao paciente com deformidades craniofaciais. São Paulo, 2017.....	37
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição percentual da Asserção 1 - A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica num cuidado integral multidisciplinar onde a troca de pareceres entre diferentes profissionais é muito importante. São Paulo, 2017.....	39
<b>Gráfico 8</b> - Pontuação Média das asserções que compõem a 2ª Dimensão.....	411
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição percentual da Asserção 6 - A Educação Permanente ocorre, predominantemente, atualizando cada uma das áreas profissionais que compõem a equipe. São Paulo, 2017. ....	44
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição percentual da Asserção 11- Na pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial os docentes estimulam momentos de troca de saberes entre os profissionais de áreas diferentes. São Paulo, 2017.....	46

<b>Gráfico 11</b> - Distribuição percentual da Asserção 5- Temos horários protegidos (reservados dentro de nossa carga horária semanal) reservados para o diálogo e troca de pareceres. São Paulo, 2017.....	47
<b>Gráfico 12</b> - Distribuição percentual da Asserção 8- Somos incentivados para uma educação permanente no cotidiano do nosso trabalho. São Paulo, 2017.. .....	48
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição percentual da Asserção 17- A qualificação do seu corpo docente tem sido estimulada de forma permanente. São Paulo, 2017. ....	49
<b>Gráfico 14</b> - Pontuação Média das asserções que compõem a 3ª Dimensão: A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.. .....	51
<b>Gráfico 15</b> - Distribuição percentual da Asserção 2 - Me sinto familiarizado com o termo Educação Interprofissional. São Paulo, 2017.. .....	53
<b>Gráfico 16</b> - Distribuição percentual da Asserção 15: Interprofissionalismo é a competência de trabalho em parceria na busca de objetivos comuns a serem alcançados. São Paulo, 2017.....	54
<b>Gráfico 17</b> - Distribuição percentual da Asserção 18: Para a prática interprofissional, a Educação Interprofissional é considerada uma estratégia de sucesso na Educação Permanente dos profissionais. São Paulo, 2017.....	55
<b>Gráfico 18</b> - Distribuição percentual da Asserção 12- No Centro Pró-sorriso, cada profissional da equipe ensina os demais colegas, assim como aprende com eles. São Paulo, 2017.. .....	56
<b>Gráfico 19</b> - Distribuição percentual da Asserção 14- As atividades no nosso trabalho em equipe preveem momentos de aprendizados em conjunto. São Paulo, 2017. ....	57

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Formação embrionária da face.....	6
Quadro 2. Caracterização dos respondentes da pesquisa.....	20
Quadro 3. Intervalo das médias e classificações – Pontuação da Escala Likert.....	26
Quadro 4. Categorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas com os participantes da pesquisa, correspondentes à primeira dimensão: Concepções de trabalho em equipe e prática colaborativa de profissionais e alunos de pós-graduação na atenção as deformidades craniofaciais. ....	32
Quadro 5. Categorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas com os participantes da pesquisa, correspondentes à segunda dimensão: Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente como uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais. ....	42
Quadro 6. Categorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas com os participantes da pesquisa, correspondente a terceira dimensão: A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.....	52

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Formação embrionária da face.....	5
<b>Figura 2.</b> As malformações labiopalatais estão representadas da esquerda para a direita e de cima para baixo nesta ordem: fissura pré-forame unilateral incompleta, fissura pré-forame bilateral incompleta, fissura pré-forame unilateral completa, fissura pré-forame bilateral completa, fissura transforame unilateral, fissura transforame bilateral, fissura pós-forame completa e fissura pós-forame incompleta.....	6

## Lista de abreviaturas e siglas

**ACP:** Atenção Centrada no Paciente

**CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**CAIPE:** Centro para o Avanço da Educação Interprofissional

**CAP:** Comunidade Ampliada de Pesquisa

**CNS:** Conselho Nacional de Saúde

**EIP:** Educação Interprofissional

**EPS:** Educação Permanente em Saúde

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família

**EUA:** Estados Unidos da América

**FCMS/JF:** Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

**HSF:** Hospital Sofia Feldman

**IES:** Instituição de Ensino Superior

**ILM:** Módulo de Aprendizagem Interprofissional

**OHWC:** Okotoks Health And Wellness Centre

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PIC:** Prática Interprofissional Colaborativa

**PROPET-saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde

**RIPLS:** Questionário de Avaliação de Aprendizagem Interprofissional em Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e esclarecido

**UNIFENAS:** Universidade de Alfenas

**UoNDRH:** Departamento de Saúde Rural da Universidade de Newcastle

**USP:** Universidade de São Paulo

**UTI:** Unidade de Tratamento Intensivo

**VER-SUS:** Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

**WHO:** World Health Organization

## Resumo

**Introdução:** As deformidades craniofaciais apresentam-se como uma situação complexa com consequências psicológicas, fisiológicas e sociais que exigem a intervenção de uma equipe com variados profissionais, como médicos, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, na perspectiva de uma equipe de Prática Colaborativa. Neste contexto, não tem como não mencionar a Formação Interprofissional para esta prática. Esta modalidade de Currículo Inovador, seja em graduação, pós-graduação, formação continuada ou em formação permanente tem sido um desafio atualmente. Segundo a OMS, a educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde. **Objetivo geral:** Investigar o processo de formação e educação permanente para o trabalho em equipe de docentes e discentes que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais com vistas à prática colaborativa e à integralidade do cuidado. **Objetivos específicos:** Apreender as concepções de trabalho em equipe e prática colaborativa de profissionais que atuam em deformidades craniofaciais, levantar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no seu processo de educação permanente como uma equipe de saúde, e avaliar a incorporação da Educação Interprofissional (EIP) à educação permanente das equipes. **Método:** O estudo foi quali-quantitativo, de natureza descritiva e exploratória, observando-se os preceitos éticos. A pesquisa se deu em duas etapas: a primeira foi a aplicação do Instrumento Atitudinal do tipo Likert respondido por 36 profissionais, sendo este construído com 3 dimensões fundamentadas nos objetivos do estudo. A segunda etapa foi a realização de entrevistas semi-estruturadas feitas com 15 profissionais (número que se deu pela saturação das informações). Os dados do Likert foram analisados estatisticamente e o conteúdo das entrevistas por meio de análise de conteúdo, modalidade temática e os dados posteriormente triangulados. **Resultados:** Os respondentes, em sua maioria, concordam com a eficácia do Trabalho em Equipe Colaborativo e entendem que esta prática deve ser melhorada, com a necessidade de intersecção de áreas de atuação profissional no cotidiano de suas atividades e com a importância do planejamento conjunto de ações, entendendo que este ponto deve ser intensificado. Diante das dificuldades vivenciadas na Educação Permanente da Equipe, observa-se um predomínio do enfoque multiprofissional de atuação, a predominância de um modelo de educação permanente multiprofissional, a necessidade de práticas com horários protegidos, formação e atuação interprofissional com metodologias inovadoras, existência de variáveis como falta de tempo, poucos recursos, individualismo, falta de motivação pessoal que atrapalham a EP da equipe. Em relação à Educação Interprofissional, os profissionais confundem EIP com formação fragmentada multiprofissional, reconhecem a EIP como uma estratégia de formação que possibilita que os mesmos adquiram um perfil holístico de atuação e saiam mais preparados para atuar em equipes com perfil colaborativo, percebem que a EIP melhora as relações profissionais, aumenta a resolutividade, diminui custos, diminui estresse, humaniza a relação profissional/paciente. **Conclusões:** Esperamos que este estudo subsidie propostas de intervenção, de forma dialogada, que permitam a constante evolução do atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais, em relação à comunidade e instituições congêneres.

**Palavras-chave:** Educação Permanente. Trabalho em equipe. Formação Interprofissional. Prática Colaborativa. Deformidades craniofaciais.



## Abstract

**Introduction:** Craniofacial deformities present a complex situation with psychological, physiological and social consequences that require the intervention of a team with a variety of professionals, such as physicians, dental surgeons, nutritionists, psychologists, social workers, from the perspective of a team of one Collaborative Practice. In this context, it is impossible not to mention the Interprofessional Training for this practice. This modality of Innovative Curriculum, whether in undergraduate, postgraduate, continuing education or in permanent formation has been a challenge today. According to WHO, inter-professional education occurs when students from two or more professions learn about each other, with each other and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes. **General objective:** To investigate the process of formation and permanent education for the teamwork of teachers and students who work in the care of patients with craniofacial deformities with a view to collaborative practice and integral care. **Specific objectives:** To understand the conceptions of team work and collaborative practice of professionals who work on craniofacial deformities, to raise the difficulties experienced by professionals in their process of permanent education as a health team, and value the incorporation of Interprofessional Education (IPE) to the permanent education of the teams. **Method:** The study was qualitative and quantitative, of descriptive and exploratory nature, observing the ethical precepts. The research was carried out in two stages: first was the application of the Likert type Attitudinal Instrument where 36 professionals answered, being this one constructed with 3 dimensions based on the objectives of the study. The second step was semi-structured interviews with 15 professionals (a number that occurred due to saturation of information). Likert data were analyzed statistically and content of the interviews by content analysis, thematic modality and the later triangulated data. **Results:** Respondents, for the most part, agree with the effectiveness of Collaborative Teamwork and understand that this practice should be improved, with the need to intersect areas of professional activity in the daily life of its activities and with the importance of joint planning of actions, understanding that this point should be intensified. Faced with the difficulties experienced in the Permanent Education of the Team, a predominance of the multiprofessional approach of action is observed, the predominance of a multiprofessional permanent education model; The need for practices with protected schedules, training and interprofessional work and with innovative methodologies, existence of variables such as lack of time, few resources, individualism, lack of personal motivation that disrupt the EP of the team. In relation to Interprofessional Education, professionals confuse IPE with fragmented multiprofessional training, recognize the IPE as a training strategy that allows them to acquire a holistic profile of performance and leave more prepared to act in teams with a collaborative profile, perceive that IPE improves professional relationships, increases resolution, decreases costs, reduces stress, humanizes the professional / patient relationship. **Conclusions:** We hope that this study will subsidize intervention proposals, in a dialogical way, that allow the constant evolution of care for patients with craniofacial deformities, relationship with the community and similar institutions.

**Keywords:** Permanent Education. Teamwork. Interprofessional Training. Collaborative Practice. Craniofacial deformities.

## **Apresentação**

Graduei-me em Odontologia no ano de 1994 por meio de um sistema tradicional de formação focado na doença e na busca “individual” de solução de problemas. Com experiência de dez anos como trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), cada vez mais parti em busca de conhecimentos que julgava necessários para a INTEGRALIDADE do cuidado na minha prática. Neste contexto, fiz cursos de especialização em Odontopediatria, Ortodontia, Implantodontia, Periodontia e Cirurgia e em Traumatologia Bucomaxilofacial.

Hoje tenho a percepção que atenção integral só se consegue através de multiplicidade de olhares, entendendo que ninguém consegue ver o todo e solucionar tudo; falar em saúde é falar em complexidade, na busca por mudança de hábitos deletérios e isto é fruto de variados olhares (de diferentes profissionais). Consigo perceber que minha busca era de conhecimentos que possibilitassem atender o “Ser Humano” como um todo.

A vivência no curso de especialização em Traumatologia Bucomaxilofacial me remeteu a novas realidades como a vivência hospitalar e atividades no Centro Pró-Sorriso, onde profissionais das mais diversas áreas trabalham em espaços comuns, principalmente no atendimento a pacientes acometidos de Lábio Leporino e/ou fenda palatina.

Participar da atenção a pacientes com deformidades craniofaciais, geralmente acometidos por síndromes, me incentivou a conhecer com maior profundidade a atuação de uma equipe na atenção a estes pacientes.

## 1. INTRODUÇÃO

*“A verdadeira igualdade consiste em tratar-se igualmente os iguais e desigualmente os desiguais a medida em que se desigualem”. Aristóteles*

A atenção aos pacientes com deformidades craniofaciais exige a atuação de variados profissionais reunidos em equipes de atenção à saúde. Como comenta Kuhn e colaboradores (2012), devido à complexidade do problema (geralmente síndromes), as más formações além de afetarem a parte física trazem consequências psicológicas, fisiológicas e sociais ao paciente, que demandam a atuação de diferentes profissionais como médicos, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros.

O atual modelo de atendimento em saúde é muito custoso e, frequentemente, incapaz de atingir, numa perspectiva de integralidade do cuidado, a totalidade de pessoas necessitadas. Acreditamos que não é o número de profissionais que trará a solução para melhor atenção à saúde de nossa população, mas a redução da fragmentação do cuidado que, muitas vezes, ainda ocorre.

O que ainda predomina é a formação de profissionais focados em seus cursos, sem oportunidade, na graduação, de se aproximar das demais profissões da área da saúde. A Educação Interprofissional (EIP) propõe uma formação compartilhada entre as profissões, contribuindo com a formação de profissionais de diferentes áreas da saúde, estimulados a aprender juntos, com e sobre as outras profissões da saúde. Os princípios da EIP se aplicam tanto para graduação, quanto para educação permanente de profissionais (MÂNGIA, 2009; MASSAROLI, 2008; DUARTE, 2012).

O *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* promovido Pela Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e com dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde não atendidas, o que não é diferente no Brasil. A força de trabalho de saúde atual e futura é desafiada a atuar frente aos problemas de saúde cada vez mais complexos. Evidências mostram que a oportunidade desses profissionais de saúde poderem percorrer um sistema com oportunidades para

adquirirem experiência interprofissional os ajuda a conquistar habilidades necessárias para serem parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para tal prática (OMS, 2010).

A Prática Colaborativa é fruto da formação Educacional Interprofissional (EIP), ou seja, várias profissões constroem seus saberes juntos em determinadas fases de suas graduações. Nos primeiros anos, eles passam a maior parte do tempo em conjunto, com disciplinas comuns à formação de todo profissional da área da saúde, sendo que este tempo de convívio vai diminuindo à medida que cada profissão vai adentrando nas disciplinas de maior especificidade, chegando ao ponto de apenas terem reuniões semanais, em conjunto, no último ano. Desta forma, aprende-se a valorizar o conhecimento de cada profissional, por meio da instrução conjunta, com ou sobre as outras profissões (FORTE & FOWLER, 2009). A EIP estimula a formação de profissionais colaborativos e em condições de estimular esta prática nas equipes da saúde nas quais estão inseridos (MÂNGIA, 2009; DUARTE, 2012).

Conhecendo-se as vantagens da EIP e da prática colaborativa, perguntamos:

Qual a concepção de trabalho em equipe e prática colaborativa de profissionais e alunos de pós-graduação que atuam em deformidades craniofaciais?

Quais as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no seu processo de educação permanente como uma equipe de saúde, considerando-se as especificidades de cada profissão?

Como preparar estes profissionais para que desenvolvam suas práticas comprometidas com a integralidade do cuidado?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar o processo de formação e educação permanente para o trabalho em equipe de docentes e discentes que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais com vistas à prática colaborativa e à integralidade do cuidado.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Apreender as concepções de trabalho em equipe e prática colaborativa de profissionais que atuam em deformidades craniofaciais.
2. Levantar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no seu processo de educação permanente como uma equipe de saúde.
3. Avaliar a incorporação da Educação Interprofissional (EIP) à educação permanente das equipes.

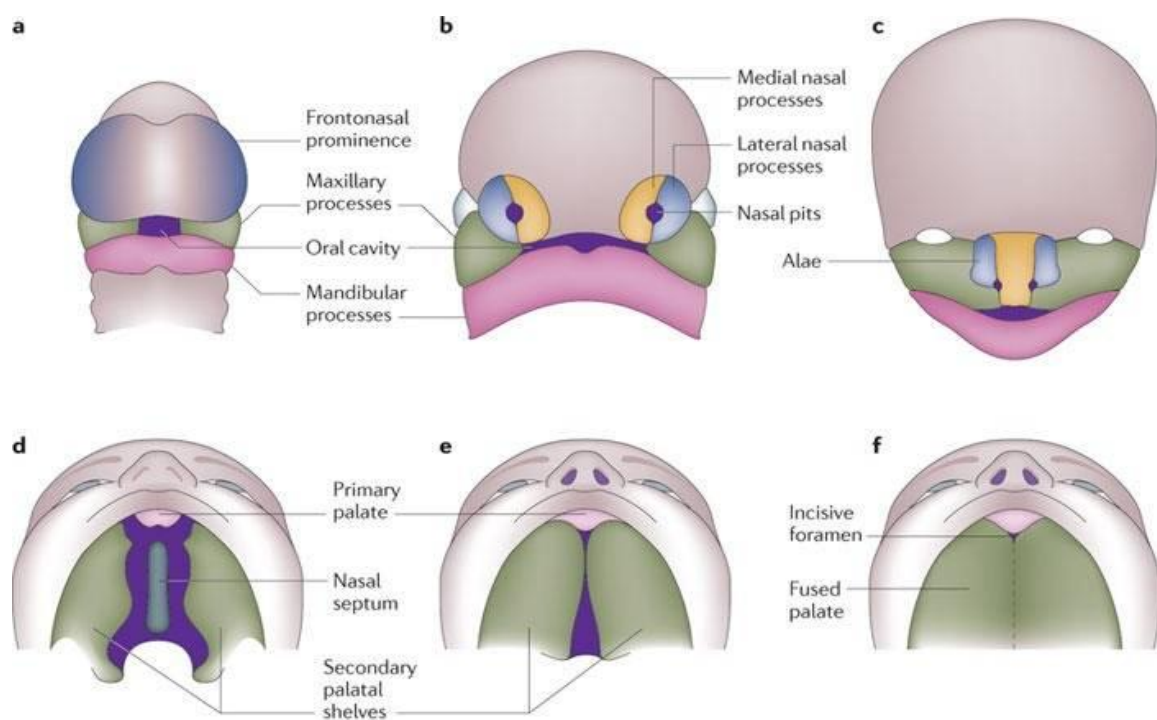
### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Deformidades Craniofaciais

Para Kuhn *et al.* (2012), o tratamento de deformidades craniofaciais exige a intervenção de uma equipe com vários profissionais, devido à complexidade do problema. As más formações trazem consequências psicológicas, fisiológicas e sociais para os acometidos pela deformidade, que passam a demandar tratamento multiprofissional: médicos, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros. As pesquisadoras relatam que as fissuras labiopalatinas podem desencadear uma série de alterações com consequências na fala, na alimentação, no posicionamento dentário e na estética. Sem a devida atenção, podem surgir sequelas como perda da audição, problemas de fala, déficit nutricional e até o preconceito social. Relatam ainda que a fenda pode se estender até o palato, o que provoca aumento no risco de aspirar o alimento, o que pode causar infecções como otites e pneumonias devido à comunicação buconasal. As otites recorrentes podem prejudicar a evolução da fala e linguagem. Anemias são frequentes, uma vez que estes pacientes têm dificuldade em se nutrirem adequadamente. O aleitamento materno, com toda dificuldade principalmente nos casos pós-forame, é o melhor para se evitar infecções e combater a anemia, além de colaborar no desenvolvimento da musculatura perioral e manter a produção do leite materno.

As lesões labiopalatais são deformidades congênitas e hereditárias que ocorrem na fase embrionária. Têm como principais causadores o estresse, as medicações (dentre elas os anticonvulsivantes), a desnutrição, o uso de drogas, álcool, tabagismo, dentre outras causas. O diagnóstico pode ser feito ao nascer, antes ou durante a gestação, no pré-natal, por meio de exames de ultrassonografia. Na cidade de Alfenas (MG), as mães são encaminhadas ao Centro Pró-Sorriso para as devidas orientações e acompanhamento do caso do paciente. O tratamento, que tem início ao nascer, segue até os 21 anos de idade, quando termina a formação óssea do crânio. Mas o vínculo do paciente com a equipe continua. Durante toda a vida do paciente são realizadas visitas de manutenção e reavaliação do tratamento (ORSI, 2006).

Para Vasconcelos *et al.* (2002), as fissuras labiopalatinas ocorrem em decorrência de uma alteração na velocidade de migração das células da crista neural durante o fenômeno de fusão das proeminências faciais. As fissuras labiais ocorrem pela deficiência de fusão dos processos frontonasais (por volta da 6ª semana) e as palatinas pela deficiente fusão das placas palatinas do processo maxilar (por volta da 9ª semana). A falta de migração do mesoderma entre os processos faciais, também resulta no surgimento de fissuras. Estas são as deformidades faciais mais prevalentes na raça humana, podendo não se manifestar isoladamente, ocorrendo associadas a síndromes ou outras anomalias. De acordo com a literatura os principais fatores causadores de fissuras são: hereditariedade, doenças durante a gravidez (sífilis, rubéola), alimentação inadequada da futura mãe (álcool, drogas). A literatura revelou, em relação à incidência das malformações na população mundial, a variação é de 1,0/1.000 a 2,21/1.000 nascidos vivos, enquanto que no Brasil os números variam em torno de 1/650; o gênero masculino é mais afetado que o feminino; as fissuras de lábio com comprometimento palatal são mais frequentes; o lado mais acometido é o esquerdo; a raça branca é mais afetada que a negra, entretanto são os asiáticos que possuem a maior incidência de malformações labiopalatais.



Nature Reviews | Genetics

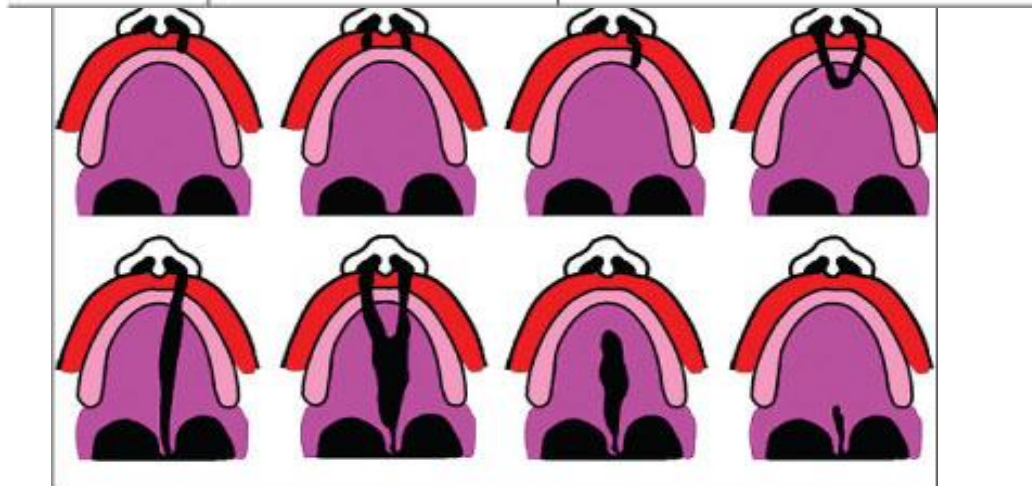
Fonte: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3086810/?tool=pubmed>

**Figura 1. Formação embrionária da face**

Cymrot *et al.*, (2010) através de estudo de prevalência de deformidades craniofaciais, relatam que as fissuras transforame são as mais prevalentes dentre todos as possibilidades. Em relação ao lado, as esquerdas são mais frequentes que as do lado direito; as fissuras transforame são mais comuns no sexo masculino e as pós-forame são mais prevalentes nas mulheres. Os autores utilizaram a classificação das fissuras feita por Spina:

**Quadro 1. Classificação dos tipos de fissura labiopalatina**

<b>Quadro 1 - Classificação dos tipos de fissura labiopalatina.</b>		
Spina et al. (1979)	Fissuras pré-forame incisivo	São as fissuras labiais unilateral, bilateral e mediana
	Fissuras transforame incisivo	São as de maior gravidade, unilaterais ou bilaterais, atingindo lábio, arcada alveolar e todo palato
	Fissuras pós-forame incisivo	São fissuras palatinas, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, ou nas demais partes do palato duro e mole



**Figura 2. As malformações labiopalatais estão representadas da esquerda para a direita e de cima para baixo nesta ordem: fissura pré-forame unilateral incompleta, fissura pré-forame bilateral incompleta, fissura pré-forame unilateral completa, fissura pré-forame bilateral completa, fissura transforame unilateral, fissura transforame bilateral, fissura pós-forame completa e fissura pós-forame incompleta.**



Para Loffredo, Gomes & Grigolli (2001), a incidência de deformidades sofreu incremento de 2,58 vezes em 20 anos de registro de dados, mas os pesquisadores colocam em dúvida se este incremento é devido à maior procura por atendimento pela população acometida ou por um real aumento de casos.

Para Dixon (2011), fissuras do lábio e/ou palato são defeitos congênitos na face mais comuns, sendo de etiologia complexa. Fissuras labiopalatais podem ocorrer isoladamente ou como parte de uma síndrome. Embora tenha havido um progresso acentuado na identificação das fissuras labiopalatais sindrômicas, a etiologia das formas mais comuns não-sindrômicas (isoladas) permanece mal caracterizada. Recentemente, usando uma combinação de epidemiologia, fenotipagem, estudos de associação ao nível do genoma e análise em animais, vários fatores de riscos genéticos e ambientais foram identificados e confirmados para efeitos não-sindrômicos das malformações labiopalatais, como fatores químicos, ambientais e físicos.

Vanz & Ribeiro (2011) relatam que,

durante o período gestacional, tanto a mãe quanto o pai idealizam seu bebê e criam expectativas de uma criança perfeita. Mas somente após o nascimento do filho se desfaz a lacuna entre o imaginário dos pais com o recém-nascido real. Quando ocorre um desvio do que era esperado, o nascimento de uma criança malformada, os pais sofrem a eclosão de emoções e sentimentos inesperados para aquele momento. O filho malformado fere o narcisismo materno, infringe sua fantasia de perfeição, revelando suas limitações e a sensação de incapacidade de gerar um bebê saudável. Os filhos fantasmático e o imaginário, que possuem importante função na relação fantasiosa e no psiquismo da mãe, surgem desvalorizados, permanecendo na irrealidade e no sonho (Vanz & Ribeiro, 2011, p. 597).

### 3.2 Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa

Para Macedo & Martin (2014) a Constituição Federal de 1988 define como INTEGRALIDADE a articulação dos vários níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS, através da aglutinação de ações tanto no âmbito assistencial como preventivas, em quaisquer níveis de atuação na prestação do cuidado (primário, secundário e terciário), ou seja, articular para buscar a limitação do dano à saúde do beneficiário.

Segundo Mângia (2009), a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe mudanças e desafios na elaboração de um novo modelo assistencial, na sua manutenção e no seu constante aprimoramento. Para a autora, o novo formato se embasa na contestação ao modelo tradicional biomédico e centralizado nos médicos, com diversas iniciativas que buscam desenvolver o trabalho em equipe focado nas necessidades dos usuários em detrimento da fragmentação de ações, características da formação tradicional.

Para Pinho (2006), a busca pela qualidade na atenção em saúde foi estimulada pela introdução da Integralidade na Assistência nos anos 90, definida como *“um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (lei 8080/90), demandando maior interação profissional. Para o autor, o trabalho em equipe redesenha o trabalho e promove a qualidade dos serviços, resultando em maior planejamento, estabelecimento de prioridades, diminuição da duplicidade de serviços, intervenções mais criativas, diminuição de procedimentos desnecessários pela falta de comunicação e redução de rotatividade profissional, o que resultou em diminuição de custos podendo ser usados na melhoria do sistema. Como dificuldade para este trabalho, destaca-se a visão reducionista e fragmentada do ser humano oriunda de uma formação frequentemente focada no especialismo e na compartimentalização do saber.

Com a criação do SUS e seus princípios de universalidade, equidade e integralidade do cuidado, um perfil generalista de atuação e a busca de meios que melhorem a qualidade de vida das pessoas tornou-se uma tendência, em contraponto ao alto custo do especialismo e da fragmentação do cuidado na saúde pública. Estas mudanças incluem a interdisciplinaridade, mudança dos cenários, estímulo às ações educativas quanto à qualidade sanitária e psicossocial, integração

ensino-serviço-pesquisa, abordagem problematizadora na formação, educação permanente e compromisso ético, humanístico e social atuando em equipe (CAMPOS & BELISÁRIO, 2001).

Silva (2011) enfatiza a necessidade de atualização e aprofundamento dos conhecimentos ao longo da vida profissional. Neste sentido, comenta a importância do conhecimento entre as profissões. Para o autor, este modelo vai ao encontro de uma forma de trabalho colaborativo, e em constante interação com outros profissionais. Cita Delors (2000, p. 31) quando afirma “*que a educação, para dar resposta ao conjunto das suas missões, deve ser organizada em torno de quatro aprendizagens fundamentais, que serão ao longo da vida os quatro pilares do conhecimento: aprender a conhecer (ou aprender a aprender, adquirir os instrumentos de compreensão), aprender a fazer (para poder agir sobre o meio envolvente), aprender a viver juntos (a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas) e aprender a ser (via essencial que integra as três precedentes)*”.

Pinho (2006) refere que o trabalho em equipe colaborativo aparece como uma forma de se redesenhar as atividades em saúde, promovendo uma maior qualificação dos serviços. Neste complexo processo de reorganização cita o planejamento dialógico, a estipulação de prioridades, a diminuição de serviços duplicados, o estímulo à intervenções mais criativas e a diminuição de atuações descontextualizadas por falta de comunicação.

Para Robbins (2006), integrar equipes melhora o desempenho em tarefas que requerem múltiplas habilidades, julgamentos e experiências. O autor distingue grupo de trabalho de equipe: no grupo o processo de interação se dá por meio do compartilhamento de informações e das tomadas de decisão, ajudando cada membro no seu desempenho individual e específico. Equipes se orientam pelos esforços individuais que resultam em um nível de desempenho maior. Para isto, deve-se levar em conta a complexidade e a necessidade de diferentes perspectivas, criando um propósito comum ou conjunto de metas para que os membros trabalhem conjuntamente, de forma interdependente e sinérgica, tornando o trabalho individual mais eficiente. Para isto, deve existir motivação, liberdade, autonomia, oportunidade de utilização de diferentes habilidades e talentos.

A atenção em saúde passa por uma crise mundial, não só em virtude do alto custo mas também ao fato de que o crescimento do número de profissionais não

supera a evolução da demanda na saúde. Estudos de longo prazo da OMS comprovam que o trabalho em equipe colaborativo é uma das soluções, por dinamizar e aumentar a resolutividade na atenção em saúde, racionalizar a assistência, garantir a melhor relação custo-benefício na atenção e ampliar o acesso e a cobertura dos grupos atendidos. O trabalho em equipe e a prática colaborativa têm a característica de integrar as diversas áreas da saúde, o que é imprescindível para a consolidação de práticas baseadas na nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. Já em 1978 a OMS reconheceu a importância da educação Interprofissional como ação fundamental na atenção primária, passando a estimular grupos de estudos nesta área. Dez anos depois foi apresentado o documento “Learning together to work together for health” (Aprender junto para trabalhar junto em saúde), sendo considerado um marco sobre EIP, incentivando iniciativas e articulações por todo o mundo (WHO, 1988).

Neste contexto, atualmente se destacam os fundamentos da Atenção Centrada no Paciente (ACP) e na sua relação com a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) na atenção primária à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Agreli *et al.* (2016) comentam que a ACP salienta uma perspectiva ampliada do cuidado à saúde, a participação do paciente no cuidado, a participação social e a relação interprofissional e profissional/paciente. A PIC, por sua vez, destaca a interação, a articulação, a interdependência, a reflexividade e os objetivos comuns.

A definição da prática interprofissional colaborativa adotada pelo Okotoks Health and Wellness Centre (OHWC) in Okotoks, Alberta, no Canadá é de “pessoas que trabalham e aprendem uns com os outros para o benefício do paciente” (Pyle *et al.*, 2009, p. 532-3).

Burzotta & Noble (2011), relatando o envolvimento da equipe e as tomadas de decisões conjuntas com o paciente e a família ao se tratar de pacientes com carcinoma terminal, referem aos estágios descritos na Teoria Reflexiva de Gibbs, ressaltando sua importância. Estes estágios são a descrição do acontecimento, a discussão das sensações encontradas, a avaliação dos aspectos positivos e negativos da experiência, a análise do acontecimento, a conclusão da experiência geral e a elaboração de plano de ação para ser aplicado a experiências similares encontradas novamente.

Grap *et al.* (2003) enfatizam que a necessidade de prestar atendimento eficiente exige a colaboração de todas as áreas envolvidas nos cuidados aos

pacientes e que a adoção de protocolos para desmame de pacientes em ventilação mecânica feito por equipe colaborativa acelera este processo, ajudando na redução do tempo de permanência em UTI e seus respectivos custos.

Para Lima (2005), a tecnologia tem modificado substancialmente os meios de relações interpessoais, o que trouxe novos conceitos de produção resultantes de construções histórico-político-econômicas. Para o autor, a relação de trabalho se transformou em motivo de luta e o controle sobre ele passa a não ser unilateral. Portanto, o gerenciamento do trabalho foi ampliado para uma percepção que vai para além do produto, sendo fundamental a incorporação das inter-relações entre os sujeitos saindo, assim, de um modelo objetivista (taylorista-fordista) para um modelo de relação intersubjetivo.

Duarte *et al.*, (2012) comentam que a prática de um modelo de gestão compartilhada se mostra favorecedora do trabalho em equipe, pois incentiva o convívio de profissionais nos momentos formadores.

Quando falamos em Prática Colaborativa não temos como não mencionar a Formação Interprofissional, seja na graduação, pós-graduação, formação continuada ou na educação permanente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde (OMS, 2010).

Neste contexto, a Educação Interprofissional tem sido estimulada em vários países. A The network (2016), é um exemplo de redes que estudam a EIP sendo uma grande produtora de pesquisas neste campo. O “Centro para o avanço da educação interprofissional” CAIPE (CAIPE, 2016) preconiza não apenas substituir o termo multiprofissional por interprofissional, mas enfatiza a importância de se repensar as estruturas de aprendizado, passando a ser “com, para e sobre” as mais variadas profissões em saúde, em detrimento da simples convivência em um mesmo local de aprendizagem.

Peduzzi *et al.* (2013) referem a educação interprofissional como uma educação compartilhada e interativa entre os sujeitos de diferentes áreas, seja na teoria ou na prática, constituindo-se em uma metodologia inovadora, muito útil na área da saúde por promover a integração e colaboração dentro das equipes, ampliar o foco nas necessidades de saúde dos usuários e da população, melhorando

sensivelmente as respostas dos serviços quanto às necessidades e a qualidade da atenção.

### 3.3 - A Educação Interprofissional na Educação Permanente

O trabalho em equipe interprofissional é resultante de relações recíprocas da articulação e da interação das ações executadas pelos seus integrantes. Peduzzi (2011) adverte que não basta “juntar” profissionais de diferentes formações e que trabalhar harmonicamente e compartilhar uma mesma situação não torna, necessariamente, uma equipe integrada. Em saúde, as ações não se articulam naturalmente, requerendo que os profissionais reconheçam necessidades da situação e estabeleçam conexões permitindo que os nexos existentes entre as intervenções realizadas (inerentes a cada profissão) se deem de forma compartilhada e participativa.

Ceccim (2005) traz considerações sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito técnico e relacional. No primeiro, considerou a atualização teórica, metodológica, científica e tecnológica no cotidiano da prática; na parte relacional, a construção permanente de relações e processos, que vão do interior das equipes atuantes (seus agentes e as práticas organizacionais) às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais. A EPS pode enfrentar problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas.

O autor considera a EPS como parte de um Quadrilátero de Formação: a) Educação dos profissionais de saúde mudando a concepção hegemônica tradicional biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão do saber para uma concepção construtivista que prima pela interatividade e problematização das práticas e dos saberes; b) Construção de novas práticas, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento; c) Reconfiguração de maneira criativa e original da rede de serviços, protegendo as redes de atenção e avaliando a satisfação dos usuários; d) iniciativas por meio de movimentos sociais, valorizando a percepção ampliada dos que lutam por saúde e o fomento do atendimento às necessidades sociais por saúde (CECCIM, 2005).

Carotta *et al.* (2009) relatam uma experiência de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), proposta pelo Ministério da Saúde no município de Embu, Estado de São Paulo. Tratou-se de uma iniciativa

municipal com o intuito de identificar e definir ações educativas na qualificação, na atenção e na gestão em saúde. Reforçam que a EPS se fundamenta na busca de reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, visando mudanças nas relações nos atos de saúde e na atuação das pessoas, bem como de outras faces como maior controle social, repolitização na atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), maior protagonismo tanto de usuários quanto de trabalhadores na saúde-doença e impacto positivo em relação à saúde individual e coletiva de toda a comunidade.

Batista (2012) relata que a EIP parte do pressuposto de uma educação dialógica, crítica e transformadora da realidade. A EIP foca no interprofissionalismo, onde o trabalho em equipe, a discussão de papéis, comprometimento na solução dos problemas e negociação nas tomadas de decisões devem ser rotina. Neste contexto, adverte que é necessário valorizar as diferentes áreas de atuação, considerar o outro como parceiro na construção do saber e respeitar as diferenças entre os membros da equipe, estimulando o desenvolvimento de três competências nas profissões envolvidas no processo interprofissional de aprendizagem: comuns, específicas e colaborativas.

Reeves (2016) comenta que a EIP tem crescido muito desde o seu surgimento há 30 anos em vários Países como os EUA, Canadá, Reino Unido e Austrália). Refere o avanço no entendimento de métodos interativos de aprendizado, conhecimento de dinâmicas de grupo e confiança em trabalhar com grupos interprofissionais. Destaca que o apoio institucional e a presença de liderança com interesse, conhecimento e experiência são fundamentais para impulsionar um programa de EIP.

O autor reforça a definição de EIP como uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração, a qualidade da atenção à saúde e quebrar os estereótipos hostis. Defende que esta forma de educação é uma estratégia importante para garantir uma atenção à saúde segura e eficaz, destacando ainda que estudantes de graduação participam da EIP reforçam as suas identidades profissionais se situando melhor dentro de equipes, e a EIP na fase de pós-graduação melhora a comunicação entre profissionais e suas respectivas práticas.

Batista (2012) relata uma experiência de EIP na UNIFESP Baixada Santista na formação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores



físicos, nutricionistas e assistentes sociais, na qual os alunos passam 80% do seu tempo juntos no primeiro ano, 40% no ano seguinte, 20% no terceiro ano e ficando com reuniões semanais a partir do quarto ano. Neste projeto, o ensino se dá em 4 eixos, dos quais 3 são comuns a todas as profissões: O Ser Humano em sua dimensão biológica, o Ser Humano em sua inserção social e Trabalho em saúde. O quarto eixo trabalha as questões específicas de cada área profissional.

O autor comenta que esta iniciativa tem passado por várias avaliações e pesquisas financiadas por agências de fomento, por meio de diversas metodologias, como grupos focais envolvendo professores e alunos, prova do progresso, utilização de instrumentos qualitativos e quantitativos, mostrando diferenciais significativos na formação dos estudantes (BATISTA, 2012).

Aguilar-da-Silva, Scapin & Batista (2011) avaliaram a formação interprofissional que acontece através do Programa Integrador que faz parte da formação em atenção básica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF), onde alunos de medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia e odontologia, nesta estratégia, durante os 6 (seis) semestres iniciais de seus cursos, os estudantes atuam em conjunto por meio de uma equipe interprofissional. Os resultados obtidos nesta pesquisa revelaram a positividade da formação interprofissional em saúde no que se refere à colaboração e ao trabalho em equipe.

Na Universidade de Linköping, na Suécia, uma iniciativa baseada na Educação Interprofissional (EIP) foi introduzida na qual uma ala de treinamento foi desenvolvida para proporcionar aos alunos experiência interprofissional no desenvolvimento do raciocínio clínico. Este modelo foi posteriormente introduzido como projeto piloto para treinar interprofissionalmente estudantes na ala psiquiátrica do Royal London Hospital, no Reino Unido. Os pacientes avaliaram os estudantes e os professores avaliaram os atendimentos através de questionário Likert, e questões abertas. Os estudantes relataram que houve oportunidades de aprendizagem e reflexão sobre as práticas, uma maior compreensão tanto do seu próprio papel quanto de outros integrantes da equipe e que o contato foi positivo. Concluíram que o contato clínico com pacientes, apoiados por uma equipe multiprofissional treinada ofereceu aos alunos novas perspectivas sobre o trabalho em equipe e uma compreensão mais profunda da filosofia dos cuidados (DANDO *et al.*, 2012).

Forte & Fowler (2009) relatam as experiências de tutores e estudantes em uma unidade de atividades de aprendizagem comuns, denominada "Preparação

para a Prática” com graduandos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Diagnóstico Radiográfico e Terapêutica Radiológica na London South Bank University (Inglaterra). Utilizaram grupos focais para avaliar a experiência. Os estudantes e preceptores indicaram as seguintes dificuldades: trabalhar com grupos com diferentes formas de pensar, variados níveis de maturidade e de motivação, tratamento igual no processo de ensino e no conteúdo da unidade. Como benefícios destacaram o aprimoramento da comunicação entre os grupos profissionais, a quebra de barreiras e estereótipos proporcionando maior valorização das diferentes profissões e a possibilidade dos alunos aprenderem entre si e com os outros. Destacaram também que os métodos de ensino interativos e práticos da Educação Interprofissional foram essenciais para o êxito do aprendizado de estudantes com diferentes níveis.

Bridges *et al.* (2011) apresentam a educação interprofissional de acordo com o modelo instaurado pelo Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America como uma abordagem curricular que prepara estudantes de saúde para serem futuros membros de equipes interprofissionais colaborativas. Neste artigo três universidades, a Universidade Rosalind Franklin de Medicina e Ciência, a Universidade da Flórida e a Universidade de Washington descrevem seus modelos curriculares de treinamento de educação interprofissional colaborativa, sendo um programa didático na graduação, uma experiência na atenção à comunidade e uma simulação interprofissional, respectivamente.

Os autores comentam que o programa didático focou nas habilidades interprofissionais em equipes, nas especificidades de cada profissão, no cuidado centrado no paciente, no aprendizado prático, no fator cultural nos atendimentos em saúde e no atendimento interprofissional. A experiência na atenção à comunidade através da atuação interprofissional na atenção aos pacientes destacou como os recursos financeiros afetam a qualidade da atenção em saúde. A simulação interprofissional baseou-se no desenvolvimento de habilidades formativas e somativas para desenvolver a comunicação e a liderança em equipes clínicas.

As avaliações de feedback dos programas ocorreram através de grupo focal entre mentores e alunos, na Universidade de Rosalind e nas demais instituições através de retorno dos participantes dos respectivos programas. Os três programas interprofissionais ajudaram os alunos a entender sua própria identidade profissional, ao mesmo tempo em que passaram a valorizar os papéis de outros profissionais na

equipe de saúde. Como dificuldades ou requisitos mínimos para o êxito do programa destacam o compromisso da Instituição e seus departamentos, a adequação dos diversos calendários, o mapeamento curricular, a adequação ao programa interprofissional, o treinamento de tutores e professores, o senso de coparticipação, espaço físico adequado, tecnologia, comprometimento dos alunos com o programa e relacionamento com a comunidade (BRIDGES *et al.*, 2011).

Peduzzi (2016) adverte que para fortalecer a EIP e a prática colaborativa devemos contrapor as resistências, tais como permanecer nos modelos tradicionais de autorregulação e abordagem biomédica estritos, bem como de atuação profissional isolada e independente em um campo da saúde cada vez mais complexo, interprofissional e interdisciplinar.

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1. Fundamentação metodológica

*Paulo Freire disse:*

“Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem a abertura ao risco e à aventura do espírito”.  
(Freire, 96, p. 69)

Para ser ciência tem que haver pesquisa, e para tanto devemos ter métodos para sistematizar o conhecimento, cujas metas principais são gerar novos conhecimentos e/ou corroborar ou refutar algo pré-existente. A construção ou reconstrução do conhecimento do pesquisador e da sociedade é, sem dúvida, um processo dinâmico.

Dalfovo, Lana & Silveira (2008) definem pesquisa quantitativa como tudo que pode ser mensurado em números, classificados e analisados, utilizando-se de técnicas estatísticas. A pesquisa qualitativa, por sua vez, é aquela não traduzida em números, na qual se pretende verificar a relação da realidade com o objeto de estudo, obtendo várias interpretações de uma análise indutiva por parte do pesquisador.

Lima *et al.* (2014) compreendem que a pesquisa quantitativa deve ser utilizada para avaliar a regularidade do fenômeno, e a qualitativa para analisar expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações. Também reforçam a urgência em dissolver a dicotomia entre pesquisa qualitativa e quantitativa.

Nesta dissertação a escolha foi o enfoque qualitativo e quantitativo, uma vez que um nos dá a profundidade e a complexidade do problema a ser estudado, enquanto o outro nos dá a análise estatística do que foi coletado, permitindo comparações. Segundo Minayo & Sanches:

A primeira tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. A segunda adéqua-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e

específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO & SANCHES, 1993, p. 239).

A investigação desta dissertação foi de natureza descritiva e exploratória, por entender-se que o estudo descritivo pretende trazer os fatos e fenômenos com a maior exatidão possível da realidade e a pesquisa exploratória traz maior experiência em torno de um determinado problema, consistindo em aprofundar em determinado tema, criando maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno (TRIVIÑOS, 1987; PIOVESAN & TEMPORINI, 1995).

## **4.2 O Contexto da Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida junto ao Centro Pró-Sorriso da Universidade de Alfenas (UNIFENAS), Centro de Atenção de Média Complexidade, com 25 anos de existência, criado a partir de convênio com o Centrinho de Bauru, da Universidade de São Paulo. O Centro é pioneiro no estado de Minas Gerais e um dos poucos centros de atenção integral do país especializado no tratamento de pacientes com deformidades craniofaciais e lesões labiopalatais, reconstrução e implante de olhos, nariz e orelhas.

Desde a sua instalação, em 1992, o Centro já atendeu mais de 2.100 pacientes de idades entre 0 e 76 anos, tanto de Minas Gerais como de outras regiões do Brasil, totalmente via Sistema Único de Saúde - SUS (ORSI, 2006).

Reconhecido por vários conselhos e órgãos, o Pró-Sorriso é um centro de conhecimento multidisciplinar e trabalho humanizado, onde mais de 40 profissionais de várias especialidades – dentre elas: odontologia geral, medicina geral, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, assistência social e psicologia – procuram atuar em sintonia, cuidando do paciente, dando-lhe melhor qualidade de vida, promovendo sua integração social e contribuindo para diminuir o índice de mortalidade infantil (ORSI, 2006).

O Centro tem alcançado uma média de 70 a 95% de reabilitação, dependendo da lesão e da época do diagnóstico. A cada ano são cerca de 200 novos casos. Atualmente, estima-se que no Brasil existam 250 mil fissurados, sendo que apenas 25% deste número significativo recebam atenção, ou seja, apenas 80

mil recebem o tratamento adequado, devido ao número pequeno de clínicas especializadas, apenas seis em todo país (ORSI, 2006).

Além dos profissionais que pertencem ao quadro da instituição, no referido Centro acontecem atividades do Curso de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, curso bienal onde se formam em média 6 alunos por ano e 6 outros são admitidos. Os discentes do referido curso *lato sensu* atuam com pacientes de traumas, cirurgias eletivas, urgências, pacientes com deformidades craniofaciais e outras atividades ligadas à Cirurgia Bucomaxilofacial.

É no contexto das atividades educativas relacionadas à atenção de pacientes com deformidades craniofaciais que se desenvolveu esta pesquisa de mestrado.

### 4.3 População de Estudo

De um total de 44 profissionais que atuam no Centro Pro-Sorriso da UNIFENAS (20 ligados ao Centro e 24 discentes de pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial das turmas de 2010 a 2016), participaram desta pesquisa 36 (20 ligados à Instituição e 16 pós-graduandos). A não participação de 12 profissionais se deu por motivos variados, sendo que 1 se recusou explicitamente a participar e 11 não responderam o questionário online, apesar das insistências descritas no tópico: “Coleta de Dados”. O Quadro abaixo apresenta algumas características da população investigada nesta primeira fase de coleta de dados.

**Quadro 2. Caracterização dos respondentes da pesquisa.**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>QUANTIDADE</b>
<b>Gênero</b>	<b>Masculino: 23 (64%)</b> <b>Feminino: 13 (36%)</b>
<b>Idade (por intervalos)</b>	<b>25 - 34: 10 (28%)</b> <b>35 - 44: 10 (28%)</b> <b>45 - 54: 13 (36%)</b> <b>55 - 64: 03 (8%)</b>
<b>Titulação</b>	<b>Graduação: 2 (6%)</b> <b>Especialização: 20 (56%)</b> <b>Mestrado: 10 (28%)</b> <b>Doutorado: 4 (11%)</b>

Na segunda etapa, com vistas ao aprofundamento na coleta de dados, foram entrevistados 15 profissionais, sendo 5 alunos ou ex-alunos do Curso de Pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e 10 docentes (6 Cirurgiões Dentistas, 1 médico, 1 fonoaudiólogo, 1 Psicólogo e 1 Nutricionista). Para a definição desta amostra, seguiu-se o critério de saturação das informações preconizado por Minayo (2014).

#### **4.4 Coleta de Dados**

Para a coleta de dados junto aos profissionais utilizamos como instrumento privilegiado a Escala Atitudinal tipo Likert, criada por Rensis Likert em 1932 com o objetivo de medir atitudes por meio de asserções sobre o objeto pesquisado com análise de grau de concordância. A aplicação do instrumento foi presencial para os profissionais em atividade e via correio eletrônico, com o TCLE junto com o instrumento do e-mail, para os profissionais que concluíram suas atividades e/ou residem fora do município de Alfenas (MG). Para aprofundar utilizamos a entrevista semi-estruturada. Para Gil:

o formulário, em virtude de suas características, constitui a técnica mais adequada para a coleta de dados em pesquisas de opinião pública e de mercado. Há que se considerar, entretanto, que, em virtude de suas características, o formulário tem alcance limitado, não possibilitando a obtenção de dados com maior profundidade. Por outro lado, em virtude do tipo de pesquisa em que é utilizado, o formulário, com frequência, é aplicado em condições não muito favoráveis, como, por exemplo: junto a uma fila de ônibus, à porta de uma residência, à saída de um cinema etc. (GIL, 2002, p. 119).

##### **4.4.1 Escala Atitudinal Likert**

A escala de Likert é uma escala com até 11 categorias de respostas, sendo as mais comuns as de 4 e de 5, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Nas escalas de 5 opções, a opção “indiferente ou não sei” fica no meio das demais respostas. A escala investiga o grau de concordância ou de discordância com cada uma de várias afirmações relacionadas ao objeto de estudo, procurando-

se medir o grau de aceitação ou rejeição a respeito de determinada matéria (BERMUDES, *et al.* 2016).

Optamos pela elaboração de uma escala com 4 opções de respostas, assumindo que um problema que se tem com categoria do meio é que o respondente tende a selecionar essa resposta quando não sabe ou não tem experiência. Pessoas confundem a categoria neutra como “não sei” ou “não aplico” (BATISTA *et al.*, 2003). Neste estudo, trabalhamos com escala Likert composta por 21 asserções que foram construídas com o objetivo de conhecer a concepção de equipe, dificuldades em relação à Educação Permanente e de EIP dos profissionais que atendem pacientes com deformidades craniofaciais, sendo elaborado a partir de três fatores/dimensões: Concepções de trabalho em equipe e prática compartilhada de profissionais e alunos de pós-graduação na atenção de pacientes com deformidades craniofaciais; Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente com uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais e A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais. (Apêndice C – Escala Atitudinal do tipo Likert)

Para a escolha da primeira dimensão, partimos dos seguintes pressupostos:

- A atenção a pacientes com deformidades craniofaciais, interdisciplinar e interprofissional por excelência, demanda o trabalho em equipe com vistas à integralidade no cuidado;
- Equipe é entendida como a união de duas ou mais diferentes áreas que partilham da mesma clareza de objetivos, planejamento participativo e avaliação conjunta das ações: o trabalho em equipe como a prática que possibilita a troca de conhecimentos e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados;
- Frequentemente existe bastante confusão conceitual entre os termos multi e interdisciplinaridade, bem como entre multi e interprofissionalidade. A concepção Multi implica em junção, justaposição, agregação de diferentes disciplinas ou profissões. A concepção Inter parte do pressuposto de integração de áreas.



Para a escolha da segunda dimensão foram levantadas questões relativas às dificuldades encontradas pela equipe na sua constante formação e preparo para atenção aos pacientes com deformidades craniofaciais. Aqui entram as dificuldades de se ter vários profissionais oriundos de diferentes métodos formativos que não necessariamente os preparam para o trabalho em equipe e/ou como profissionais que valorizam o diálogo e especificidades dos vários saberes da área da saúde. Nesta dimensão confronta-se a formação profissional tradicional com as metodologias inovadoras valorizadas pelas Diretrizes Curriculares de 2010.

Para a escolha da terceira dimensão, conhecimento e utilização da EIP como estratégia de educação permanente dos profissionais que atendem pacientes com deformidades craniofaciais, partimos dos pressupostos:

- EIP como uma proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade de atendimento ao paciente;
- Compromisso com o desenvolvimento de três competências: as comuns, as específicas e as colaborativas;
- A aprendizagem compartilhada possibilita a troca de experiências e conhecimentos, reforçando a identidade profissional de cada profissão;
- Formação e atividade que estimulem a Prática Colaborativa.

Para a primeira dimensão foram elaboradas 8 asserções, para a segunda 7 e para a terceira e última 6 asserções. Para a primeira dimensão – Trabalho em equipe – as seguintes asserções compõem a escala atitudinal Likert:

- A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica em um cuidado integral multidisciplinar onde a troca de pareceres entre os diferentes profissionais é muito importante;
- A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica em uma série de competências que podem ser desenvolvidas por qualquer um dos profissionais que compõem a equipe;
- Em nosso cotidiano trabalhamos em equipe, planejando coletivamente nossas atividades;

- O trabalho em equipe implica em traçar objetivos comuns a serem alcançados com vistas à integralidade no cuidado ao paciente com deformidades craniofaciais;
- Para um efetivo trabalho em equipe é necessário o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais;
- O trabalho em equipe possibilita a troca de conhecimentos e agilidade no cumprimento de metas a serem alcançadas na atenção ao paciente com deformidades craniofaciais;
- Realizamos periodicamente avaliações coletivas de nosso trabalho como equipe de atenção integral ao paciente com deformidades craniofaciais;
- É premissa básica no atendimento às deformidades craniofaciais a valorização da ética, no trato humanizado e no atendimento crítico-reflexivo e cooperativo dos pacientes.

Para a segunda dimensão – Dificuldades na formação permanente da equipe – as seguintes asserções compõem a escala atitudinal Likert:

- Para um efetivo trabalho em equipe são necessárias estratégias, tanto de formação inicial como de Educação Permanente;
- Temos horários protegidos (reservados dentro de nossa carga horária semanal) para o diálogo e troca de pareceres;
- A Educação Permanente ocorre, predominantemente, atualizando cada uma das áreas profissionais que compõem a equipe;
- Somos incentivados para uma Educação Permanente no cotidiano de nosso trabalho;
- No cotidiano do trabalho se estimula momentos de troca de saberes entre os profissionais de áreas diferentes;
- A qualificação do corpo docente tem sido estimulada de forma permanente;
- No trabalho em equipe consigo perceber as minhas competências específicas e distingui-las das competências gerais de todos que participam da atenção ao paciente com deformidades craniofaciais.

Para a terceira dimensão (EIP na educação permanente das equipes) as seguintes asserções compõem a escala atitudinal Likert:

- Me sinto familiarizado com o termo Educação Interprofissional;
- Para um trabalho em equipe efetivo discussões coletivas e aprendizagens compartilhadas são essenciais;
- No nosso trabalho, cada profissional da equipe ensina aos demais colegas como aprende com eles;
- As atividades formativas no nosso trabalho em equipe preveem momentos de aprendizado em conjunto;
- Interprofissionalismo é a competência de trabalho em parceria na busca de objetivos comuns a serem alcançados;
- Para a prática interprofissional, a Educação Interprofissional é considerada uma estratégia de sucesso na Educação Permanente dos profissionais.

Para a versão final da escala, as asserções foram randomizadas. O instrumento foi previamente testado com 4 profissionais que, antes da coleta de dados, deram suas sugestões, mas no geral consideraram que o instrumento estava bem construído e não necessitava de adequações nas asserções.

A escala final encontra-se no Apêndice C.

#### **4.4.2 Entrevista**

As entrevistas aconteceram nos locais de trabalho dos profissionais e foram utilizadas como instrumento para aprofundamento dos dados concernentes à concepção dos membros das equipes em relação ao objeto pesquisado.

Segundo Cappelle, Melo & Gonçalves:

A transformação de dados coletados, ainda no seu estado bruto, em resultados de pesquisa envolve a utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador. No caso específico da análise de comunicações, são exigidos mecanismos apropriados para encontrar

em dados obtidos por meio de entrevistas, mensagens e documentos em geral, informações que ilustrem, expliquem ou ajudem a revelar os fenômenos investigados (CAPPELLE, MELO & GONÇALVES, 2003, p. 2).

Neste estudo, optamos pela entrevista semiestruturada por entendê-la, como conceitua Minayo (2014, p. 261), como aquela “*que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema em questão sem se prender à indagação formulada*”.

Com o consentimento do entrevistado, a entrevista foi gravada e posteriormente transcrita na íntegra. Para a elaboração do roteiro da entrevista foram elaboradas questões contemplando os mesmos núcleos direcionadores da pesquisa: Trabalho em Equipe; Dificuldades na Educação Permanente da equipe e Percepção e entendimento sobre Educação Interprofissional (Apêndice E – Roteiro das Entrevistas).

#### 4.5 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística. Para identificar a tendência atitudinal de cada sujeito da amostra foi obtida uma média geral de escores em termos da resposta de cada item da escala e verificados os intervalos das médias (IM) de forma linear.

As médias foram divididas em três intervalos: 1,00 a 1,99, 2,00 a 2,99 e 3,00 a 4,00. O primeiro nível (1,00-1,99) foi considerado como uma zona de perigo para a asserção analisada, o segundo nível (2,00–2,99) zona de alerta e o terceiro nível (3,00 - 4,00) zona de conforto:

**Quadro 3. Intervalo das médias e classificações – Pontuação da Escala Likert**

Intervalo das médias	Classificação	Providências
1,00 – 1,99	Perigo	<b>Mudanças Imediatas</b>
2,00 – 2,99	Alerta	<b>Aprimoramento</b>
3,00 – 4,00	Conforto	<b>Manutenção</b>

Para os dados qualitativos foi feita uma análise de conteúdo procedida por meio da ordenação e mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. A classificação dos dados foi feita por meio da leitura exaustiva e repetida dos textos, deixando-nos impregnar pelo seu conteúdo e estabelecendo interrogações para identificar o que surgia de relevante a fim de elaborar as categorias específicas.

Bardin (1977, p. 37) define a análise de conteúdo “como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A pesquisadora se valeu da Análise Categorical através de Unidades de Contexto e Unidades de Registro, definindo esta análise como:

o método das Categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas, da mensagem. É, portanto, um método taxionômico bem concebido para satisfazer os colecionadores bem preocupados em introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente (BARDIN, 1977, p. 37).

Após a transcrição, a análise do conteúdo foi realizada seguindo a sugestão de Campos (2004), dividindo-a em três fases: I – Pré-exploração do material ou leituras flutuantes do corpus das entrevistas; II – Criação de quadros sinópticos contendo as Unidades de Contexto (parágrafo da entrevista que se encontra o fragmento selecionado) e Unidades de Registro (fragmentos retirados da unidade de contexto) e III – Processo de Categorização e Subcategorização.

#### **4.6 Procedimentos éticos**

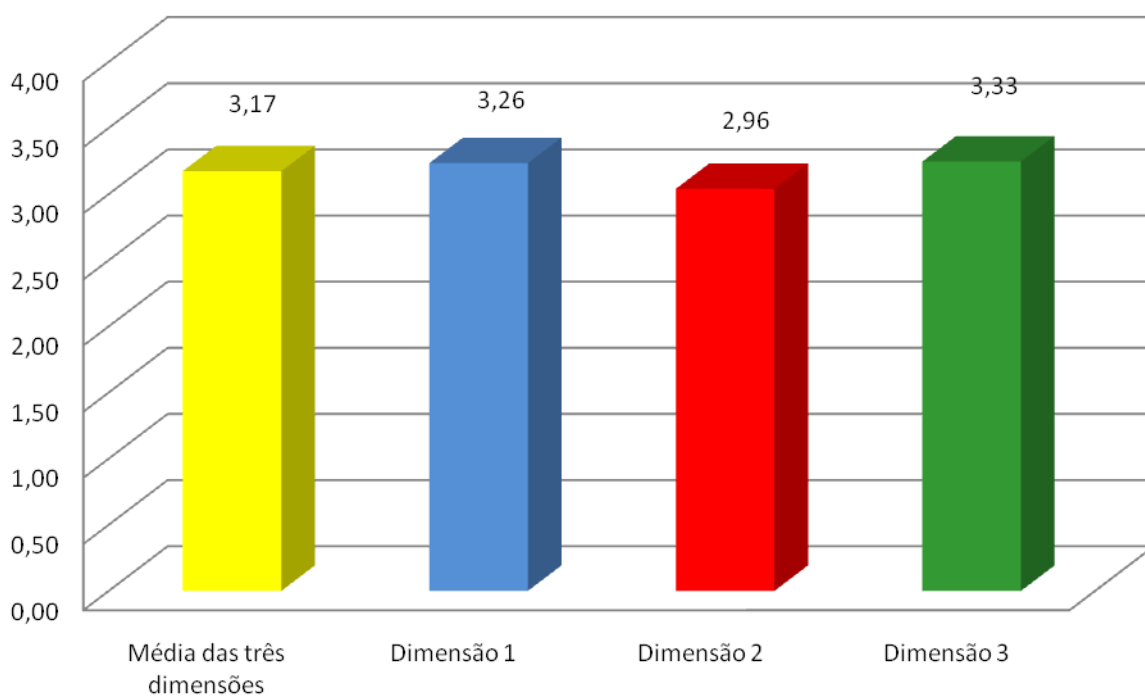
A autorização para a realização da pesquisa de campo foi solicitada junto à Coordenadoria do Centro Pró-Sorriso da Universidade de Alfenas (Anexo A). O projeto foi submetido à Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo por meio da Plataforma Brasil, aprovado com número CAAE: 52281515.9.0000.5505 e número do parecer 1.388.060/2016 (Anexo B).

Também foi obtido, previamente da população de estudo, o aceite para a participação na pesquisa por meio de Termos de Consentimentos Livres e

Esclarecidos (TCLE, Apêndices A e B) sendo um para o Instrumento Atitudinal do tipo Likert e outro para o instrumento entrevista semiestruturada.

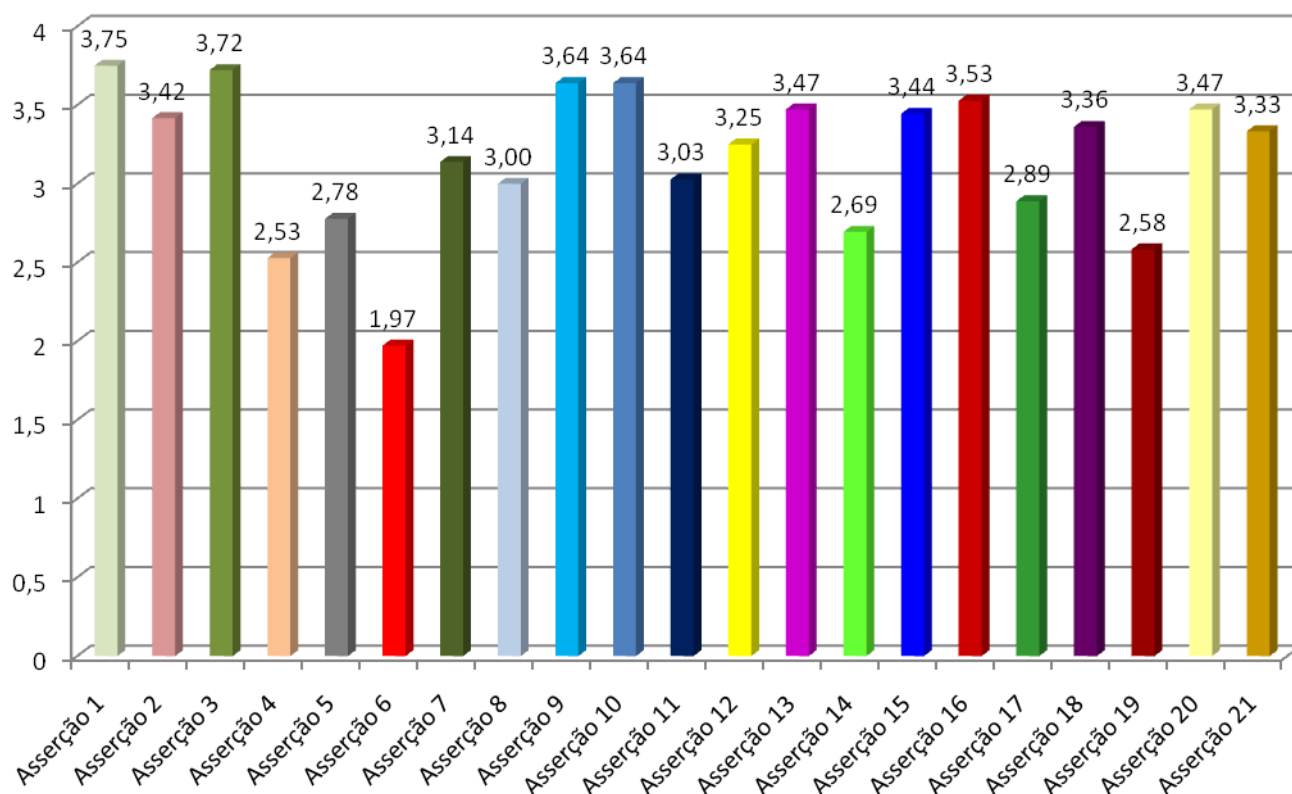
## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gráfico abaixo mostra a Pontuação Média das três Dimensões investigadas e a média de cada uma das Dimensões investigadas por meio do instrumento atitudinal do tipo Likert, o que nos dá a impressão inicial de que todas as dimensões estão situadas em Zona de Conforto:



**Gráfico 1. Pontuação Geral Atitudinal e por cada uma das Dimensões: 1. Concepções de trabalho em equipe e prática compartilhada de profissionais e alunos de pós-graduação na atenção de pacientes com deformidades craniofaciais; 2. Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente com uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais e 3. A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.**

Quando avaliadas detalhadamente as médias das asserções, foram observados pontos de maior ou menor preocupação, como pode ser visto no gráfico abaixo:



**Gráfico 2. Pontuação Média de cada Asserção.**

Os resultados e as discussões são apresentados em 3 subcapítulos que correspondem às dimensões utilizadas na escala atitudinal:

5.1 - Concepções de trabalho em equipe e prática compartilhada de profissionais que atuam na atenção de pacientes com deformidades craniofaciais.

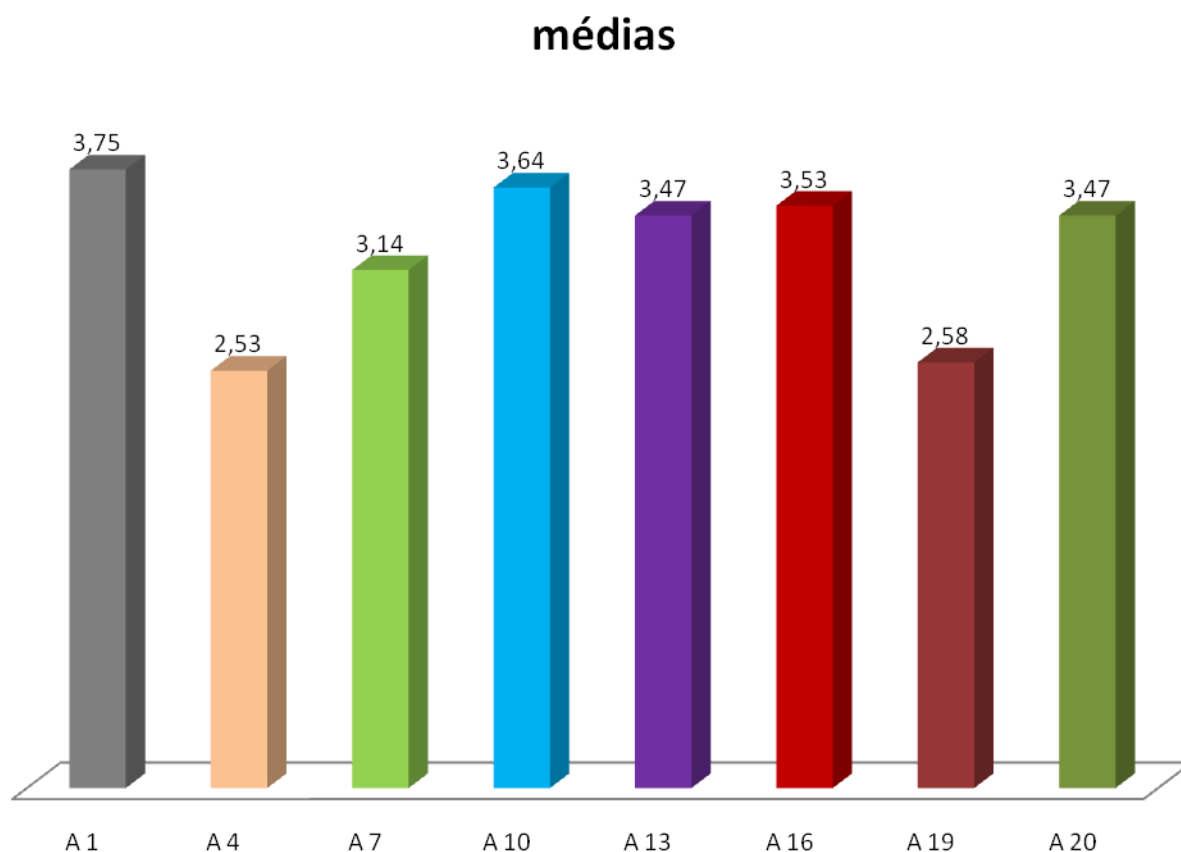
5.2 - Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente como uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais.

5.3 - A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais.



## 5.1 - 1ª Dimensão: Concepções de trabalho em equipe e prática colaborativa de profissionais que atuam na atenção de pacientes com deformidades craniofaciais.

Estas concepções foram exploradas como uma das dimensões da escala, inicialmente composta por 8 asserções. Esta dimensão obteve média geral de 3,26, o que nos dá uma visão global de zona de conforto. A análise das médias das respostas de cada uma das asserções nos traz mais informações que serão trianguladas com as entrevistas.



**Gráfico 3. Pontuação Média das asserções que compõem a 1ª Dimensão: Concepções do trabalho em equipe e Prática colaborativa.**

**Asserção 1:** A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica em um cuidado integral multidisciplinar onde a troca de pareceres entre os diferentes profissionais é muito importante (3,75).

**Asserção 4:** A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica em uma série de competências que podem ser desenvolvidas por qualquer um dos profissionais que compõem a equipe (2,53).

**Asserção 7:** Em nosso cotidiano trabalhamos em equipe, planejando coletivamente nossas atividades (3,14).

**Asserção 10:** O trabalho em equipe implica em traçar objetivos comuns a serem alcançados com vistas à integralidade no cuidado ao paciente com deformidades craniofaciais (3,64).

**Asserção 13:** Para um efetivo trabalho em equipe é necessário o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais (3,47).

**Asserção 16:** O trabalho em equipe possibilita a troca de conhecimentos e agilidade no cumprimento de metas a serem alcançadas na atenção ao paciente com deformidades craniofaciais (3,53).

**Asserção 19:** Realizamos periodicamente avaliações coletivas de nosso trabalho como equipe de atenção integral ao paciente com deformidades craniofaciais (2,58).

**Asserção 20:** É premissa básica no atendimento às deformidades craniofaciais a valoração da ética, o trato humanizado e no atendimento crítico-reflexivo e cooperativo dos pacientes (3,47).

Com estes resultados, foi elaborado o roteiro da entrevista que, após realizada, transcrita e submetida à análise de conteúdo, permitiu a identificação de 46 unidades de contexto e 78 unidades de registro. Deste contexto emergiram 6 categorias e 9 subcategorias (Quadro 4).

**Quadro 4. Categorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas com os participantes da pesquisa, correspondentes à primeira dimensão: Concepções de trabalho em equipe e prática compartilhada de profissionais e alunos de pós-graduação na atenção as deformidades craniofaciais.**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
1.Trabalho cooperativo.	➤ Decisões conjuntas.
2.Prática dialógica e sincronizada.	➤ Lidar com as diferenças; ➤ Valoração da interação profissional.
3.Atendimento holístico, integrado e humanizado.	➤ Tratamento Interprofissional.

4.Possibilidade de aprendizado colaborativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Busca de consensos;</li> <li>➤ Humanização das relações.</li> </ul>
5.Participação ativa em grupo de íntima convivência.	
6.Atendimento conjunto por diferentes profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Assunção de enfoque multiprofissional;</li> <li>➤ Aproximação de áreas;</li> <li>➤ Necessidade de atenção de vários profissionais.</li> </ul>

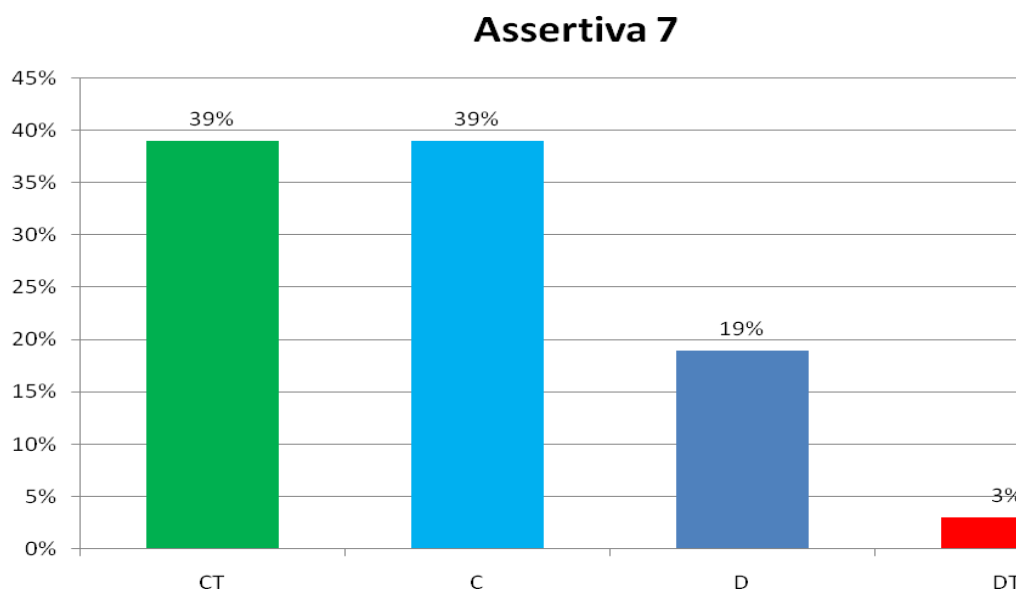
As relações profissionais estão em constante mutação e busca por aperfeiçoamento. No final do século XX, o conceito psicológico mais popular foi a “Inteligência Emocional”, que Roberts *et al.* (2002) resumem como “gerenciamento das emoções nas relações interpessoais, ou seja, capacidade de interagir com outros sujeitos”. Apesar de sua grande popularidade, esta demanda carece de meios científicos para sua mensuração e aplicabilidade, seu caráter natural demonstra a busca pelo “bem relacionar” seja na saúde ou em outras áreas. No mundo dos negócios se fala em “Aprendizagem Organizacional”, definida por Zangisk *et al.*, (2009) como:

um processo que desenvolva as qualidades de ser flexível e integrado, ou seja, que desenvolva uma condição favorável à aprendizagem constante e permanente com vistas ao desenvolvimento das competências necessárias, sendo um processo complexo, permeado e influenciado por um grande número de variáveis, e envolve relações dinâmicas dos indivíduos e da organização com os ambientes internos e externos”. (ZANGISK *et al.*, 2009, p. 232).

Uma equipe articulada, sincronizada, que trabalha de maneira colaborativa, compartilhando ações, conhecimentos e com relação de respeito mútuo, sem dúvida traz mais satisfação profissional e maior resolutividade (SILVA, 2011). Segundo Kuhn *et al.* (2012), o tratamento de pacientes acometidos com deformidades craniofaciais, em sua maioria síndromes, exige a atuação de variados profissionais.

Ao analisar a Asserção 7 “**Em nosso cotidiano trabalhamos em equipe, planejando coletivamente nossas atividades**”, o planejamento das atividades de forma cooperativa não foi consenso, mesmo se situando em zona de conforto

(média de 3,14). Como pode ser observado, 78% concordam com a asserção e 22% discordam.



**Gráfico 4. Distribuição percentual da Assertão 7- Em nosso cotidiano trabalhamos em equipe planejando coletivamente nossas atividades. São Paulo, 2017.**

A partir da análise das falas, pudemos observar que os entrevistados entendem que planejamento conjunto é uma das premissas básicas do trabalho em equipe, considerando-o parte de um **“Trabalho Cooperativo”**. Neste sentido, a importância de **“Decisões conjuntas”** na prática da equipe é realçada:

[...] não é só reunir numa sexta-feira e contar casos dos atendimentos em comum né? Eu acho que é participação mesmo ativa num grupo de interesse comum né?! (P1)

[...] é bem legal trabalhar em equipe, você se sente seguro, você consegue planejar melhor o seu tratamento, você consegue devolver mais rápido ao paciente o que ele precisa né?!. (P12)

Ao analisar a Assertão 10 **“O trabalho em equipe implica em traçar objetivos comuns a serem alcançados com vistas à integralidade no cuidado ao paciente com deformidades craniofaciais”** com média de 3,64, observa-se que quase a totalidade dos entrevistados (94%) concorda.

Os participantes desta pesquisa reconhecem a necessidade da prática de se fazer reuniões periódicas para planejamento conjunto de ações e discussão de

casos clínicos. Lima (2005), Batista (2012) e CAIPE (2016) reforçam a ideia de que a harmonização e sintonia dentro de uma equipe colaborativa é fundamental ao êxito das ações.

Com relação à asserção 16 **“O trabalho em equipe possibilita a troca de conhecimentos e agilidade no cumprimento de metas a serem alcançadas na atenção ao paciente com deformidades craniofaciais”** com média de 3,53, também em uma zona confortável, quase a maioria dos entrevistados (94%) concorda. Nas falas, este entendimento é reforçado, por ser entendido como uma **“Prática Dialógica e Sincronizada”**, sendo reforçado pelas seguintes subcategorias: **“Lidar com as Diferenças”** e **“Valoração da Interação Profissional”**. A Categoria **“Participação Ativa em Grupo de Intima Convivência”** complementa este questionamento:

[...] seria um atendimento amplo mais completo, então a gente realmente integrar o paciente em vários grupos de atuação. (P6)

[...] Então a equipe realmente tem que estar bem interligada. (P8)

Segundo o dicionário Aurélio equipe é “um grupo de pessoas reunidas para uma tarefa ou ação”. Isto implica em sintonia e empatia entre os integrantes de uma equipe colaborativa. O Trabalho Interprofissional colaborativo é resultado de ações como o desenvolvimento de competências específicas, planejamento conjunto de ações, estabelecimento de objetivos comuns de ação, desenvolvimento de competências colaborativas, maior resolutividade clínica e realização de avaliações periódicas identificando-se o que está positivo e o que tem que melhorar (FORTE & FOWLER, 2009; OMS, 2010; BRIDGES ET AL, 2011; WAKELY, 2011; BATISTA, 2012; DANDO, 2012; CAIPE, 2016; REEVES, 2016).

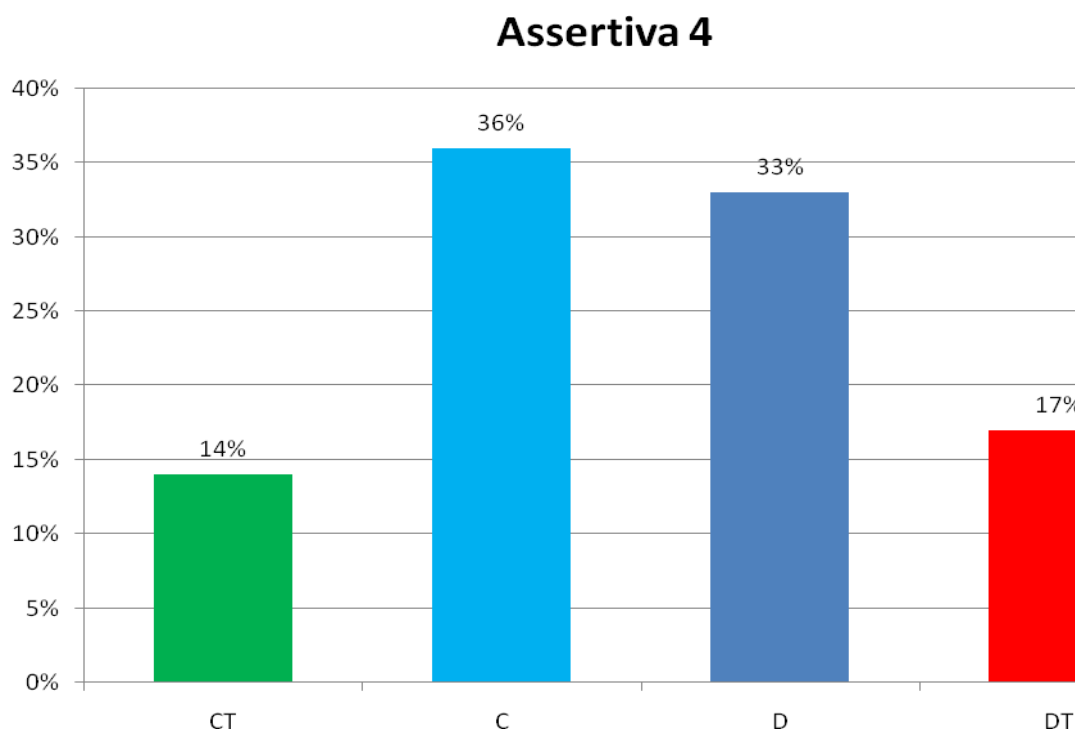
Os resultados das asserções 13 e 20: **“Para um efetivo trabalho em equipe é necessário o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais”** e **“É premissa básica no atendimento às deformidades craniofaciais a valoração da ética, o trato humanizado e no atendimento crítico-reflexivo e cooperativo dos pacientes”**, nos trouxe praticamente consensos, onde a quase totalidade dos investigados concordou com as mesmas (ambas com média de 3,47). A análise do conteúdo das falas reforça este entendimento, que nos remete à Categoria **“Possibilidade de Aprendizado**

**Colaborativo”** e suas subcategorias: **“Busca de Consensos”** e **“Humanização das Relações”** são apontadas:

[...] eu acho que é troca, é o momento da troca, inclusive saber exatamente que outro está pensando sobre o que a gente faz né?! (P1)

[...] interprofissional é onde a gente busca reunir o nosso conhecimento tentando passar pro outro o nosso trabalho e ao mesmo tempo buscando o que outro tem feito, tudo em busca do melhor para paciente né?! (P5)

No entanto, em relação à asserção 4 **“A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica em uma série de competências que podem ser desenvolvidas por qualquer um dos profissionais que compõem a equipe”**, os profissionais se dividem: 50% concordam e 50% discordam. Esta asserção obteve média de 2,53, situada em zona de alerta.

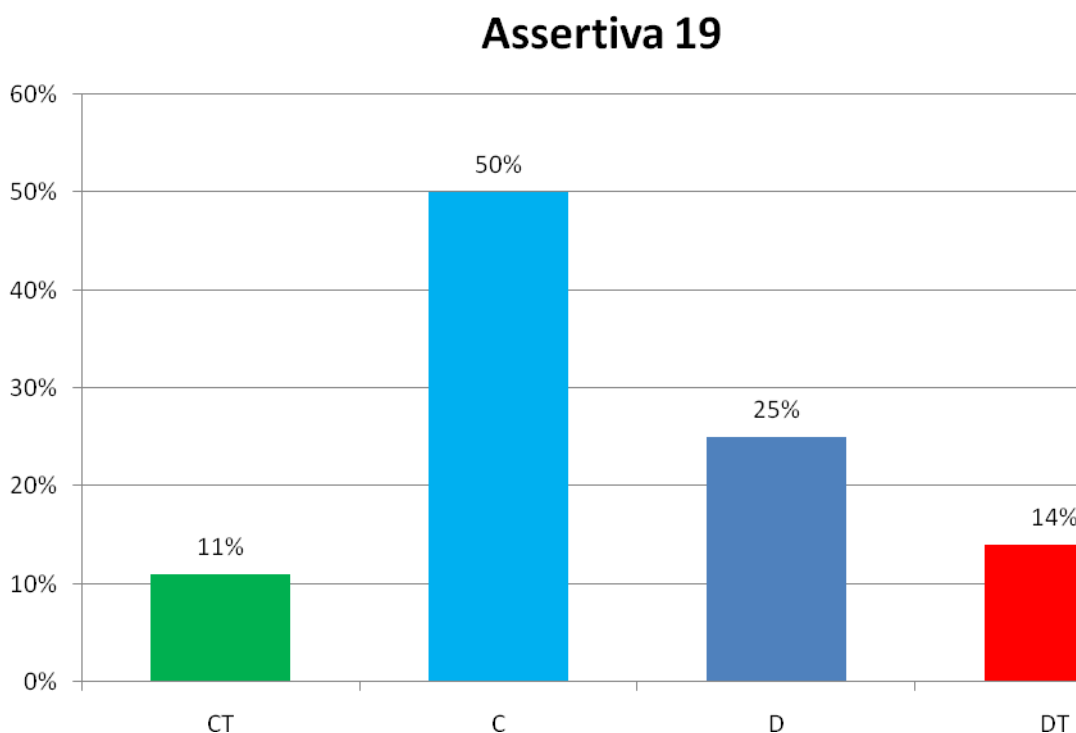


**Gráfico 5. Distribuição percentual da Asserção 4 - A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica em uma série de competências que podem ser desenvolvidas por qualquer um dos profissionais que compõem a equipe. São Paulo, 2017.**

Trabalhar em equipe passa necessariamente por conhecer suas potencialidades e limitações, entendendo que a prática dialógica amplia o campo de

atuação dos profissionais e a sinergia entre profissionais traz soluções para problemas de saúde que seriam desafios para apenas uma visão profissional.

De cada 4 profissionais, um não concorda com a asserção 19 **“Realizamos periodicamente avaliações coletivas de nosso trabalho como equipe de atenção integral ao paciente com deformidades craniofaciais”**. Esta asserção teve uma pontuação de 2,58, situada em Zona de Alerta, sugerindo que a busca por feedback em relação ao atendimento deve ser mais intensificada:



**Gráfico 6. Distribuição percentual da Asserção 19- Realizamos periodicamente avaliações coletivas de nosso trabalho como equipe de atenção integral ao paciente com deformidades craniofaciais. São Paulo, 2017.**

Uma equipe realmente colaborativa tem necessariamente de se reconhecer como um corpo de ação, como uma unidade. Como estamos? Onde queremos chegar? O que é possível? O que podemos fazer hoje pensando em um futuro breve? Neste contexto, a avaliação nos dá diretrizes para identificarmos o que tem que ser mudado e o que tem que ser mantido e até mesmo reforçado (HARTZ *et al.*,1997).

Nas falas, os entrevistados concebem o trabalho em equipe e a prática colaborativa como um **“Atendimento Integral”** ao paciente com deformidade

craniofacial. Neste sentido, os profissionais fazem referência à possibilidade de um **“Atendimento Holístico, Integrado e Humanizado”** por meio do trabalho em equipe:

[...] Eu Acho que isso é um sonho, você vê todos os aspectos né?! Físicos, emocionais e espirituais, estão isto seria o ideal. (P6)

[...]a gente vai ver a parte física e psíquica dele né?! Se ele trabalha, como é o meio social dele... (P10)

Para Duarte *et al.* (2012), Pinho *et al.* (2010) e Robins (2006), a integralidade do cuidado necessita de equipes afinadas e sincronizadas buscando o tratamento mais holístico do paciente, uma visão de ser humano não passível de ser fragmentado.

Para Agreli *et al.* (2016) integralidade do cuidado é a capacidade de resposta às necessidades, não restrita às condições biológicas do paciente; integração em detrimento à segmentação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; articulações interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais em prol da qualificação na atenção à saúde, e uma maior interação cotidiana da atenção à saúde, valorizando o diálogo entre as pessoas envolvidas no cuidado.

Observamos que os entrevistados entendem o trabalho em equipe como **“Atendimento Conjunto por Diferentes Profissionais”**:

[...] inter-relação das áreas, e realmente deve existir porque uma área precisa uma da outra, um tratamento ele é subsequente ao outro... (P8)

[...] dentro do possível a gente tenta juntar o máximo de profissionais no mesmo lugar e na mesma hora, então hoje o exemplo que eu dei foi essas áreas se inter-relacionando sempre que necessário. (P8)

No entanto, alguns discordam:

[...] Eu prefiro fazer tudo individualmente, reuniões com muitas pessoas sempre saem do foco... (P15)

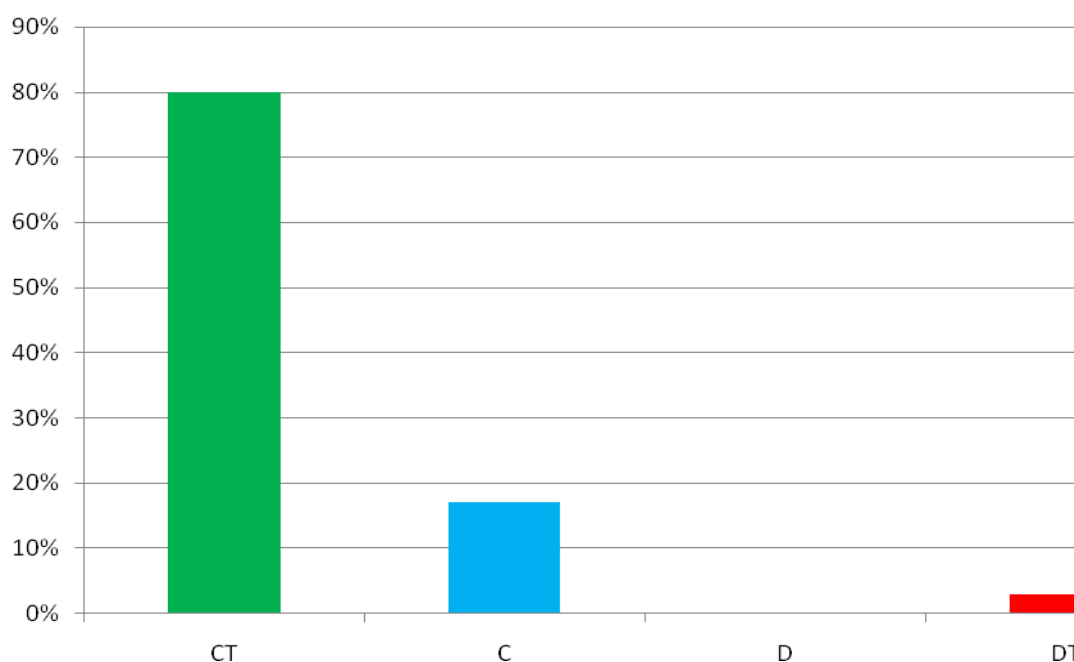
Observa-se que existe uma grande confusão conceitual entre os profissionais na utilização dos termos multi e inter. Resumidamente, o enfoque multiprofissional corresponde à existência de vários profissionais que se justapõem, sem que haja uma sinergia entre os mesmos, como acontece nos modelos interprofissionais. Na



prática predomina o tradicional atendimento uniprofissional decorrente da atuação de profissionais oriundos de diferentes instituições, diferentes cursos com formação tradicionalmente cartesiana, fragmentada e hierarquizada.

Como entender o outro profissional, se passamos grande parte de nossa existência em disputas, seja no pré-ingresso à universidade, seja durante e após a formação acadêmica? O predomínio de uma formação acadêmica isolada, fragmentada e que fomenta as relações profissionais competitivas é ratificado por Campos & Belisário (2001).

Isto é reforçado ao analisar a Asserção 1 **“A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica num cuidado integral multidisciplinar onde a troca de pareceres entre diferentes profissões do Centro Pró-sorriso é muito importante”**, com média de 3,75 e 97% de concordância.



**Gráfico 7. Distribuição percentual da Asserção 1 - A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica num cuidado integral multidisciplinar onde a troca de pareceres entre diferentes profissões é muito importante. São Paulo, 2017.**

O entendimento da equipe na perspectiva multiprofissional aparece também nas entrevistas. Neste sentido, os entrevistados ressaltam a **“Assunção de Enfoque Multiprofissional”**, **“Aproximação de áreas”** e a **“Necessidade de Atenção de Vários Profissionais”**.

[...] então a gente compartilha essas informações através da comunicação escrita. (P8)

[...] quando a gente põe na cabeça que são síndromes é porque a gente necessita de vários profissionais para trabalhar... (P15)

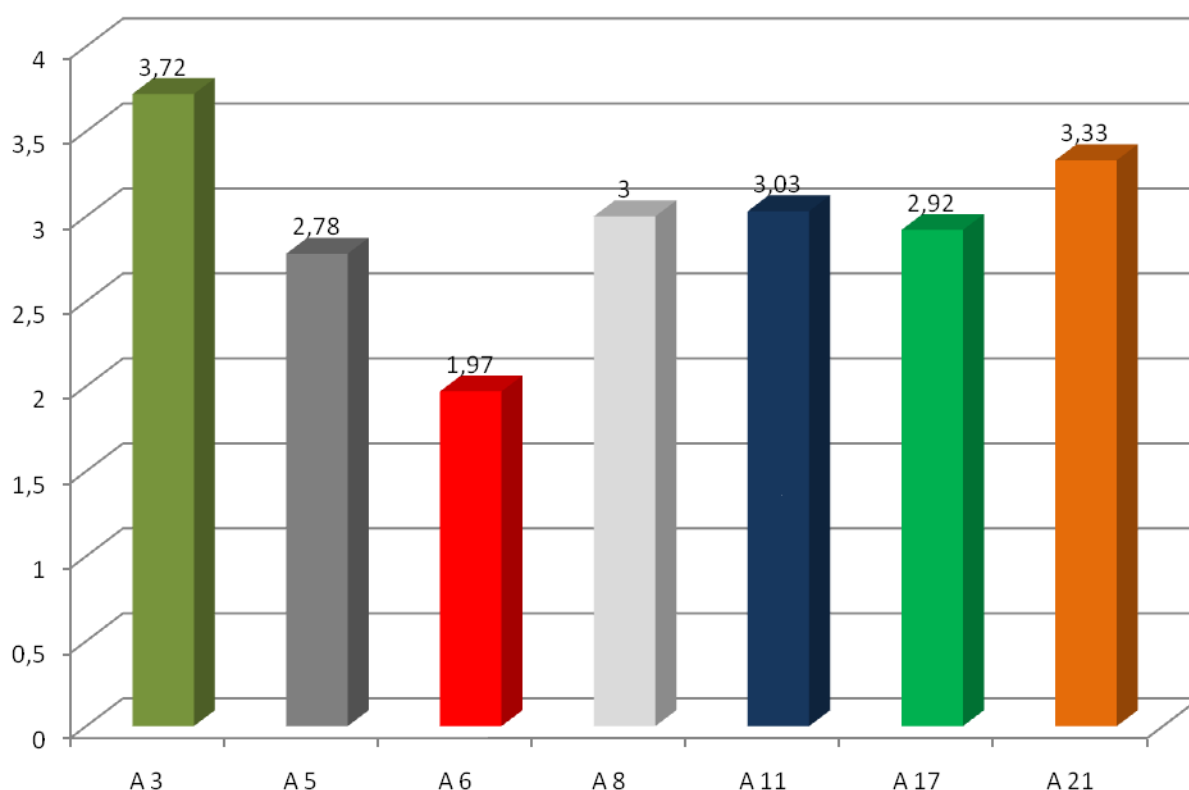
Para Mângia (2009),

Em muitas experiências desenvolvidas no contexto do SUS, se percebe o esforço na formulação e desenvolvimento do trabalho em equipe, orientado pelas necessidades dos usuários e não mais na fragmentação das ações técnicas específicas de cada profissão. Mas ainda, na maior parte dos cenários assistenciais prevalece a reprodução de relações tradicionais entre serviços, equipes e usuários, que necessitam de avaliação e investimento, prático e formativo (MÂNGIA, 2009, p. i).

Pelos resultados acima apresentados, fica claro o modelo tradicional de educação continuada, ou seja, focado no multiprofissionalismo. Esta dissertação não busca identificar o certo ou o errado, mas sim analisar a compreensão dos profissionais acerca dos modelos de atenção, onde os mesmos, em sua maioria, reconhecem a superioridade do trabalho em equipe colaborativa, mas devido a fatores que serão abordados na próxima dimensão, o que impera é o caráter multiprofissional.

## 5.2 – 2ª Dimensão: Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente como uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais.

As dificuldades no processo de Educação Permanente foram exploradas como uma segunda dimensão da escala, composta por 7 asserções. Esta dimensão obteve uma média geral de 2,96, situada em zona limítrofe entre alerta e conforto. O gráfico abaixo apresenta a média das sete asserções que compuseram esta dimensão (Gráfico 15):



**Gráfico 8. Pontuação Média das asserções que compõem a 2ª Dimensão.**

**Asserção 3:** Para um efetivo trabalho em equipe são necessárias estratégias, tanto de formação inicial como de Educação Permanente (3,72).

**Asserção 5:** Temos horários protegidos (reservados dentro de nossa carga horária semanal) para o estudo, diálogo e troca de pareceres (2,78).

**Asserção 6:** A Educação Permanente ocorre, predominantemente, atualizando cada uma das áreas profissionais que compõem a equipe (1,97).

**Asserção 8:** Somos incentivados para uma Educação Permanente no cotidiano do nosso trabalho (3,00).

**Asserção 11:** No cotidiano do trabalho se estimula momentos de troca de saberes entre os profissionais de áreas diferentes (3,03).

**Asserção 17:** A qualificação do corpo docente tem sido estimulada de forma permanente (2,92).

**Asserção 21:** No trabalho em equipe consigo perceber as minhas competências específicas e distingui-las das competências gerais de todos que participam da atenção ao paciente com deformidades craniofaciais (3,33).

Com estes resultados foi elaborado o roteiro da entrevista que, após realizada, transcrita e submetida à análise de conteúdo, permitiu a identificação de 46 unidades de contexto e 82 unidades de registro. Deste contexto emergiram 5 categorias e delas, 15 subcategorias (Quadro 5):

**Quadro 5. Categorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas com os participantes da pesquisa, correspondentes à segunda dimensão: Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente como uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais.**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
1.Pouco preparo para o trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graduação com enfoque fragmentada (cartesiano)</li> <li>• Necessidade de aprendizagem conjunta</li> <li>• Falta de incentivo à participação</li> </ul>
2.Entraves no trabalho em equipe propriamente dito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incompatibilidade de horários</li> <li>• Atuação esporádica de alguns profissionais</li> <li>• Carência de profissionais em regime de dedicação exclusiva</li> <li>• Ausência de planejamento participativo</li> <li>• Acúmulo de atividades</li> </ul>
3.Cultura de prática multiprofissional no atendimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troca de pareceres</li> <li>• Individualismo</li> </ul>

4.Pouca disponibilidade dos profissionais para a Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de motivação pessoal</li> <li>• Desinteresse profissional em se qualificar</li> </ul>
5.Pouca valoração da Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de horários protegidos para atividades de Educação Permanente e aprendizagem colaborativa</li> <li>• Carência de recursos financeiros</li> <li>• Dificuldade de conciliar as atividades</li> </ul>

O Ministério da Saúde, Brasil (2006), difere a Educação Continuada de Educação Permanente: a primeira representa uma continuidade do modelo escolar predominante, focado na transmissão de informações, geralmente numa lógica disciplinar, para fins de atualização; em suma, pode estabelecer uma distância entre a prática e o saber acadêmico e uma desconexão deste com a solução prática dos problemas, atuando como uma estratégia descontínua de capacitação na forma de cursos periódicos frequentemente com enfoque uniprofissional. Já a Educação Permanente, ao contrário, fundamenta-se na mudança na concepção e aplicabilidade da capacitação dos profissionais. Inverte a lógica do processo ao incorporar o ensino e o aprendizado ao cotidiano das equipes, no contexto real em que ocorrem; modificando as metodologias formativas, a partir da prática como fonte de conhecimento na resolutividade dos problemas, problematizando o próprio fazer e tornando os profissionais protagonistas reflexivos de suas práticas e saberes, tendo liberdade de interagir, procurando eliminar a fragmentação disciplinar e ampliar os espaços educativos para fora da sala de aula, podendo ocorrer em organizações, na comunidade, em clubes ou associações, dentre outros.

Medeiros (2015) considera que:

nem toda ação educativa implica um processo de educação permanente, mesmo quando visa à melhoria do desempenho dos trabalhadores. A educação permanente em saúde, além de qualificar permanentemente os profissionais e a assistência, busca o desenvolvimento de novas competências específicas e compartilhadas, e serve de veículo para a transformação da cultura do trabalho de acordo com as novas tendências da saúde- humanas e democráticas. (MEDEIROS, 2015, p. 119)

O autor também enfatiza uma metodologia que problematiza a observação da realidade, a reflexão e a ação que se materializa no “aprender fazendo”.

A análise da asserção 6 **“A Educação Permanente ocorre, predominantemente, atualizando cada uma das áreas profissionais que compõem a equipe”**, apontou para uma concordância total de apenas 28% dos profissionais (média de 1,97 situada em zona de alerta).

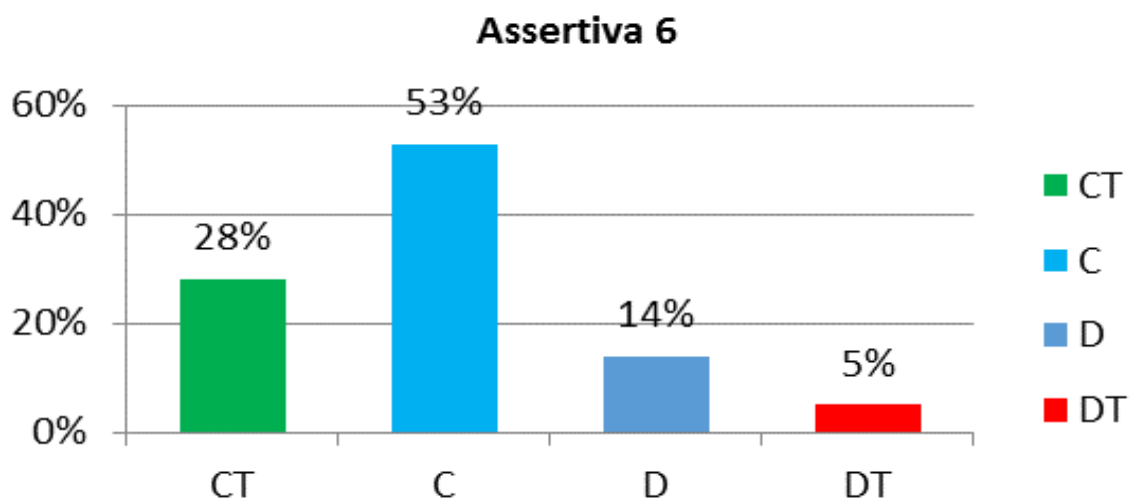


Gráfico 9. Distribuição percentual da Assertiva 6 - A Educação Permanente ocorre, predominantemente, atualizando cada uma das áreas profissionais que compõem a equipe.

Nas entrevistas, a categoria **“Pouco preparo para o trabalho em equipe”** e suas subcategorias **“Formação com enfoque fragmentada (cartesiano)”**, **“Graduação com enfoque fragmentado”**, **“Necessidade de aprendizagens conjuntas”** e **“Falta de incentivo à participação”** demonstram a necessidade de Educação Permanente dos profissionais:

[...] devia vir desde o ensino básico... de chegar no profissional já com essa mentalidade de fazer um atendimento, porque nós não podemos pensar que só a gente tem a solução pra todos os problemas daquele paciente. (P11)

[...] por não ter um ensino de ética na faculdade, não ter um ensino de como conviver em equipe na graduação... (P14)

A Categoria **“Entraves no trabalho em equipe propriamente dito”**, com suas subcategorias: **“Incompatibilidade de horários”**, **“Atuação esporádica de alguns profissionais”**, **“Carência de profissionais em regime de dedicação exclusiva”**, **“Ausência de planejamento participativo”** e **“Acúmulo de**

**atividades”** emergem como dificuldades para uma integração maior da Equipe de Trabalho:

[...] demanda é muito grande, muito grande e assim, o nosso tempo as vezes é muito curto né?! (P5)

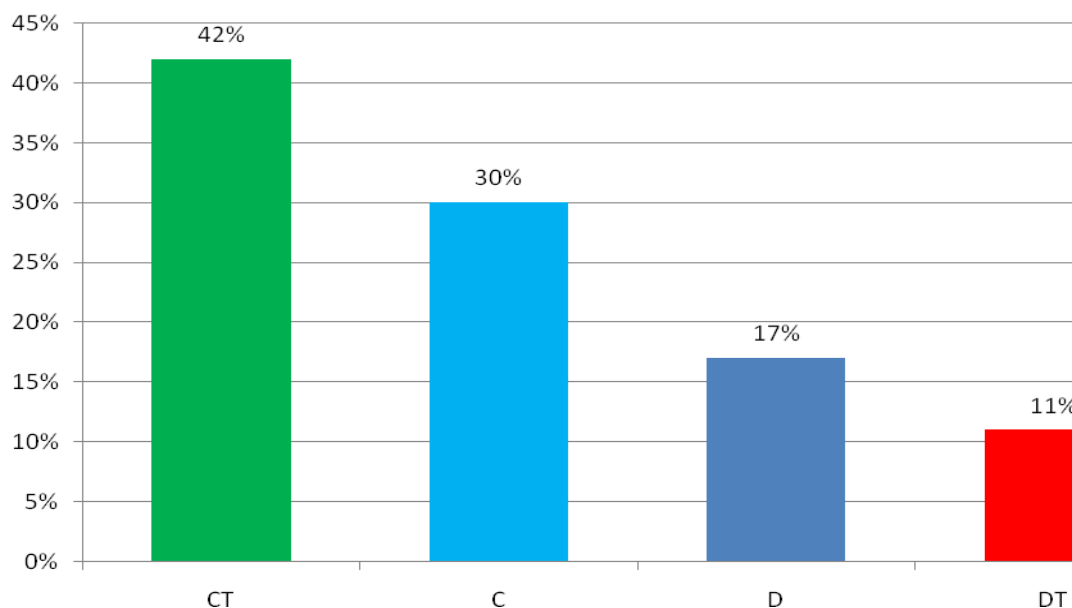
[...] às vezes a gente nem consegue se encontrar para discutir então às vezes fica em via telefônica, via e-mail, a gente não deixa de fazer essa troca essa troca de informação... (P5)

Dificuldades similares são citadas por outros pesquisadores que investigam Educação Permanente de equipes em saúde: OMS (2010), Batista (2012), Reeves (2016) e Peduzzi (2016). Para Pinho (2006),

a intensa divisão social e técnica da saúde, devido a uma alta especialização e compartimentalização do saber na formação profissional, leva a uma visão reducionista e fragmentada do ser humano. (PINHO, 2006, p.70)

Ao analisar a Asserção 11 **“No cotidiano do trabalho se estimula momentos de troca de saberes entre os profissionais de áreas diferentes”**, sua média de 3,03 a coloca em uma posição quase limítrofe entre as zonas de alerta e conforto.

### Assertiva 11



**Gráfico 10. Distribuição percentual da Asserção 11- Na pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial os docentes estimulam momentos de troca de saberes entre os profissionais de áreas diferentes. São Paulo, 2017.**

A categoria “**Cultura de prática multiprofissional no atendimento**” e suas subcategorias “**Troca de pareceres**” e “**Individualismo**” reforçam a perspectiva de um trabalho em equipe caracterizado predominantemente como encontro de profissionais em um mesmo espaço físico, com trocas de pareceres na atenção ao paciente.

[...] cada vez mais a gente está querendo fazer as coisas em benefício próprio né?!... a gente acaba repassando isso pros outros né?!... (P10)

[...] acredito que seja cultural porque nós já viemos desse perfil de individualidade... (P11)

A relação interprofissional tem sido enfatizada nas iniciativas que buscam a atenção integral ou Atenção Centrada no Paciente (ACP). A ACP tem como características principais: perspectiva ampliada do cuidado através da participação do paciente e participação social, e as relações interprofissional e profissional/paciente. O estudo demonstrou que quando os profissionais focam sua atenção nos pacientes e suas necessidades de saúde, o seu foco de atuação é



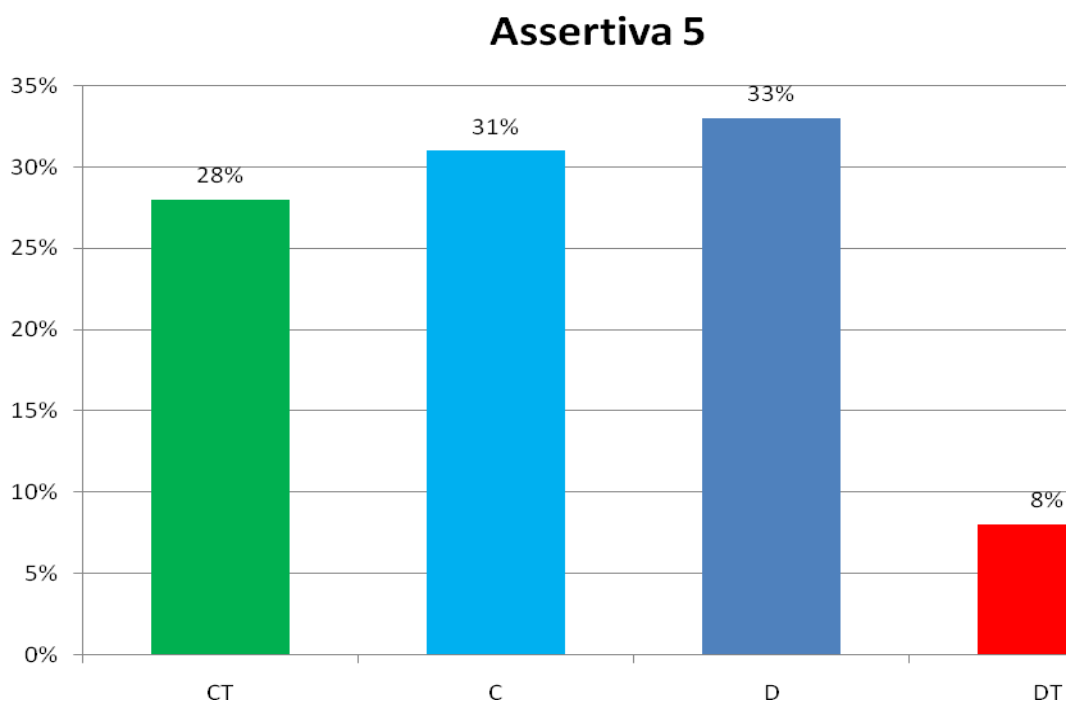
ampliado para muito além de sua atuação profissional, estimulando sobremaneira a prática colaborativa (AGRELI *et al.*, 2016).

A categoria **“Pouca disponibilidade dos profissionais para a Educação Permanente”** e suas subcategorias **“Falta de motivação pessoal”** e **“Desinteresse profissional em se qualificar”** reforçam as dificuldades relatadas na categoria anterior:

[...] a gente é estimulado a se qualificar eu acho assim, é difícil pela rotina de vida nossa... (P7)

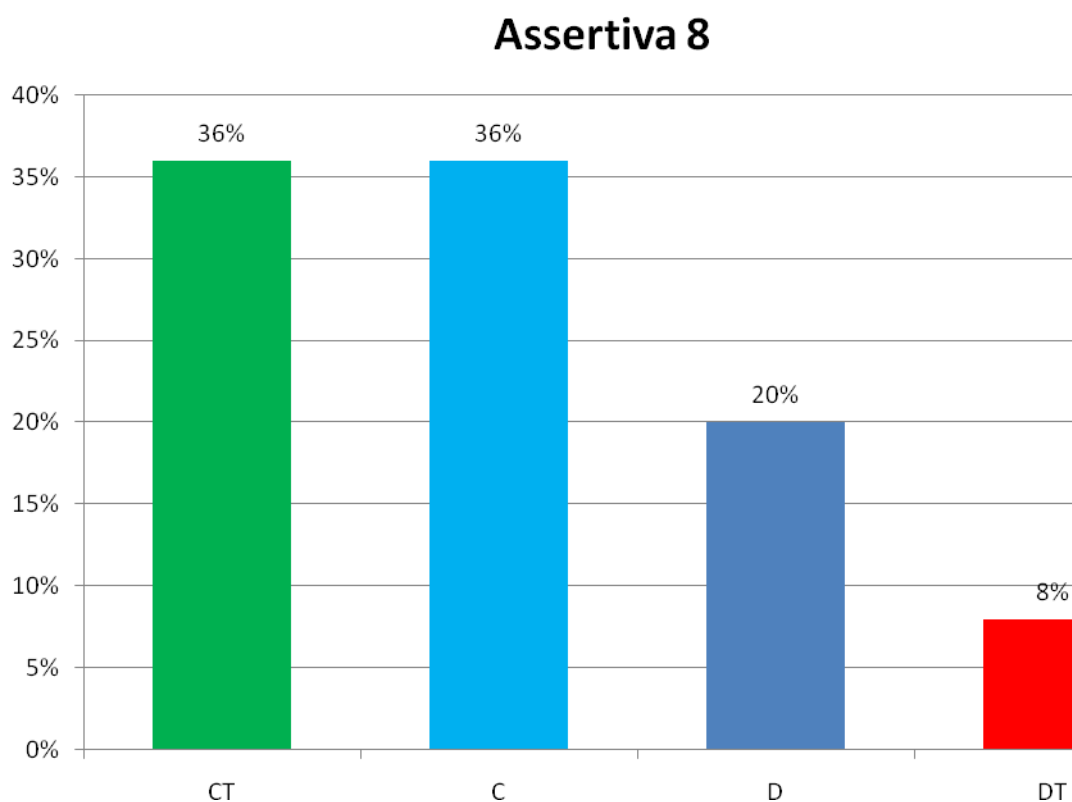
[...] acho que a falta também o interesse do... essa formação da pessoa né?! Pra ela entrar e acompanhar o nível de um grupo, é isso. (P10)

Diante da asserção 5 **“Temos horários protegidos (reservados dentro de nossa carga horária semanal) reservados para o diálogo e troca de pareceres”**, existe concordância de apenas 59% dos profissionais, sendo que 41% discorda, com média de 2,78 (zona de alerta).



**Gráfico 101. Distribuição percentual da Asserção 5- Temos horários protegidos (reservados dentro de nossa carga horária semanal) reservados para o diálogo e troca de pareceres. São Paulo, 2017.**

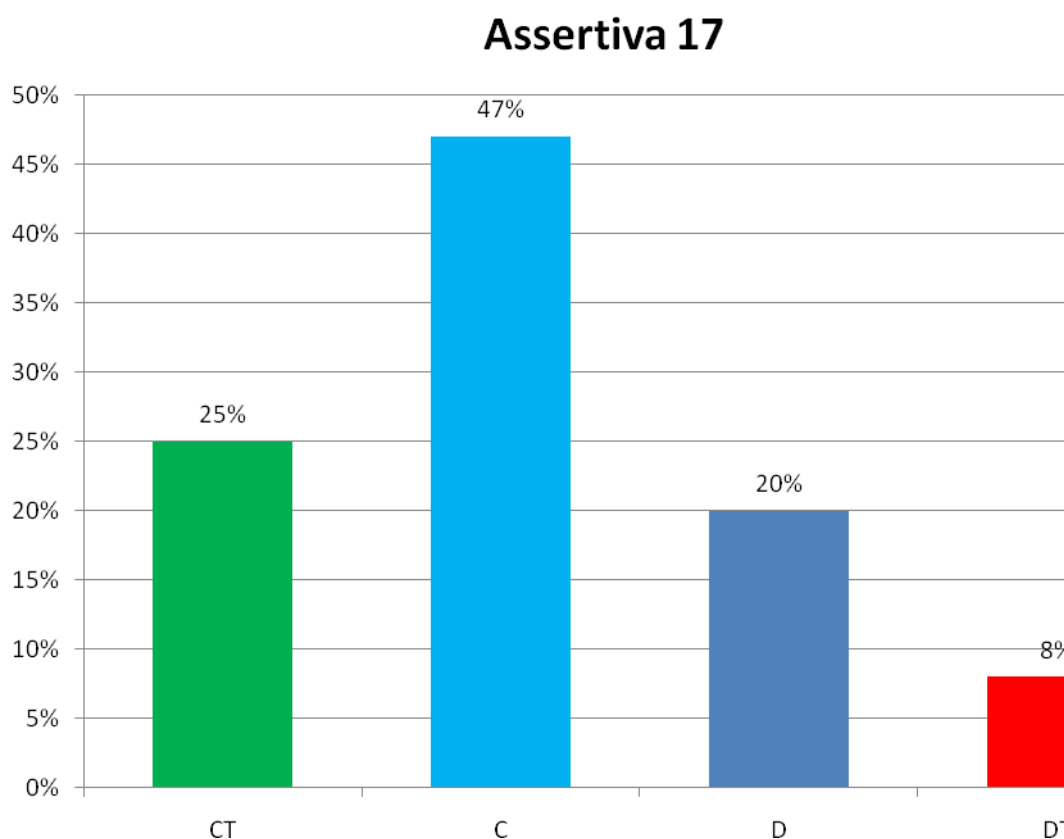
A resposta à asserção 8 “**Somos incentivados para uma educação permanente no cotidiano do nosso trabalho**”, com 72% de concordantes e 28% discordantes (média de 3,00), traz uma mensagem implícita que esta questão deva ser melhor explorada nas instituições que atendem pacientes com deformidades craniofaciais.



**Gráfico 12. Distribuição percentual da Assertiva 8- Somos incentivados para uma educação permanente no cotidiano do nosso trabalho. São Paulo, 2017.**

Estas duas asserções explicitam as dificuldades vivenciadas pela equipe na Educação Permanente da mesma, o que é similar ao encontrado pelos pesquisadores Carotta *et al.* (2009) que relatam as dificuldades encontradas para implementar a Educação Permanente em Saúde no município de Embu (SP): dificuldade dos trabalhadores em aplicar os conceitos na prática, rotina diária de trabalho intensa que dificulta a agenda de encontros da equipe e a possibilidade de aprofundar as reflexões com leituras complementares e formar grupos de estudo, desmotivação de alguns trabalhadores, inclusão dos profissionais médicos na discussão e ampliação da participação dos usuários.

Diante da asserção 17 “**A qualificação do corpo docente tem sido estimulada de forma permanente**”, 72% concordam, 28% discordam, com média de 2,92 (zona de alerta).



**Gráfico 13. Distribuição percentual da Assertiva 17- A qualificação do seu corpo docente tem sido estimulada de forma permanente. São Paulo, 2017.**

Desenvolvimento docente é fruto de planejamento que converta objetivos em propostas viáveis, para Batista & Batista (2014) planejar é:

Organizar o pensamento tendo em vista uma ação; traçar objetivos; delinear caminhos para alcançar um objetivo; supor contratempos; estabelecer critérios para efetivar uma ação; prever tempo, organizando-se cronologicamente; definir recursos necessários para que os objetivos sejam alcançados e ter disciplina. Nessas concepções, ficam explícitas algumas características do planejamento: o exercício de uma racionalidade na busca de maior eficiência/eficácia. Para isso, o entendimento do planejamento como um processo se impõe, incorporando a avaliação como um feedback necessário à (re)adaptação constante (BATISTA & BATISTA, 2014, p. 32).

Analisando as entrevistas da categoria **“Pouca valoração institucional da Educação Permanente”** e suas subcategorias **“Ausência de horários protegidos para atividades de Educação Permanente”**, **“Aprendizagem colaborativa”**, **“Carência de recursos financeiros”** e **“Dificuldade de conciliar as atividades”**, vem à tona a necessidade implícita de um olhar mais generoso por parte das Instituições para o desenvolvimento das Equipes:

[...] estar sempre atualizando, e investindo nisso, então acho que a instituição deve estar ligada também nessa formação... (P6)

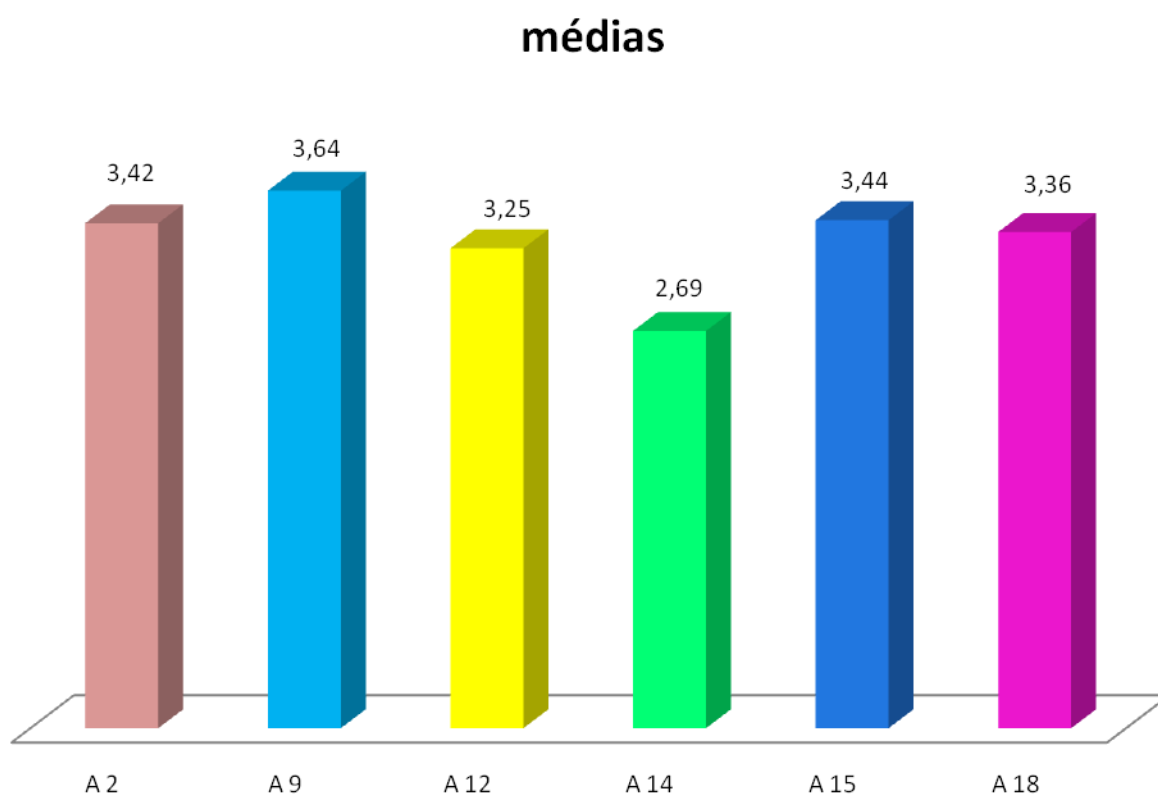
[...] ter momentos onde todas as especialidades: nutrição, medicina, odontologia, fonoaudiologia, psicologia... todos sentariam, e juntos teriam momento de troca, tanto de conhecimento quanto de dúvidas também sabe?... (P7)

Para Ceccim (2005) Educação Permanente em Saúde está atrelada à aprendizagem significativa de Paulo Freire, definida pelo autor como:

[...] o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005, p. 161).

### 5.3 – 3ª Dimensão: A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.

Esta dimensão foi explorada por meio de 6 asserções, obtendo média geral de 3,33, situando-se na zona de conforto. O gráfico abaixo apresenta a média das sete asserções que compuseram esta dimensão (Gráfico 23).



**Gráfico14. Pontuação Média das asserções que compõem a 3ª Dimensão: A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.**

**Asserção 2:** Me sinto familiarizado com o termo Educação Interprofissional (3,42).

**Asserção 9:** Para um trabalho em equipe efetivo, discussões coletivas e aprendizagens compartilhadas são essenciais (3,64).

**Asserção 12:** No nosso trabalho, cada profissional da equipe ensina os demais colegas, assim como aprende com eles (3,25).

**Asserção 14:** As atividades formativas no nosso trabalho em equipe preveem momentos de aprendizados em conjunto (2,69).

**Asserção 15:** Interprofissionalismo é a competência de trabalho em parceria na busca de objetivos comuns a serem alcançados (3,44).

**Asserção 18:** Para a prática interprofissional, a Educação Interprofissional é considerada uma estratégia de sucesso na Educação Permanente dos profissionais (3,36).

Com estes resultados, foi elaborado o roteiro da entrevista que, após realizada, transcrita e submetida à análise de conteúdo, permitiu a identificação de 32 unidades de contexto e 45 unidades de registro constantes nas falas. Destas unidades emergiram duas categorias e delas duas subcategorias:

**Quadro 6. Categorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas com os participantes da pesquisa, correspondente a terceira dimensão: A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.**

Categorias	Subcategorias
1.Reconhecimento da relevância da EIP na formação de profissionais para o atendimento de pacientes com deformidades craniofaciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de uma formação holística para a atenção</li> <li>• Aumento do potencial colaborativo da equipe</li> </ul>
2. Pouca clareza conceitual	

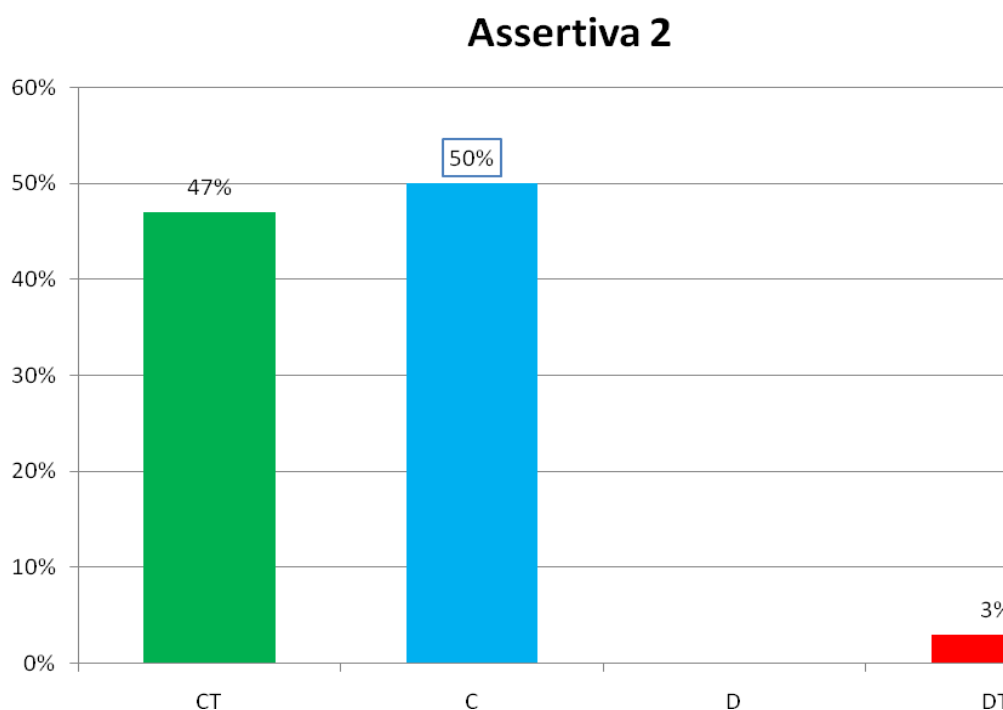
A Educação Interprofissional vai ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais que propõem mudanças no modelo educativo vigente, assumindo paradigmas de uma educação comprometida com mudança de atitude de alunos e professores, ambicionando a integralidade na atenção em saúde com a prática colaborativa, no trabalho interprofissional.

A EIP estimula sobremaneira o trabalho em equipe, mas sempre valorizando cada profissão, cada função dentro de uma equipe colaborativa, o que é reforçado pelos estudos de Pinho (2006), Robbins (2006), Duarte *et al.* (2012) e Reeves (2016).

A EIP é uma iniciativa que ajuda na superação de dificuldades na educação permanente da equipe, segundo Grap *et al.* (2003), Batista (2012) e Reeves (2016).

São características da EIP o trabalho em equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas, a negociação na tomada de decisões, a valorização dos diferentes profissionais das equipes, a consideração dos saberes do outrem, o respeito às diferenças buscando diálogo na solução de diferentes desafios, o comprometimento e responsabilidade nas tomadas de decisões compartilhadas (CNS, 1996; MÂNGIA, 2009; DIXON, 2011).

Ao analisar a Asserção 2 “**Me sinto familiarizado com o termo Educação Interprofissional**”, a primeira impressão é de que se trata de uma temática conhecida pelos profissionais.

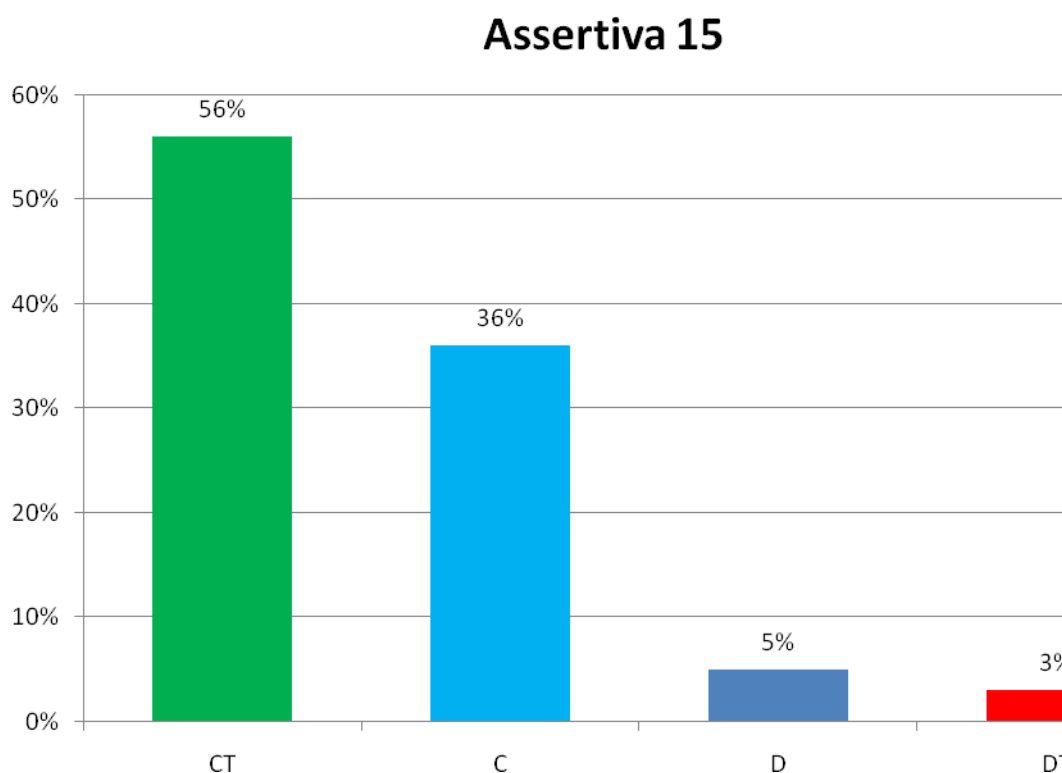


**Gráfico 15. Distribuição percentual da Asserção 2 - Me sinto familiarizado com o termo Educação Interprofissional. São Paulo, 2017.**

Pela análise do gráfico, se tem uma impressão de o termo Educação Interprofissional ser algo comum no dia a dia da equipe. Mas para Costa (2016) políticas como o PROPET-saúde, VER-SUS, residência multiprofissional e os

desenhos curriculares interprofissionais têm ajudado a fomentar a EIP no Brasil, embora ainda de forma incipiente.

Também diante da asserção 15 **“Interprofissionalismo é a competência de trabalho em parceria na busca de objetivos comuns a serem alcançados”**, a grande maioria dos profissionais concorda (92% e 3,44 de média).

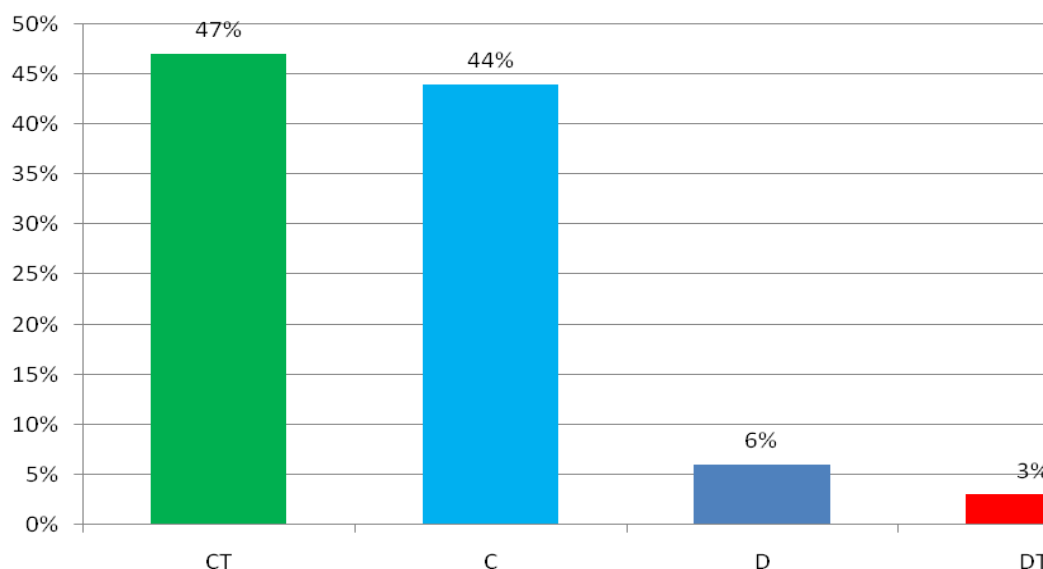


**Gráfico 16. Distribuição percentual da Asserção 15: Interprofissionalismo é a competência de trabalho em parceria na busca de objetivos comuns a serem alcançados. São Paulo, 2017.**

Os profissionais também concordam com a asserção 18 **“Para a prática interprofissional, a Educação Interprofissional é considerada uma estratégia de sucesso na Educação Permanente dos profissionais”** (91% de concordância e 3,36 de média).



### Assertiva 18



**Gráfico 17. Distribuição percentual da Assertiva 18: Para a prática interprofissional, a Educação Interprofissional é considerada uma estratégia de sucesso na Educação Permanente dos profissionais. São Paulo, 2017.**

Tanto nas respostas da escala quanto nas entrevistas, os profissionais demonstram o **“Reconhecimento da relevância da EIP na formação de profissionais para o atendimento de pacientes com deformidades craniofaciais”**, reconhecendo nela a **“Possibilidade de uma formação holística para a atenção”** e o **“Aumento do potencial colaborativo da equipe”**.

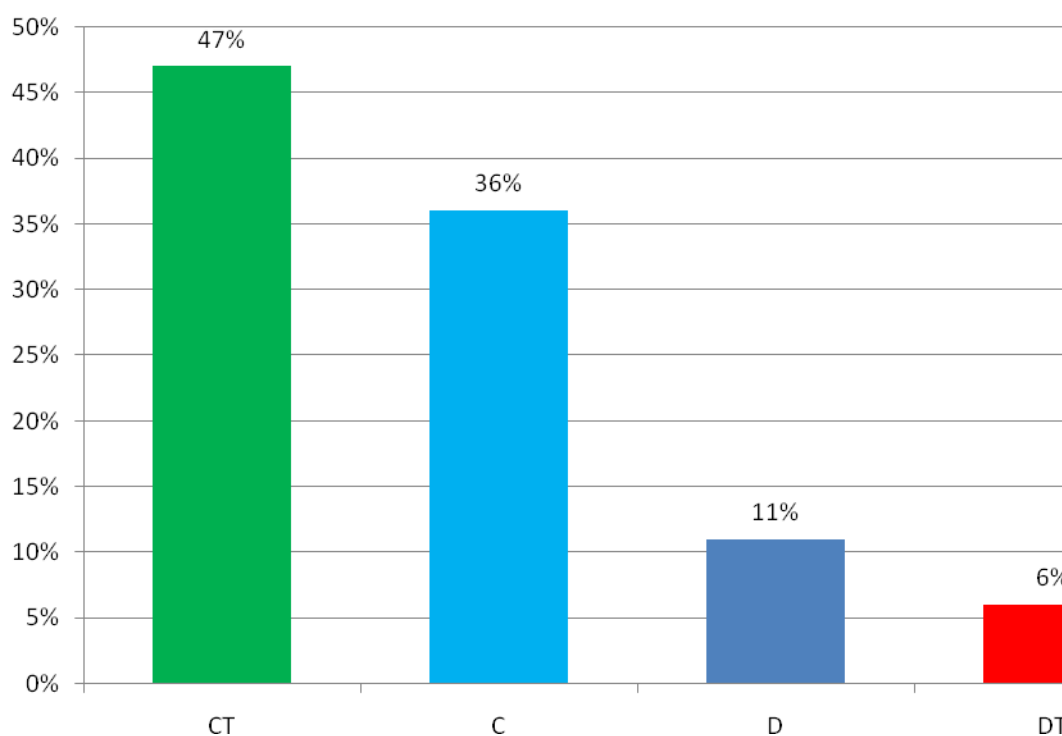
[...] aluno desde o começo da sua formação já ter esta visão de atuação do atendimento generalizado do paciente, em todos aspectos, não só físicos, como eu já falei emocional, espiritual... (P6)

[...] se isso fosse realizado lá na base, no começo de tudo, talvez esse processo de se trabalhar em equipe seria bem melhor desenvolvido e uma aceitação maior. (P14)

Quando a atenção é focada no paciente, os profissionais saem de uma visão reducionista e fragmentada e passam a ver o paciente como um todo, passando a perceber necessidades que vão além de sua área de atuação, buscando soluções para o mesmo, levando à valorização dos demais membros da equipe de saúde (AGRELI, 2016).

Diante da asserção 9 “**Para um trabalho em equipe efetivo, discussões coletivas e aprendizagens compartilhadas são essenciais**”, 94% concordam (zona de conforto com 3,64 de média). Neste sentido, à asserção 12 “**No nosso trabalho, cada profissional da equipe ensina os demais colegas, assim como aprende com eles**”, 83% dos profissionais concordam e 17% discordam (3,25 de média).

### Assertiva 12

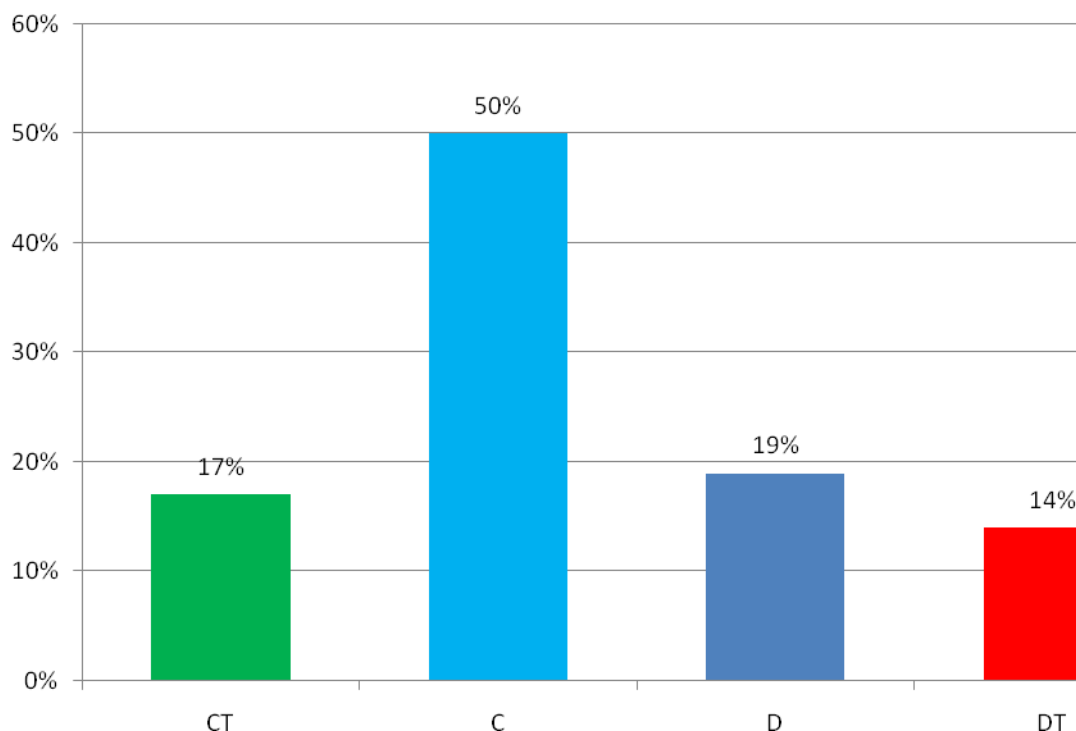


**Gráfico 18. Distribuição percentual da Asserção 12- No Centro Pró-sorriso, cada profissional da equipe ensina os demais colegas, assim como aprende com eles. São Paulo, 2017.**

As análises das respostas às asserções 9 e 12 demonstram existência de rotina de trabalho colaborativo, o que é ratificado na próxima asserção.

A resposta à asserção 14 “**As atividades formativas no nosso trabalho em equipe preveem momentos de aprendizados em conjunto**”, com 77% de concordância, 23% discordância com média de 2,69 (zona de alerta), demonstra ser uma prática a ser reforçada.

## Assertiva 14



**Gráfico 19. Distribuição percentual da Asserção 14- As atividades no nosso trabalho em equipe preveem momentos de aprendizados em conjunto. São Paulo, 2017.**

O verdadeiro trabalho em equipe pressupõe que haja prática dialógica, gestão compartilhada, convívio harmonioso e interativo entre profissionais, características que são muito valorizadas na Educação Interprofissional (DUARTE *et al.*, 2012).

Pyle *et al.* (2009) enfatizam a importância de objetivos compartilhados, a comunicação horizontalizada e apoios institucionais como fatores imprescindíveis ao desenvolvimento do trabalho em equipe. Para os autores, são profissionais que trabalham e aprendem uns com os outros, para o benefício do paciente.

Isto possivelmente aponta para uma falta de clareza conceitual, uma vez que os profissionais reconhecem a importância da Educação Interprofissional onde treinamentos e aprendizagens conjuntas são essenciais, mas concordam que a Educação Permanente ocorre de forma isolada.

Assim, analisando o conteúdo das falas, é possível detectar a **Pouca Clareza conceitual sobre EIP:**

[...] a mesma graduação e diferentes especialidades de atuação ali, a multidisciplinaridade eu considero como graduações deferentes,

formações diferentes, e aí sim trabalham em um mesmo ambiente, com um mesmo paciente... (P10)

[...] estudava que o SUS teria essa equipe, que o SUS trabalharia assim, a gente sempre lia sobre né?!... (P12)

Entendemos que o atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais, que no geral são síndromes, necessita de equipe interprofissional para que ocorra a atenção integral. A Prática Colaborativa, fruto de Educação Permanente Interprofissional deve proporcionar maior interatividade entre os membros da equipe, intensificando as trocas de saberes e agilizando a execução mais eficiente de objetivos comuns. A Educação Permanente Interprofissional deve focar no ensino em serviço, favorecendo a integração da teoria e prática, propiciando a construção e reconstrução de saberes e habilidades com potencial de serem verdadeiros fios condutores de uma prática diferenciada que conte com a sensibilidade, amplitude e integralidade para atender pacientes marcados profundamente durante sua formação genética.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**Em relação à concepção de Trabalho em Equipe os profissionais envolvidos com a atenção a pacientes com deformidades craniofaciais concordam:**

- ✓ Com a eficácia do Trabalho em Equipe Colaborativa e entendem que esta prática deve ser melhorada;
- ✓ Com a necessidade de intersecção de áreas de atuação profissional no cotidiano de suas atividades;
- ✓ Com a importância do planejamento conjunto de ações, entendendo que este ponto deve ser intensificado.

**Em relação às dificuldades na Educação Permanente da equipe os profissionais reconhecem:**

- O Predomínio do enfoque multiprofissional de atuação;
- A predominância do modelo de educação permanente multiprofissional;
- A necessidade de práticas com horários protegidos, formação e atuação interprofissional e com metodologias inovadoras;
- A existência de variáveis como falta de tempo, poucos recursos, individualismo, falta de motivação pessoal que atrapalham a EP da equipe.

**Em relação à Educação Interprofissional os profissionais:**

- Confundem EIP com formação fragmentada multiprofissional;
- Reconhecem a EIP como uma estratégia de formação que possibilita que os mesmos adquiram um perfil holístico de atuação e saiam mais preparados para atuar em equipes com perfil colaborativo;
- Percebem de que a EIP melhora as relações profissionais, aumenta a resolutividade, diminui custos, diminui estresse, humaniza a relação profissional/paciente, dentre outras vantagens.

Entendemos ser importante analisar as percepções de quem viveu e vive a realidade do atendimento de pacientes com deformidades craniofaciais como equipe, considerando a potencial contribuição que pode dar para o aperfeiçoamento dessa modalidade de atenção. O reconhecimento da eficiência do Trabalho Colaborativo, da intersecção de áreas e do planejamento participativo no dia a dia do trabalho de uma equipe, premissas de uma Educação Permanente Interprofissional, elege esta modalidade como uma alternativa para melhor preparar os profissionais que atuam com pacientes com deformidades craniofaciais, que no Brasil ocorrem por meio exclusivo do SUS.

As dificuldades elencadas pelos profissionais entrevistados nesta dissertação são inerentes à formação acadêmica tradicional. A mudança dessa tradição requer quebra de paradigmas, sair de um modelo tradicional de formação e educação permanente somente terá êxito se houver efetiva integração entre os profissionais envolvidos, gestores e a instituição, relação que deve ser baseada em atividades harmônicas e equilibradas dos sujeitos para se chegar à integralidade do cuidado ao paciente.

Os resultados da pesquisa, ao demonstrarem que os respondentes mesmo oriundos de uma formação tradicional demonstram possuir percepção positiva quanto à formação para o trabalho em equipe por meio da EIP, reafirmam a importância dessa modalidade de pós-graduação. No entanto, a Educação Permanente de Equipes em Saúde por meio de iniciativas fundamentadas na Educação Interprofissional é ainda muito “jovem” e incipiente em nosso país, como uma proposta de formação alternativa aos modelos de formação atuais e tradicionalistas.

A confusão conceitual demonstrada nesta pesquisa revela ser algo novo para os sujeitos, mas a avaliação positiva do trabalho conjunto e o reconhecimento que a Educação Permanente Interprofissional fortalece o verdadeiro trabalho em equipe demonstra que esses profissionais estão receptivos com relação à essa prática.

Este estudo não pretendeu esgotar o assunto, esperamos proporcionar mais subsídios para o surgimento de novas propostas de intervenção, de forma dialogada, que proporcionem a constante evolução do atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais, às comunidades e às instituições congêneres.

## BIBLIOGRAFIA

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, Botucatu, v. 20, n. 59, out./dez. 2016, p. 905-916. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação – Revista Da Avaliação Da Educação Superior (Campinas)**, v. 16, n. 1, 2011, p. 165-184. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772011000100009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772011000100009&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 08 nov. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BATISTA, M.J.; ALEXANDRE, D.F.; VASCONCELOS, A.P. & ARAUJO, A.M.S. **Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item**. ENEGEP - XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção - Ouro Preto, MG, Brasil, 21 a 24 de out de 2003. Disponível em: [www.abepro.org.br](http://www.abepro.org.br).

BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. **Docência em Saúde: temas e experiências**. 2ª ed. ver. e ampl. São Paulo: Senac São Paulo, 2014.

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, jan. 2012, p. 25–28. Disponível em: [http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf). Acesso em: 10 dez. 2016.

BERMUDES, W.L.; SANTANA, B.T.; BRAGA, J.H.O.; SOUZA, P.H. Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v. 18, n. 2, 2016, p. 7-20. Disponível em: <http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/5912>. Acesso em: 8 jan. 2017.

BORGES, L.O.; PINHEIRO, J.Q. Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, n. spe, Natal, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2002000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resoluções 1996. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm). Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Disponível em: <http://www.prosaude.org/>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRIDGES, D.R.; DAVIDSON, R.A.; ODEGARD, P.S.; MAKI, I.V.; TOMKOWIAK, J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. **Medical Education Online**, v. 16, n. 6035, april 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21519399>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BURZOTTA, L.; NOBLE, H. The dimensions of interprofessional practice. **British Journal of Nursing**, v. 20, n. 5, 2013, p. 310–315. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2011.20.5.310>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CAIPE – Centre for The Advancement of Interprofessional Education. Disponível em: <http://CAIPE.org.uk/resources/journal-of-interprofessional-care/>. Acesso em: 07 ago. 2016.

CÂMARA, A.M.C.S.; CYRINO, A.P.; CYRINO, E.G.; AZEVEDO, G.D.; COSTA, M.V.; BELLINI, M.I.B.; PEDUZZI, M.; BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.S.S.; REEVES, S. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, Botucatu, v. 20, n. 56, jan./mar. 2016, p. 9-12. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 jun. 2016.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, 2004, p. 611–614. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500019&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 jun. 2016.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, Botucatu, v. 5, n. 9, ago. 2001, p. 133-142. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832001000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200009). Acesso em: 12 jun. 2016.

CAPPELLE, M.C.A.; MELO, M.C.O.L.; GONÇALVES, C.A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Revista Eletrônica de Administração Da UFLA**, v. 5, n. 1, 2003. Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/251/248>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl.1, 2009. Disponível em:



<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29529>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, Botucatu, v. 9, n. 16, set.2004/fev.2005, p. 161-177. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 jun. 2016.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, no. spe., dez. 2000, p. 143-147. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000700024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024). Acesso em: 08 nov. 2016.

COLARES, M.F.A.; TRONCON, L.E.A.; FIGUEIREDO, J.F.C; CIANFLONE, A.R.L.; RODRIGUES, M.L.V.; PICCINATO, C.E.; PERES, L.C.; COLETA, J.A.D. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 3, set./dez. 2002, p. 194–203. Disponível em: <http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/construcaoinstrumentoatitudes.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

COSTA, M.V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, Botucatu, v. 20, n. 56, jan./mar. 2016, p. 197-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100197](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197). Acesso em: 10 dez. 2016.

CYMROT, M.; SALES, F.C.D.; TEIXEIRA, F.A.A.; TEIXEIRA JUNIOR, F.A.A.; TEIXEIRA, G.S.B.; CUNHA FILHO, J.F.; OLIVEIRA; N.H. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 25, n. 4, out./dez. 2010, p. 648–651. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-51752010000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752010000400015). Acesso em: 12 jun. 2016.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n. 3, 2008, p. 1- 13. Disponível em: <http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/viewArticle/243>. Acesso em: 12 jun. 2016.

DANDO, N.; D’AVRAY, L.; COLMAN, J.; HOY, A.; TODD, J. Evaluation of an interprofessional practice placement in a UK in-patient palliative care unit. **Palliative Medicine**, v. 26, n. 2, 2011, p. 178–184. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216311400479>. Acesso em: 12 jun. 2016.

DELORS, J. (Org.). **Educação: um tesouro a descobrir**: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 4ª ed. São Paulo:

Cortez, 2000.

DIXON, M.J.; MARAZITA, M.L.; BEATY, T. H.; MURRAY, J.C. Cleft lip and palate: synthesizing genetic and environmental influences. **Nature Reviews Genetics**, v. 12, n. 3, mar. 2011, p. 167-178. Disponível em: <http://www.nature.com/nrg/journal/v12/n3/full/nrg2933.html>. Acesso em: 10 dez. 2016.

DUARTE, E.D.; DITZ, E.S.; MADEIRA, L.M; BRAGA, P.P.; LOPES, T.C. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n.1, jan./mar. 2012, p. 86–94. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf). Acesso em: 10 dez. 2016.

FORTE, A.; FOWLER, P. Participation in interprofessional education: an evaluation of student and staff experiences. **Journal of Interprofessional Care**, v. 23, n. 1, jan. 2009, p. 58–66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Participation+in+interprofessional+education%3A+an+evaluation+of+student+and+staff+experiences.+Journal+of+Interprofessional+Care>. Acesso em: 10 dez. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4<sup>a</sup> edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAP, M.J.; STRICKLAND, D.; TORMEY, L.; KEANE, K.; LUBIN, S.; EMERSON, J.; WINFIELD, S.; DALBY, P.; TOWNES, R.; SESSLER, C.N. Collaborative practice: development, implementation, and evaluation of a weaning protocol for patients receiving mechanical ventilation. **American Journal of Critical Care**, v. 12, n. 5, sep. 2003, p. 454–460. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14503429>. Acesso em: 10 dez. 2016.

JANSEN, B.F.; BATISTA, S.H.; BATISTA, N. O Processo de ensino/aprendizagem no mestrado profissional – MP Norte: análise de uma experiência. **IX Congresso Internacional sobre Investigación en Didáctica de las Ciencias**, Girona, set. 2013, p. 1246-1251. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/Ensenanza/article/view/307132/397112>. Acesso em: 10 dez. 2016.

KUHN, V.D.; MIRANDA, C.; DALPIAN, D.M.; MORAES, C.M.B.; BACKES, D.S.; MARTINS, J.S.; SANTOS, B.Z. Fissuras labiopalatais: revisão da literatura. **Disciplinarum Scientia**, v. 13, n. 2, 2012, p. 237–245. Disponível em: <http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1016>. Acesso em: 07 ago. 2016.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, New York, v. 22, n. 140, 1932, p. 1-55. Disponível em: [http://www.voteview.com/pdf/Likert\\_1932.pdf](http://www.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf). Acesso em: 08 mar. 2015.

LIMA, A.C.S.; MAGALHÃES, C.S.C.A.; ASSIS, S.M.; SILVA, S.H.S.C. O desafio do conhecimento. **Revista Inter-Legere** – Revista Semestral do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais / UFRN, n. 14, jan./jun. 2014, p. 1–8. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/download/4873/4272>. Acesso em: 10 dez. 2016.

LOFFREDO, L.C.M.; FREITAS, J.A.S.; GRIGOLLI, A.A.G. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, dez. 2001, p. 571–575. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000600011). Acesso em: 10 dez. 2016.

MACEDO, L.M.; MARTIN, S.T.F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, Botucatu, v. 18, n. 51, out./dez. 2014, p. 647–659. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000400647&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400647&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 07 ago. 2016.

MÂNGIA, E.F. Aprender junto para trabalhar junto: o desafio da formação para o trabalho interprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14048/15866>. Acesso em: 10 dez. 2016.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em Saúde**. Projeto de pesquisa vinculado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC 2007/2008. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf> - Acesso em: 07 ago. 2016.

MEDEIROS, N.M.H. **Educação Permanente em Saúde: Gestão e Ensino na Concepção dos Trabalhadores**. 1ª Ed. Fap- UNIFESP. São Paulo, 2015.

MINAYO, M.C.S.; **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14ª Ed. Hucitec Editora. São Paulo, 2014

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993, p. 237–248. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 07 ago. 2016.

MIRANDA, S.M.; PIRES, M.M.S.; NASSAR, S.M.; SILVA, C.A.J. Construção de uma escala para avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, suppl. 1, 2009, p. 104–110. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100->

55022009000500011&script=sci\_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. 2010. Disponível em: [http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf%20](http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20). Acesso em: 07 ago. 2016.

ORSI JUNIOR, J.M. (coord.). **Informativo do Centro Pró-Sorriso: Anomalias craniofaciais – as faces do tratamento**. Alfenas: UNIFENAS – Universidade José do Rosário Vellano, 2006. Disponível em: <http://www.unifenas.br/extensao/cartilha/Centrinho.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2016.

PARANÁIBA, L.M.R.; MIRANDA, R.T.; MARTELLI, D.R.B.; BONAN, P.R.F.; ALMEIDA, H.; ORSI JÚNIOR, J.M.; MARTELLI JÚNIOR, H. Fissuras lábio-palatinas: série de casos clínicos incomuns. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology – BJORL**, São Paulo, v. 76, n. 5, set./out. 2010, p. 649-653. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942010000500019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000500019). Acesso em: 12 jun. 2016.

PEDUZZI, M; CARVALHO, B.G.; MANDÚ, E.N.T.; SOUZA, G.C.; SILVA, J.A.M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 2011, p. 629-646. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 jan. 2016.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, ago. 2013, p. 977–983. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt). Acesso em: 12 jun. 2016.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, Botucatu, v. 20, n. 56, jan./mar. 2016, p. 199-201. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100199](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199). Acesso em: 12 jun. 2016.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v. 8, 2006, p. 68-87. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/582>. Acesso em: 12 jun. 2016.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, ago. 1995, p. 318–25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101995000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400010). Acesso em: 12 jun. 2016.

PYLE, N.R.; ARTHUR, N.; HURLOCK, D. Service user positioning in interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 23, n. 5, 2009, p. 531–533. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820802565551>. Acesso em: 12 jun. 2016.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, Botucatu, v. 20, n. 56, 2016, p. 185-197. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000100185&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000100185&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 8 jan. 2017.

RITZ, M.R.C. **Qualidade de vida no trabalho**: construindo, medindo e validando uma pesquisa. 2000. 96F. Dissertação (Mestrado Profissional em Qualidade). Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000215650&fd=y>. Acesso em: 12 jun. 2016.

ROBBINS, S.P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Pearson, 2006.

ROBERTS, R.D.; FLORES-MENDOZA, C.E.; NASCIMENTO, E. Inteligência emocional: um construto científico?. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 12, n. 23, 2002, p. 77-92. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2002000200006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2002000200006&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 07 ago. 2016.

SCARINCI, A.L.; PACCA, J.L.A. Objetivos gerais de um programa de desenvolvimento profissional docente. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 22, n. 4, 2016, p. 1063-1084. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v22n4/1516-7313-ciedu-22-04-1063.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2017.

SILVA, R.H.A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar em Revista**, Curitiba, n. 39, jan./abr. 2011, p. 159–175. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40602011000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602011000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 07 ago. 2016.

The network towards unity for health. Disponível em: <http://www.the-networktufh.org/home/index.asp>. Acesso 07 ago. 2016

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VANZ, A.P.; RIBEIRO, N.R.R. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011, p. 596–602. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300007). Acesso em: 12 jun. 2016.

VASCONCELOS, B.C.E.; SILVA, E.D.O.; PORTO, G.G.; PIMENTEL, F.C.; MELO,

P.H.N.B. Incidências de malformações congênitas labiopalatais. **Revista de Cirurgia Traumat. Buco-Maxilo-Facial**, v. 2, n. 2, jul./dez. 2002, p. 41–46. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2002/v2n2/pdf%20v2n2/v2n2.3.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

WAKELY, L.; BROWN, L.; BURROWS, J. Evaluating interprofessional learning modules: health students' attitudes to interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 5, 2013, p. 424–5. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2013.784730>. Acesso em: 12 jun. 2016.

ZANGISKI, M.A.S.G.; LIMA, E.P; COSTA, S.E.G. Aprendizagem organizacional e desenvolvimento de competências: uma síntese a partir da gestão do conhecimento. **Produto & Produção**, v. 10, n. 1, fev. 2009, p. 54-74. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/view/7787>. Acesso em: 07 ago. 2016.

## ANEXOS

### Anexo A



FUNDAÇÃO DE ENSINO E TECNOLOGIA DE ALFENAS  
UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO

**CENTRO PRÓ-SORRISO - CENTRINHO**



### DECLARAÇÃO

Eu, Julian Miranda Orsi Júnior, coordenador do Centro Pró-Sorriso, estou ciente e concordo com o desenvolvimento da pesquisa realizada neste Centro a ser conduzida pelo pós-graduando **Gustavo Ferreira** sob o título "Formação e atuação interprofissional no centro pró-sorriso da Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas" na linha de pesquisa Educação Permanente em Saúde, para fins de realização de dissertação, como parte dos requisitos para conclusão de mestrado profissional junto ao CEDESS/UNIFESP.

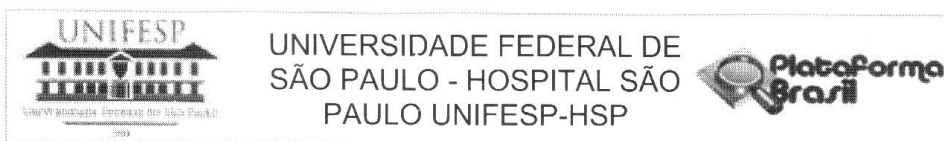
Por ser verdade,  
Firmo a presente.

Alfenas, 04 de fevereiro de 2015.

Prof. Julian Miranda Orsi Junior  
Coord. do CENTRO PRÓ SORRISO  
CRO MG 14251

**Profº Julian Miranda Orsi Júnior**  
Coordenador do Centro Pró – Sorriso (centrinho)

## Anexo B



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FORMAÇÃO E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CENTRO PRÓ-SORRISO DA UNIVERSIDADE DE ALFENAS - UNIFENAS

**Pesquisador:** Gustavo Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52281515.9.0000.5505

**Instituição Proponente:** Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.415.173

#### Apresentação do Projeto:

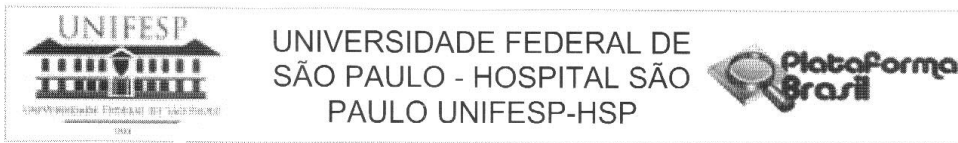
Trata-se de respostas de pendências ao parecer original consubstanciado CEP nº 1.388.060 de 13 de jan de 2016;

Projeto CEP/UNIFESP n:0004/2016

O tratamento de deformidades craniofaciais exige a intervenção de uma equipe com variados profissionais, devido a complexidade do problema, as más formações trazem consequências psicológicas, fisiológicas e sociais para os acometidos pela deformidade, o que demanda um tratamento multiprofissional: médicos, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros. Quando se fala em Prática Colaborativa não se tem como não mencionar Formação Interprofissional, esta modalidade de Currículo Inovador, seja em graduação, pós-graduação, formação continuada ou em formação permanente que leva indubitavelmente a Prática Colaborativa. Segundo a OMS: A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde. Objetivos: Esta pesquisa visa avaliar a formação interprofissional no Centro Pró- Sorriso da Universidade de

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com





Continuação do Parecer: 1.415.173

Alfenas – UNIFENAS, com vistas ao trabalho em equipe e a Prática Colaborativa no atendimento ao paciente/família com deformidades craniofaciais. A pesquisa buscará a percepção dos referidos profissionais quanto a formação inter- profissional, humanização, trabalho em equipe, dificuldades e pontos fortes da prática realizada no Centro.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Investigar as atividades educativas desenvolvidas para profissionais em pós-graduação no Centro Pró-sorriso e sua relação com o preparo para o trabalho em equipe.

-Objetivo Secundário:

1. Apreender a concepção dos docentes e discentes do Centro pró-sorriso sobre trabalho em equipe, integralidade e prática compartilhada no atendimento a pacientes portadores de deformidades craniofaciais.
2. Levantar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no seu processo de educação permanente como uma equipe de saúde, valorizando as especificidades de cada profissão.
3. Avaliar a incorporação da EIP na Educação Permanente das equipes.

- Hipótese:

O atual modelo de ensino adotado no Curso de Pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial é o tradicional, com os profissionais atuando juntos, mas não se comprometendo com a formação para o trabalho em equipe e para a prática Colaborativa na assistência ao paciente com deformidade craniofacial. Assim, não incorpora os princípios da Educação Interprofissional em sua estratégia pedagógica

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

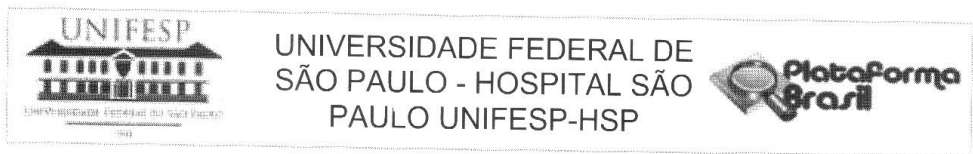
-Riscos: Pesquisa sem risco aos participantes.

-Benefícios: Aprimoramento da formação de profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado ao paciente com deformidade craniofaciais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, vinculado ao CEDESS, Campus Vila Clementino, com orientação do prof. Dr. Nildo Alves Batista.

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.415.173

**TIPO DE ESTUDO:** Este estudo terá caráter descritivo-exploratório, com abordagens quali e quantitativo.

**LOCAL:** Centro Pró- Sorriso da Universidade de Alfenas – UNIFENAS, criado em 1992, a partir de convênio com o Centrinho de Bauru, da USP. É o pioneiro em Minas e um dos seis do país especializado no tratamento de pacientes com deformidades craniofaciais e lesões labiopalatais, reconstrução e implante de olhos, nariz e orelhas.

**PARTICIPANTES:** Será investigado um universo de 44 pessoas, entre docentes, discentes e ex-discentes do Centro Pró-Sorriso (24 docentes e/ou profissionais ligados a equipe e 20 discentes de pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.)

**Critério de Inclusão:** Profissionais e discentes que atuam ou atuaram no Centro Pró-sorriso da Universidade de Alfenas-UNIFENAS no período de 2012 a 2015, com relação a Pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da referida instituição. **Critério de Exclusão:** Profissionais sem relação com o Curso em análise.

**PROCEDIMENTOS:**

**O Contexto da Pesquisa:** A pesquisa será desenvolvida junto ao Centro Pró-Sorriso. É no contexto das atividades educativas relacionadas com esta pós-graduação que se desenvolverá a presente investigação.

**Coleta de Dados:** Para a coleta de dados junto aos profissionais de nível superior e alunos de pósgraduação que se interagem no Centro Pró-sorriso, serão utilizados como instrumento privilegiado a Escala Atitudinal Likert, composto por assertivas sobre o objeto pesquisado com análise de grau de concordância.

Neste estudo, será usada escala Likert composta por 21 assertivas que serão construídas com o objetivo de conhecer a concepção de equipe e de EIP dos profissionais de nível superior do Centro Pró-sorriso.

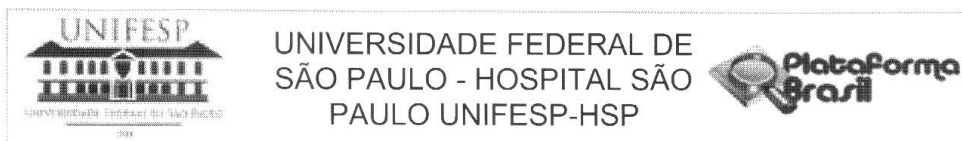
O instrumento com suas assertivas serão construídas à partir de três fatores/dimensões: 1. Concepções de trabalho em equipe, integralidade do cuidado e prática compartilhada dos profissionais e alunos de pósgraduação do referido Centro;

2. Dificuldades vivenciadas pelos profissionais no seu processo de educação

permanente como uma equipe de saúde, considerando-se as especificidades de cada profissão; e

3. Contribuições para que estes profissionais desenvolvam suas práticas comprometidas com a integralidade do cuidado. A autorização para a realização da pesquisa de campo será solicitada frente à Coordenadoria do Centro Pró-sorriso da Universidade de Alfenas-UNIFENAS.

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.415.173

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; TCLE

**Recomendações:**

Nada consta

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de respostas de pendências ao parecer original consubstanciado CEP nº 1.388.060 de 10 de jan de 2016, conforme os seguintes questionamentos:

1- Foi informado que será pedida a autorização à Coordenadoria do Centro Pró-sorriso da Universidade de Alfenas-UNIFENAS, para a realização da pesquisa de campo. Entretanto esta autorização deve ser enviada antes do início da pesquisa. Favor enviá-la.

CEP-UNIFESP: autorização apresentada . PENDÊNCIA ATENDIDA

2- O cronograma indica que parte do estudo já estará sendo iniciada antes da aprovação do protocolo. Será necessário adequar. Lembramos que nenhum estudo pode ser iniciado antes da aprovação pelo CEP/UNIFESP.

CEP-UNIFESP: Cronograma adequado PENDÊNCIA ATENDIDA

3- Em relação ao TCLE: a) inserir uma frase convidando o participante a participar; b)-deixar mais claro o que é escala atitudinal do tipo Likert. Dar mais informações sobre o questionário: em que local será aplicado e quanto tempo será necessários para respondê-lo; c)- é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra 'cópia'), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.; d)- todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.) as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE. ; e)- inserir campo para a assinatura do participante.

CEP-UNIFESP: Novo TCLE apresentado adequadamente. PENDÊNCIA ATENDIDA

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer do relator acatado "ad ref"

Lembramos que, a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.415.173

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_602722.pdf	03/02/2016 13:57:06		Aceito
Outros	gustavo.jpg	03/02/2016 13:48:52	Gustavo Ferreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	03/02/2016 12:28:53	Gustavo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/02/2016 12:25:18	Gustavo Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.doc	19/10/2015 11:13:27	Gustavo Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	images.pdf	19/10/2015 11:05:09	Gustavo Ferreira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 19 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
Miguel Roberto Jorge  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

## APÊNDICES

### Apêndice A- TCLE Likert.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO- UNIFESP: PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

É com grata satisfação que convidamos a participar da pesquisa: **“FORMAÇÃO E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CENTRO PRÓ-SORRISO DA UNIVERSIDADE DE ALFENAS - UNIFENAS”**, que será desenvolvida através da aplicação de um questionário aos docentes e/ou profissionais com atuação no Centro Pró-Sorriso e discentes do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, com atuação no referido Centro como parte das atividades do referido curso. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem por objetivo: investigar as atividades educativas desenvolvidas para profissionais em pós-graduação no Centro Pró-sorriso e sua relação com o preparo para o trabalho em equipe.

O instrumento utilizado é um questionário com escala atitudinal do tipo Likert, que possibilita enfoque qualitativo e quantitativo, uma vez que aquele nos dá a profundidade e a complexidade do problema a ser estudado, enquanto o outro nos dá a análise estatística do que foi coletado, permitindo comparações. Será de natureza descritiva e exploratória, entendendo-se que o estudo descritivo pretende trazer os fatos e fenômenos com exatidão da realidade. A pesquisa exploratória traz uma maior experiência em torno de um determinado problema, consistindo em aprofundar em determinado tema, criando maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno. O instrumento será um questionário enviado de forma on-line para todos, ou de forma presencial para quem assim preferir, esta será com a presença exclusiva do entrevistado e entrevistador e terá uma duração de aproximadamente 20 minutos, sendo em duas vias originais numeradas e rubricadas pelo participante e pesquisador, ficando uma com o entrevistador e outra com o entrevistado. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Neste sentido, não há riscos nem desconfortos previstos para os participantes, cujas informações permanecerão no anonimato.

Ao final do estudo, será possível conhecer a concepção dos participantes sobre trabalho em equipe, integralidade e prática colaborativa no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais, levantar as dificuldades vivenciadas pelos mesmos no seu processo de educação permanente como uma equipe de saúde, considerando-se as especificidades de cada profissão, e colher sugestões de como preparar estes profissionais para que desenvolvam suas práticas comprometidas com a integralidade do cuidado.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Cirurgião Dentista Gustavo Ferreira, Rua Zeferino Leite, 204 – Centro – Delfinópolis-MG. Fone: (35)3525-1229, (35) 98464-8881. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética

em Pesquisa da UNIFESP-CEP, Rua Botucatu, 572 / 1º andar, conj 14 - Vila Clementino. Fone: (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162. E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo pertinente à sua condição.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ele será absorvido pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, em utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li, descrevendo o estudo **“FORMAÇÃO E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CENTRO PRÓ-SORRISO DA UNIVERSIDADE DE ALFENAS - UNIFENAS”**.

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura do representante legal

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante neste estudo.

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura do responsável

## Apêndice B – TCLE Entrevista

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO- UNIFESP: PÓS-GRADUAÇÃO  
E PESQUISA

É com grata satisfação que convidamos a participar da pesquisa: **“FORMAÇÃO E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CENTRO PRÓ-SORRISO DA UNIVERSIDADE DE ALFENAS - UNIFENAS”**, que será desenvolvida em uma segunda etapa de coleta de dados, por meio de entrevista aos docentes e/ou profissionais com atuação no Centro Pró-Sorriso e discentes do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, com atuação no referido Centro como parte das atividades do referido curso. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem por objetivo: investigar as atividades educativas desenvolvidas para profissionais em pós-graduação no Centro Pró-sorriso e sua relação com o preparo para o trabalho em equipe.

O instrumento utilizado é através de entrevista semi-estruturada, que possibilita enfoque qualitativo, uma vez que nos dá a profundidade e a complexidade do problema a ser estudado. Será de natureza descritiva e exploratória, entendendo-se que o estudo descritivo pretende trazer os fatos e fenômenos com exatidão da realidade. A pesquisa exploratória traz uma maior experiência em torno de um determinado problema, consistindo em aprofundar em determinado tema, criando maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno. A entrevistado terá uma duração de aproximadamente 30 minutos. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Neste sentido, não há riscos nem desconfortos previstos para os participantes, cujas informações permanecerão no anonimato.

Ao final do estudo, será possível conhecer a concepção dos participantes sobre trabalho em equipe, integralidade e prática colaborativa no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais, levantar as dificuldades vivenciadas pelos mesmos no seu processo de educação permanente como uma equipe de saúde, considerando-se as especificidades de cada profissão, e colher sugestões de como preparar estes profissionais para que desenvolvam suas práticas comprometidas com a integralidade do cuidado.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Cirurgião Dentista Gustavo Ferreira, Rua Zeferino Leite, 204 – Centro – Delfinópolis-MG. Fone: (35)3525-1229, (35) 98464-8881. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP-CEP, Rua Botucatu, 572 / 1º andar, conj 14 - Vila Clementino. Fone: (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162. E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo pertinente à sua condição.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ele será absorvido pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li, descrevendo o estudo "**FORMAÇÃO E ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CENTRO PRÓ-SORRISO DA UNIVERSIDADE DE ALFENAS - UNIFENAS**".

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura do representante legal

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

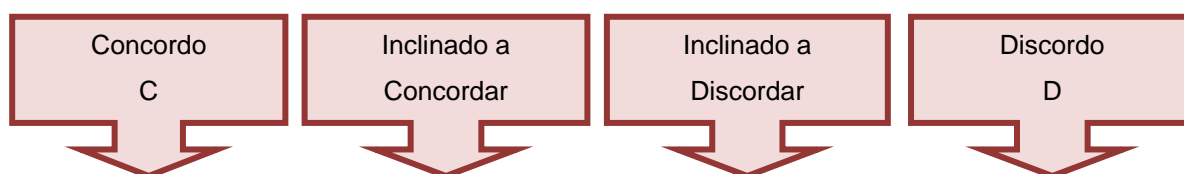
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura do responsável



## Apêndice C - Escala atitudinal – Likert:

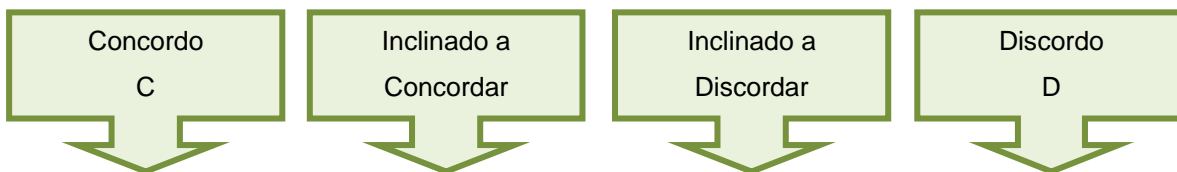
**1ª Dimensão: Concepções de trabalho em equipe e prática colaborativa de profissionais que atuam na atenção de pacientes com deformidades craniofaciais.**



1. A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica num cuidado integral multidisciplinar onde a troca de pareceres entre os diferentes profissionais é muito importante	(C) (IC) (ID) (D)
2. A atenção ao paciente com deformidades craniofaciais implica em uma série de competências que podem ser desenvolvidas por qualquer um dos profissionais que compõem a equipe.	(C) (IC) (ID) (D)
3. No nosso cotidiano trabalhamos em equipe, planejando coletivamente nossas atividades.	(C) (IC) (ID) (D)
4. O trabalho em equipe implica em traçar objetivos comuns a serem alcançados com vistas à integralidade no cuidado ao paciente com deformidades craniofaciais.	(C) (IC) (ID) (D)
5. Para um efetivo trabalho em equipe é necessário o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais.	(C) (IC) (ID) (D)
6. O trabalho em equipe possibilita a troca de conhecimentos e agilidade no cumprimento de metas a serem alcançadas na atenção ao paciente com deformidades craniofaciais.	(C) (IC) (ID) (D)
7. Realizamos periodicamente avaliações coletivas	

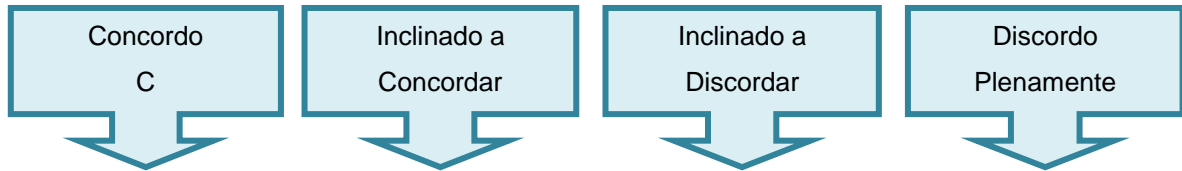
de nosso trabalho como equipe de atenção integral ao paciente com deformidades craniofaciais.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
8. É premissa básica no atendimento às deformidades craniofaciais a valoração da ética, o trato humanizado e no atendimento crítico-reflexivo e cooperativo dos pacientes.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)

**2ª Dimensão: Dificuldades vivenciadas no processo de educação permanente como uma equipe de saúde de profissionais que atuam na atenção a pacientes com deformidades craniofaciais.**



1. Para um efetivo trabalho em equipe são necessárias estratégias, tanto de formação inicial como de Educação Permanente.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
2. Temos horários protegidos (reservados dentro de nossa carga horária semanal) para o diálogo e troca de pareceres.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
3. A Educação Permanente ocorre, predominantemente, atualizando cada uma das áreas profissionais que compõem a equipe.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
4. Somos incentivados para uma educação permanente no cotidiano de nosso trabalho.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
5. No cotidiano do trabalho se estimula momentos de troca de saberes entre os profissionais de áreas diferentes.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
6. A qualificação do corpo docente tem sido estimulada de forma permanente.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
7. No trabalho em equipe consigo perceber as minhas competências específicas e distingui-las das competências gerais de todos que participam da atenção ao paciente com deformidades craniofaciais.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)

**3ª dimensão: A EIP como estratégia de educação permanente para o trabalho em equipe no atendimento a pacientes com deformidades craniofaciais: a visão dos profissionais.**



1. Me sinto familiarizado com o termo educação interprofissional.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
2. Para um trabalho em equipe efetivo, discussões coletivas e aprendizagens compartilhadas são essenciais.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
3. No nosso trabalho, cada profissional da equipe ensina os demais colegas como aprende com eles.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
4. As atividades formativas no nosso trabalho em equipe prevêm momentos de aprendizado em conjunto.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
5. Interprofissionalismo é a competência de trabalho em parceria na busca de objetivos comuns a serem alcançados.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)
6. Para a prática interprofissional, a Educação Interprofissional é considerada uma estratégia de sucesso na Educação Permanente dos profissionais.	(C) ( IC ) ( ID ) (D)

## **Apêndice E - Roteiro das entrevistas semiestruturadas**

- O que você entende por trabalho em equipe, Integralidade na atenção ao paciente e prática colaborativa no atendimento de paciente com deformidades craniofaciais?
- Quais as dificuldades que você percebe na Educação Permanente de profissionais para prover atenção a pacientes com deformidades craniofaciais?
- No questionário mencionamos Educação Interprofissional, você já estava familiarizado com este termo? O que você acha da formação interprofissional?
- Você pode dar sugestões para melhorar o que abordamos nas entrevistas, caso ache pertinente.