

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE
CASCAVELCENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE –
MESTRADO

THAIS CRISTINA DA SILVA FRANK

**ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO
DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
OESTE DO PARANÁ**

CASCAVEL-PR
MAIO/2021

THAIS CRISTINA DA SILVA FRANK

**ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO
DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIATRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
OESTE DO PARANÁ**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa De Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências eSaúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Allan Cezar Faria
Araújo

CASCADEL-PR
MAIO / 2021

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

FF828a Frank, Thaís Cristina da Silva
ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL
COLABORATIVA NO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA
BARIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO
PARANÁ / Thaís Cristina da Silva Frank; orientador
Allan Cezar Faria Araújo. -- Cascavel, 2021.
79 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de
Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do
Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde,
2021.

1. Práticas interdisciplinares. 2. Assistência
centrada no paciente. 3. Ambiente de trabalho
colaborativo. 4. Manejo da obesidade. I. Araújo,
Allan Cezar Faria, orient. II. Título.

THAIS CRISTINA DA SILVA FRANK

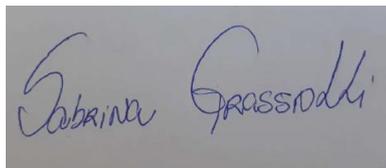
ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde, linha de pesquisa Processo saúde-doença, **APROVADA** pela seguinte banca examinadora:



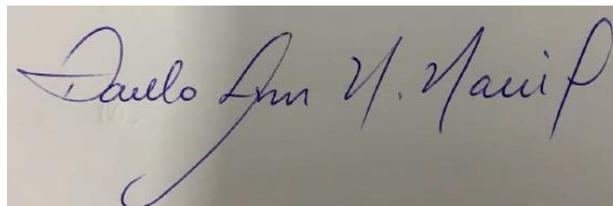
Orientador(a) - Allan Cezar Faria Araújo

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Sabrina Grassioli

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Paulo Afonso Nunes Nassif

Cascavel, 31 de maio de 2021

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José e Sayonara.

Ao meu esposo William.

Aos meus irmãos Vinícios e Gabriela.

Por todo amor, apoio, incentivo, compreensão e paciência de sempre.

Por toda ajuda para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu filho Arthur, simplesmente por existir!

Seu sorriso e sua vida são meus combustíveis para enfrentar qualquer coisa.

Eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todo colegiado do Programa de Pós graduação em Biociências e Saúde da Unioeste, em especial, ao meu querido orientador Professor Doutor Allan, por ter me conduzido, por ter confiado em mim desde o início, pela compreensão e incentivo quando eu já não via mais saída.

Às queridas colegas Cláudia, Ligiane e Márcia, que foram fundamentais para a construção deste sonho. Obrigada pelos inúmeros conselhos, por serem incansáveis, por serem mulheres que me inspiram, pelo incentivo e o carinho de sempre.

Aos profissionais do Serviço de Obesidade do HUOP, que tão gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

A toda minha família, por acreditarem em mim mais (muito mais) do que eu mesma.

E acima de tudo, minha gratidão a Deus, pelo dom da vida, por me capacitar e me dar sabedoria, por colocar anjos em minha vida e por me dar todas as condições para que eu pudesse chegar até aqui. À Ele toda honra e toda glória.

RESUMO

FRANK, T.C.S. **Análise da prática interprofissional colaborativa no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Do Oeste Do Paraná.** 79 páginas. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2021.

De acordo com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, para o enfrentamento e melhoria na qualidade da atenção às doenças crônicas não transmissíveis – incluindo a obesidade - se faz necessária a organização dos profissionais de saúde em equipes multiprofissionais trabalhando de forma interprofissional. Neste contexto, o Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, situado em Cascavel, atende indivíduos obesos da região, prestando assistência em formato de grupos com equipe multiprofissional. Surgiu então a necessidade de verificar se há atendimento interprofissional na equipe multidisciplinar que ali atua, bem como, se o ambiente e a atuação da equipe favorecem as práticas interprofissionais colaborativas na atenção ao indivíduo obeso, sendo este o objetivo do estudo. Foi possível identificar e avaliar a existência e o nível da prática colaborativa na equipe por meio da utilização de duas ferramentas de investigação: o questionário RIPLS já validado no Brasil, para a parte quantitativa e uma entrevista por meio de questionário semi-estruturado para a parte qualitativa da pesquisa. Participaram deste estudo, os doze profissionais da área da saúde fixos da equipe, sendo a maioria do sexo feminino (75%), com idade média de 46 anos que atuavam, em média, há 4,2 anos no serviço. Os resultados mostraram que há um ambiente favorável à prática interprofissional no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, e que a equipe preza sobretudo, pelos objetivos coletivos, pela atenção e orientação de tarefas centradas no paciente, apresentam forte sentimento de pertencimento e engajamento. Embora alguns pontos necessitam de melhorias, especialmente relacionados à definição dos fluxos para adequada formalização de documentos, concluiu-se que a equipe atua em elevado nível de prática colaborativa, havendo, portanto, mais pontos fortes que fraquezas.

Palavras-Chaves: Práticas interdisciplinares. Assistência centrada no paciente. Ambiente de trabalho colaborativo. Manejo da obesidade.

ABSTRACT

FRANK, T.C.S. **Analysis of the collaborative interprofessional practice in the Obesity and Bariatric Surgery Service at the Western Paraná University Hospital.** 79 páginas. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2021.

According to the Ministry of Health and the Pan American Health Organization, to address and improve the quality of care for chronic noncommunicable diseases - including obesity - it is necessary to organize health professionals into multidisciplinary teams working in an interprofessional manner. In this context, the Obesity and Bariatric Surgery Service of the Hospital Universitário do Oeste do Paraná, located in Cascavel, serves obese individuals in the region, providing assistance in group format with a multiprofessional team. The need then arose to verify whether there is interprofessional care in the multidisciplinary team that operates there, as well as whether the environment and the performance of the team favor collaborative interprofessional practices in the care of the obese individual, this being the aim of the study. It was possible to identify and evaluate the existence and level of collaborative practice in the team through the use of two research tools: the RIPLS questionnaire already validated in Brazil, for the quantitative part and an interview through a semi-structured questionnaire for the qualitative part of the research. Participated in this study, the twelve fixed health professionals of the team, being the majority female (75%), with a mean age of 46 years, who had worked, in average, for 4.2 years in the service. The results showed that there is a favorable environment for the interprofessional practice in the Obesity and Bariatric Surgery Service of the Western Paraná University Hospital. Although some points need improvement, especially related to the definition of flows for adequate formalization of documents, it was concluded that the team acts at a high level of collaborative practice, having, therefore, more strengths than weaknesses.

Keywords: Interdisciplinary Placement. Patient-centered care. Working Environment. Obesity management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Registro de reunião com grupo de pacientes.....	27
Figura 2: Registro de reunião com grupo de pacientes.....	28
Figura 3: Registro de orientação aos pacientes.....	28
Figura 4: Registro de uma reunião administrativa do SOCB/HUOP.....	29
Figura 5: Esquema das dimensões, segundo o modelo de D'amour	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dimensões e seus respectivos indicadores.....32

Tabela 2: Tipologia, de acordo com indicadores de colaboração.....34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação das respostas do questionário RIPLS.....	30
Quadro 2: Intervalo das médias, classificação e providências.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS

ACP	Atenção Centrada na Pessoa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de alta densidade
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIC	Prática Interprofissional Colaborativa
RAS	Rede de Atenção à Saúde.
RIPLS	<i>Readiness for Interprofessional Learning Scale</i>
SM	Síndrome Metabólica
SOCB/HUOP	Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná.
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	DEFINIÇÃO E MANEJO DA OBESIDADE	17
3.2	INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DO SUS.....	20
3.3	PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA	22
3.4	CLIMA ORGANIZACIONAL.....	24
4	METODOLOGIA	26
4.1	LOCAL DE ESTUDO	26
4.2	DELINEAMENTO	29
5	ARTIGO CIENTÍFICO	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	65
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO: CARACTERIZAÇÃO POPULAÇÃO	66
	APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE PRÁTICA	
	COLABORATIVA	67
	ANEXO 1 – TERMO DE COMPROMISSO DO PACIENTE	68
	ANEXO 2 – PROGRAMAÇÃO DE REUNIÃO COM OS PACIENTES	69
	ANEXO 3 – CALENDÁRIO DA EQUIPE DO SOCB/HUOP 1º SEMESTRE/2019 ...	70
	ANEXO 4 – CALENDÁRIO DA EQUIPE DO SOCB/HUOP 2º SEMESTRE/2019 ...	71
	ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	72
	ANEXO 6 - ESCALA DE MEDIDA DA DISPONIBILIDADE PARA APRENDIZAGEM	
	INTERPROFISSIONAL – RIPLS	75
	ANEXO 7 - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO	77
	ANEXO 8 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO	78

1. INTRODUÇÃO

A prática interprofissional colaborativa (PIC) é considerada uma estratégia de atuação em equipes onde profissionais de diferentes áreas compartilham do mesmo espaço. Estes profissionais desenvolvem suas atividades com tomadas de decisões compartilhadas procurando manter a comunicação assertiva para melhor assistência e o cuidado em saúde. No entanto, para que estas práticas sejam sustentáveis, é fundamental formar profissionais aptos para atuarem de maneira interprofissional, afinal, devem ter coerência com o projeto de fortalecimento do sistema de saúde (OMS, 2010).

Além disso, o entendimento do paciente sobre o processo saúde-doença é mais abrangente por meio de uma assistência interdisciplinar. E para que seja possível a sua aplicação, seus conceitos devem ser transferidos para a prática. Assim, o compartilhamento é um dos fundamentos da colaboração, na medida em que profissionais de saúde dividem objetivos, metas, bases teóricas ou conceituais no processo de formação ou na dinâmica do trabalho em saúde (D'AMOUR, 2005).

Desta maneira, a colaboração interprofissional se destaca como ponto essencial de uma ampla reforma no modelo de formação dos profissionais de saúde a fim de promover melhora na qualidade dos serviços prestados, com base na integralidade da saúde, além de ser uma forma de reduzir a competição entre profissionais e o desequilíbrio do poder, buscando relações de parceria e responsabilidades compartilhadas (ARRUDA, MOREIRA, 2018).

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde - sendo o órgão responsável pela formação de capital humano na área da saúde - determinou que a elaboração dos cursos da área da saúde devam incluir os conceitos de interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, com foco na assistência ao paciente envolvendo os familiares e a comunidade (FREIRE FILHO E SILVA, 2017) visto que o conceito está intimamente ligado à condição social, econômica, política e cultural (SCLIAR, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças

ou enfermidades”, no entanto, é comum observar assistência em saúde baseada apenas em sinais externos, desconsiderando a individualidade e a história do sujeito. A PIC é uma estratégia inovadora que promete ter um papel importante na redução da crise assistencial à saúde.

Também, associada à PIC, o clima do trabalho da equipe é essencial para que haja colaboração. Para Agreli, Peduzzi e Bailey (2017), ambas se completam no sentido de interação e comunicação assertiva, metas e objetivos comuns, responsabilidade compartilhada e busca conjunta por inovação no trabalho interprofissional oferecendo, desta maneira, uma melhor atenção global à saúde dos usuários (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Corroborando com tais achados, para o enfrentamento e melhoria na qualidade da atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) – incluindo a obesidade – uma das recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é a organização dos profissionais de saúde em equipes, assegurando o estabelecimento de educação interprofissional e treinamento contínuo para estas demandas, uma vez que a compreensão do ser humano e dos processos saúde-doença dependem de uma abordagem interdisciplinar, tanto na construção dos conhecimentos quanto no entendimento da educação interprofissional e nas práticas interprofissionais colaborativas (D’AMOUR, 1997 *apud* AMADO, 2016).

Apesar de tais recomendações, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2020) realizado com sujeitos adultos (≥ 18 anos) em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2019, a presença de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) foi de 55,4%, sendo 57,1% entre homens e 53,9% entre as mulheres, sendo que esta condição aumentou com a idade, ou seja, até 44 anos para os homens e até 64 para as mulheres – e diminuiu significativamente com o aumento da escolaridade. Já a frequência de obesos ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) passou para 20,3%, um aumento de 0,5% em relação ao ano de 2018 (BRASIL, 2020).

Segundo Rosmaninho (2017), o controle da obesidade e de suas consequências objetiva principalmente a perspectiva de promoção de saúde e prevenção por meio de alimentação adequada e atividade física regular, ou seja, hábitos de vida saudável. Neste contexto, atividades em grupo são ferramentas estratégicas para reversão de comportamentos inadequados por incentivar apoio social para mudanças individuais, uma vez que, pacientes conscientes das

complicações associadas à sua condição motivam mais facilmente para o autocuidado e mudanças no estilo de vida (ROSMANINHO, 2017).

De acordo com o Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis No Brasil 2011-2022, os modelos de atenção aos portadores de DCNTs é o de cuidado crônico cujos componentes se pautam no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação); no sistema de saúde, com equipes multidisciplinares e interdisciplinares pautadas em decisões por *guidelines* baseados em evidências e treinamento dos profissionais e ao sistema de informação clínico, ou seja, o ponto central desse modelo é a produção e troca de informações entre os serviços, a avaliação de portadores, o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento, ou seja, uma abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas (BRASIL, 2011) corroborando com a ideia de PIC.

Na região oeste do Paraná, pacientes obesos são referenciados para alguns serviços, e, entre eles, para o Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná situado em Cascavel (SOCB/HUOP), que conta com uma equipe composta por médicos, nutricionistas, fisioterapeuta, farmacêutico, assistentes sociais e enfermeiro. O referido serviço também é um importante local para a formação e qualificação de profissionais da saúde, incluindo assim, em suas atividades, acadêmicos de graduação e pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* (YOUNES, RIZZOTTO, COSTA, 2018).

Considerando a atenção prestada pelo SOCB/HUOP, o qual está em constante busca de metodologias inovadoras para o seu aprimoramento no cuidado ao indivíduo obeso grave, e que a obesidade apresenta proporções alarmantes em todo o mundo, há a necessidade de estratégias de controle da obesidade.

Para tanto, há necessidade de compreender a dinâmica da equipe multidisciplinar que ali atua quanto às ações interdisciplinares e práticas interprofissionais colaborativas, na visão: o trabalho da equipe de saúde do SOCB/HUOP está organizado na perspectiva da PIC?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a prática interprofissional colaborativa da equipe do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil da equipe multiprofissional do SOCB/HUOP;

Identificar pontos fortes e fracos para as práticas colaborativas no SOCB/HUOP;

Categorizar o nível de prática interprofissional colaborativa do SOCB/HUOP.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Definição e manejo da Obesidade

A obesidade é considerada uma doença crônica não transmissível, inflamatória, sistêmica e multifatorial, ou seja, está relacionada a fatores socioculturais, comportamentais, ambientais, metabólicos, hereditários, genéticos, entre outros. Portanto, a carga genética ou o ambiente não podem ser considerados isoladamente os únicos determinantes para a essa doença crônica (FELIPPE, 2003; FINGER; OLIVEIRA, 2016).

A OMS define obesidade como o excesso de gordura corporal acumulada, capaz de provocar problemas de saúde no indivíduo (OMS, 2000), e tal condição surge como consequência de uma série de fatores inter-relacionados e complexos que envolvem, entre outros, carga genética, estilo de vida, padrão alimentar, mobilidade física, gasto energético e o metabolismo como um todo.

O comportamento alimentar das sociedades modernas, principalmente ocidentais, têm sofrido, nas últimas décadas, grandes mudanças que favorecem a obesidade, corroborando o conceito de que várias causas do acúmulo de gordura corporal são desencadeadas por aspectos socioambientais (BRASIL, 2014).

Pode-se afirmar que a hereditariedade sim tem grande 'culpa' sobre a obesidade, porém os hábitos e estilo de vida - que estão sob controle do indivíduo e mudaram consideravelmente desde a década de 70 - contribuem fortemente para que a doença se desenvolva e se estabeleça democraticamente no mundo todo (FUNG, 2018).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade, denomina-se "excesso de peso" todo Índice De Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25 kg/m² e "sobrepeso" quando o IMC estiver entre 25 a 29,9 kg/m². Para a obesidade o IMC deve ser maior ou igual a 30 kg/m² (ABESO, 2016).

A obesidade por si só é um importante problema de saúde pública, no entanto, diversos estudos comprovam que ela traz consigo outras complicações como doenças renais (KOVESDY, *et al*, 2017; NAVARRO, *et al*, 2015), doenças

pulmonares e alterações dos volumes e capacidades do sistema respiratório (LOUZADA, *et al*, 2016), dores musculoesqueléticas e disfunções ósseas (OKIFUJI, HARE, 2015), hepatopatias (CAZZO, *et al*, 2014), hipertensão arterial sistêmica (HAS) (BARONCINI, *et al*, 2017; ROSA, *et al*, 2005), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (BRONDANI, 2015; JIA, *et al*, 2009), entre outras.

A síndrome metabólica (SM) é uma condição clínica representada pela combinação de, pelo menos, três dos cinco componentes a seguir: obesidade abdominal; hipertrigliceridemia; baixa lipoproteína de alta densidade (HDL) e alta lipoproteína de baixa densidade (LDL); hipertensão arterial sistêmica (HAS) ; e hiperglicemia de jejum (BARROSO *et al*, 2017; SBC, 2005).

Independente do grau ou da causa da obesidade, infelizmente, há um estigma social¹ relacionado à ela, um conceito de que pessoas obesas não têm força de vontade, são preguiçosas, incapazes e emocionalmente instáveis (PUHL; HEUER, 2011). Estudiosos apontam que a pressão social exercida por meio da imagem negativa do excesso de peso não influencia e, tão pouco, motiva os indivíduos a se empenharem para perder peso (CARELS *et al.*, 2013; RIVERA; PAREDEZ, 2014).

Lordani (2019) mostrou em sua pesquisa alguns pontos negativos importantes no cotidiano que pessoas com obesidade enfrentam em suas vidas e que muitas vezes pode passar “despercebido” para o restante da sociedade, como a falta de acessibilidade em meios de transporte ou locais públicos que se tornam uma ameaça à liberdade e às necessidades básicas de qualquer cidadão, causando assim a exclusão destes sujeitos.

Entretanto, há um fato ainda mais preocupante: o de que profissionais da saúde estão entre os principais disseminadores do preconceito com a obesidade (PHELAN, *et al* 2015). Em 2002, Harvey e colaboradores avaliaram a percepção de nutricionistas sobre pessoas com sobrepeso e obesidade e entre as diversas percepções daqueles profissionais, as que mais chamaram a atenção foram: obesos são responsáveis por seu estado e que entre as várias causas da obesidade, a falta de força de vontade, está em destaque.

1 Estigma social pode ser definido como fator profundamente depreciativo utilizado para afastar um indivíduo ou grupo de outro dominante, por terem determinadas características que os diferenciem do que é culturalmente determinado como normal, resultando em indivíduos rejeitados e discriminados, por vezes excluídos da participação ou destaque em diversas áreas da sociedade (GOFFMAN, 1988).

Há uma emergente necessidade de reduzir os estereótipos com ações e estratégias socioeducativas que enfatizem a etiologia da obesidade, para a sociedade como um todo, e para os profissionais de saúde, integrando as diversas áreas da saúde e ações de treinamento clínico (LIMA; RAMOS-OLIVEIRA; BARBOSA, 2017) associada à necessidade de colaboração não somente entre os profissionais de uma mesma equipe, mas também entre equipes de diferentes serviços afim de fortalecer e melhorar a assistência e concretizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) pois esta requer o aprimoramento da PIC (AGRELI, 2017).

Várias intervenções são possíveis para o tratamento da obesidade, entretanto, sendo uma doença multifatorial, e para que seja tratada adequadamente, a possibilidade de condutas de diferentes áreas e profissionais, em conjunto, tem sido relatada como uma ótima estratégia para combater a obesidade. Dados recentes mostram eficácia na utilidade clínica do uso do modelo de intervenção interdisciplinar, não apenas na obesidade, mas para outros transtornos relacionados, mostrando resultados muito satisfatórios (BISCHOFF, *et al*, 2012; MASQUIO, *et al*, 2015; WHARTON, *et al*, 2012) e eficientes, desde que todos tenham clareza dos objetivos do grupo (LORDANI, *et al*, 2019).

Younes e colaboradores (2018) relatam também que a proximidade entre equipe e pacientes, na forma de assistência interdisciplinar na atenção ao paciente obeso possibilita maior engajamento e adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Segundo os autores “os usuários relatam que se sentem estimulados pela equipe, mas também pela convivência com os colegas, demonstrando a importância do atendimento em grupo”.

Kral e colaboradores (2012) afirmam que a epidemia da obesidade é negligenciada, e as estratégias de prevenção e tratamento tem se mostrado insatisfatórias e carecem de eficácia, em especial ao que se refere à obesidade grave. Para isso, a cirurgia bariátrica tem sido considerada para tratamento em casos graves, no entanto é preciso cautela e estabelecimento de critérios baseados em diretrizes, além de acompanhamento e avaliação multidisciplinar e educação contínua mesmo após o procedimento (WELBOURN *et al.*, 2019).

Dietoterapia, exercício físico, farmacoterapia, psicoterapia, técnicas cirúrgicas e terapias comportamentais, são as principais formas de intervenção que podem ser realizadas em conjunto ou isoladamente, no entanto, a manutenção dos resultados obtidos é algo que pode ser trabalhado com apoio social e com dinâmicas de grupo.

Estudos corroboram mostrando que houve maior adesão dos participantes de grupos com equipes multidisciplinares, promovendo maior aproximação e engajamento entre profissionais e pacientes (PAUL-EBHOHIMHEN E AVENELL, 2009; ROSMANINHO, 2017).

3.2 Interdisciplinaridade no contexto do SUS

Comumente termos como multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou multiprofissional e interprofissional aparecem relacionados ao tema “trabalho em equipe”, entretanto, os prefixos multi, pluri, inter e trans têm seus conceitos relacionados a um grau crescente de interação e integração entre as disciplinas (área de conhecimento) ou profissões, não podendo ser utilizadas como sinônimos (PEDUZZI et al., 2020).

Nenhuma disciplina isoladamente é capaz de resolver um problema de saúde, seja ele qual for, uma vez que há uma relação direta e concomitante entre diversas questões biológicas e socioculturais que envolvem os indivíduos em análise, fazendo com que se tornem complexos na sua resolutividade (MINAYO 1991)

Multi e pluridisciplinaridade vêm da ideia uma reunião de diversos conhecimentos como “uma justaposição de visões e não uma integração real entre as disciplinas” de acordo com a definição de Minayo (1991), e é exatamente isto que a proposta de interdisciplinaridade traz: interconexões entre as mais diversas disciplinas a fim de obter uma análise do todo mas não unicamente pela visão de um especialista ou pelo senso comum, integrando conceitos e métodos de várias áreas do saber para a compreensão dos problemas, bem como para a busca por soluções e significados.

Assim, define-se o trabalho em equipe interdisciplinar aquele que envolve disciplinas diferentes aplicadas por profissionais, da saúde ou não, que pertencem a uma equipe e trabalham juntos de forma integrada e interdependente para atender às necessidades, e objetivos em comum (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Seguindo este mesmo raciocínio e, considerando o princípio da integralidade do SUS da lei 8.080/1990, a assistência à saúde deve ser realizada por todos os profissionais da área, buscando a integração de ações, incluindo a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, para assegurar a atuação entre as

diferentes áreas que possam permitir melhoria na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, cuja complexidade do objeto é que define as disciplinas necessárias.

O ponto de convergência entre as áreas profissionais de saúde, cada qual com seus respectivos processos de trabalho, acontece no encontro entre usuários e profissionais com o uso de intervenções técnicas. Assim, o trabalho em equipe consiste em uma forma de trabalho coletivo que se desenvolve por meio de encontros e diálogos entre pares em busca das ações necessárias à integração para um objetivo comum que é o de cuidar do paciente (PEDUZZI, 2001).

Minayo (1991) afirma que, embora haja uma necessidade de adequar a assistência em saúde pública para uma abordagem interdisciplinar, dada sua complexidade, é preciso saber articular as partes do conhecimento, sem perder a autonomia dos profissionais, bem como a profundidade de cada disciplina, e, com isso, ampliar a compreensão dos objetivos em comum.

Historicamente, as ações de combate à obesidade sempre estiveram, quase que exclusivamente, vinculadas ao setor de saúde. A abordagem do ponto de vista clínico é fundamental para o tratamento da doença, no entanto, focar na doença já instalada têm se mostrado insuficiente na redução de sua prevalência.

Hoje, sabe-se que há muito mais no ambiente obesogênico² a ser abordado para o enfrentamento da doença, e a fragmentação disciplinar sobre o problema, bem como ações isoladas de prevenção e controle da obesidade desfavorecem resolutividade da questão. Portanto os esforços interdisciplinares e intersetoriais se fazem essenciais para uma maior integração e efetividade do conjunto de medidas de prevenção e controle (DIAS et al, 2017).

Embora Minayo (1991) aponte diversas dificuldades, como a rigidez hierárquica ou o modelo biomédico, afirma que é possível construir a interdisciplinaridade na saúde pública. Entretanto, a falta de ações de promoção e prevenção da obesidade em todas os níveis de atenção e em outros ambientes não apenas no setor de saúde, mas também nas áreas de educação, cultura, meio ambiente, é uma evidência da falta de preocupação com a obesidade e suas complicações, por parte dos gestores públicos (YOUNES, RIZZOTTO E COSTA, 2018).

2 Ambiente obesogênico é definido como aquele meio onde há maior prevalência de oportunidades e de condições que favorecem a instalação da obesidade (DANTAS; SILVA, 2019).

3.3 Prática interprofissional colaborativa

Há uma tendência, nas últimas décadas, em se implementar o trabalho em equipe de uma forma mais ampla, associada à prática e à educação interprofissional (PEDUZZI E AGRELI, 2018). Ademais, devido à grande demanda e complexidade dos problemas de saúde em especial das DCNTs, entre elas a obesidade, vem sendo fortalecida a ideia do trabalho em saúde baseado na prática interprofissional de cuidados colaborativos. Esta perspectiva de trabalho vem sendo implementada na busca do seu fortalecimento, para que os novos profissionais possam melhor atender, baseados pelos princípios e diretrizes do SUS, ou seja, de maneira mais segura, efetiva e integral (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

As políticas assistenciais de saúde da atualidade, exigem, na maioria dos países ocidentais uma forma mais eficaz e acessível, contínua e preventiva. Isto porque há uma tendência nas novas formas de organização de saúde, que inclui assistência integrada, redes de atenção à saúde e gestão, para os quais a colaboração se faz fundamental (D'AMOUR et al 2008).

Neste cenário formam-se grupos de profissionais, de diversas áreas da saúde, cujos conhecimentos e habilidades são complementares e interdependentes, para trabalharem de forma colaborativa, a fim de, juntos, buscar ações, soluções e tarefas para alcançar objetivos comuns, almejados por todos os participantes – incluindo outros grupos, pacientes e comunidade - na atenção à saúde, e assim proporcionar uma atenção mais adequada às demandas, o que implica em uma nova divisão do trabalho clínico. É recomendada pela OMS como possibilidade de otimizar e fortalecer os serviços de saúde, além de alcançar melhores resultados na assistência à saúde e, quando efetiva, faz-se honrar um dos princípios básicos do SUS que é a integralidade³ (AGRELI, 2016; ESCALDA; PARREIRA, 2018; D'AMOUR, et al 2008)

A ideia central – e prioritária – das práticas interprofissionais colaborativas é a da Atenção Centrada Na Pessoa (ACP), ou seja, o foco dos profissionais e serviços

3 Conforme determina a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, integralidade é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema” (BRASIL, 1990).

está nas necessidades de saúde dos indivíduos, potencializando a resolutividade dos problemas por impactar positivamente na qualidade dos cuidados à saúde (FOX; REEVES, 2015).

Sob o mesmo ponto de vista, pesquisadores afirmam que quando os profissionais centram atenção na pessoa, neste caso o paciente, e não mais na doença isolada, o foco automaticamente se amplia para além de sua própria – e restrita – atuação profissional. Isto inclui participação ativa de pacientes, famílias e comunidade, um dos elementos-chave para a ACP, que aponta a construção destes vínculos e a confiança mútua como condições fundamentais tanto para a qualidade dos cuidados quanto nos custos da assistência prestada (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016)

Há uma certa divergência entre a expectativa do paciente, em relação ao tratamento, e as possibilidades terapêuticas possíveis, assim, quando se trabalha de forma integrativa e colaborativa, todas as partes se compreendem melhor e há maior chance de equiparar estas expectativas à realidade do sujeito (ESCALDA E PARREIRA, 2018).

A ideia da inclusão de responsabilidade do paciente no cuidado favorece a autonomia, o autocuidado e a valorização do serviço e da experiência, beneficiando o tratamento. Além de ser um exercício de cidadania, por envolver também a família na prática interprofissionais colaborativa entre equipe profissional e comunidade, o que não pode ser observado na atuação profissional individualizada e basicamente prescritiva (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016),

Escalda e Parreira (2018) relatam pontos muito importantes para um efetivo desenvolvimento de práticas interprofissionais colaborativas: a comunicação assertiva entre todos os membros; o incentivo em explorar soluções criativas de atuação, favorecendo o compromisso profissional e maior vínculo e parcerias com pacientes e familiares; e o compartilhamento de informações e das interações envolvendo, de forma ativa, todos os interessados para um melhor entendimento para resolver as necessidades do doente e facilitar a sinergia entre contribuições antes consideradas individualizadas.

Além da comunicação efetiva, San Martin-Rodriguez e colaboradores (2005) também incluem na lista de determinantes para o sucesso da PIC: a cultura organizacional para a colaboração, o respeito, a confiança, oportunidade de voz e de escuta entre os membros da equipe, recursos e suporte administrativo.

Para D'amour e colaboradores (2008), a colaboração se baseia na premissa de que os profissionais devem trabalhar juntos para prestar um atendimento melhor, no entanto, é fato que cada um tenha seus próprios interesses e quer manter, dentro do possível, a autonomia e independência de atuação profissional.

E, embora os líderes ou gestores de equipes demonstrem cada vez mais interesse em migrar para um modelo de trabalho de colaboração interprofissional, esta adequação dos serviços não é imediata, nem tão pouco de fácil transição, visto que todas as interações podem gerar muitos conflitos políticos e organizacionais. No entanto, é compreensível que os profissionais dependam de estímulos e de ferramentas conceituais para que possam desenvolver a colaboração entre si e em rede (D'AMOUR et al 2008).

3.4 Clima organizacional

Um bom clima de trabalho em equipe está diretamente ligado ao bem-estar e ao nível de satisfação dos profissionais (AGRELI, PEDUZZI E BAILEY, 2017) e assim como reflete na atuação dos profissionais, parece também aumentar a qualidade da assistência prestada (TAYLOR *et al.* 2013).

Certamente que a estrutura, os subsídios, o apoio da instituição e uma boa gestão e liderança, são fundamentais para que haja um ambiente favorável ao bom clima de trabalho, facilitando o engajamento, a troca de experiências, o desenvolvimento, o alcance das metas estabelecidas, o aprendizado e avaliação dos profissionais e de resultados. Tais equipes não tem apenas o objetivo de atendimento à pacientes em comum, mas buscam prestar assistência integral para suprir as necessidades de saúde (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2017; PEDUZZI *et al.* 2013; TAYLOR *et al.*, 2013).

Um clima de equipe favorável, positivo, é aquele onde o desenvolvimento das atividades exige de seus integrantes responsabilidade para a realização das tarefas com excelência, organizada e otimizada de acordo com as competências individuais de cada profissional para estabelecer e atender as necessidades e objetivos do grupo, sem perder a noção de interdependência entre as partes e com desenvolvimento de ações integradas baseadas na cooperação (AGRELI, 2017).

O clima organizacional pode ser determinado como as percepções e significados compartilhados sobre atividades e procedimentos dos trabalhadores, e pode ser considerada uma empresa com ambiente laboral feliz aquela que dispõe de condições que elevam a motivação, com “[...] um clima estimulador à participação e à criatividade [...] incentivos ao desenvolvimento da capacidade de liderança, reconhecimento ao esforço empreendedor e à obtenção de resultados” (CONTE, 2003, p. 38).

A teoria dos quatro fatores do clima organizacional indica elementos conceituais que parecem se relacionar diretamente com um ambiente favorável à colaboração: interação e comunicação assertiva; objetivos comuns; responsabilidade em alta performance no desenvolvimento das tarefas; e promoção da inovação nas práticas de trabalho (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Para Agreli (2017), o ato de compartilhar informações é uma das condições essenciais para a efetividade da PIC, e para o clima organizacional não é diferente, pois permite explorar e analisar as opiniões diversas e possibilita a construção de novas ideias e soluções, pois entende-se que sugerir algo diferente não significa competição e deve ser encorajado para interações construtivas. Uma gestão adequada dos conflitos, fatores físicos, sociológicos, psicológicos e tecnológicos da organização interferem no clima organizacional refletindo na produtividade e na satisfação dos envolvidos (FREITAS; SOUZA, 2009).

Diferente das práticas interprofissionais colaborativas – que, como já explanado, envolvem não só os especialistas – a avaliação do clima organizacional avalia apenas as equipes profissionais em seus serviços. Assim, para favorecer equipes integradas e com bom clima de trabalho, a formação dos novos profissionais deve ser uma aliada para que as próximas gerações de profissionais da saúde com as qualidades e habilidades necessárias para que as equipes possam ser otimizadas e preparadas para esta nova perspectiva de trabalho em equipe, a fim de promover um clima de apoio à colaboração interprofissional (OMS, 2010).

4. METODOLOGIA

4.1 Local de pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB/HUOP), situado na cidade de Cascavel – PR, tendo como sujeitos do estudo a equipe de profissionais que ali atuam.

O SOCB/HUOP iniciou suas atividades em 2012, período em que eram realizados atendimentos individualizados, fazendo com que os pacientes tivessem que retornar várias vezes por mês no ambulatório, o que incentivou a equipe a buscar melhorias no atendimento aos pacientes mantendo a atenção integral e a humanização do atendimento (LORDANI, *et al.*, 2019).

Assim, semelhante ao serviço prestado na Unicamp (Universidade Estadual de Campinas – SP), em setembro de 2015, o SOCB/HUOP iniciou atividades em formato de “grupos de pacientes” (figuras 1 e 2) e mantêm desde então o modelo de assistência com reuniões mensais favorecendo assim tanto os profissionais, que podem otimizar suas atividades através de aulas ao grupo de pacientes e estes, que podem ter em uma manhã a atenção de vários profissionais da saúde, sem a necessidade de retornos frequentes ao ambulatório (LORDANI, *et al.*, 2019).

As orientações são feitas aos grupos de pacientes, porém não há a exclusão do atendimento individualizado, encaminhamentos à especialistas e/ou solicitação de exames, quando há necessidade (YOUNES, RIZZOTTO, COSTA, 2018).

Para garantirem sua permanência no programa, os pacientes precisam estar de acordo e assinar o termo de compromisso do paciente (anexo 1) com o serviço, o qual inclui três principais compromissos: redução do peso corpóreo ao longo do tratamento, pontualidade e frequência, cuja a presença do paciente é confirmada em

lista de presença, sendo excluído do serviço em caso de falta acima de duas vezes consecutivas sem justificativa.

O SOCB/HUOP conta com uma equipe multiprofissional de saúde composta por: serviço social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina - nas especialidades de nutrologia, cirurgia digestiva, endocrinologia e ortopedia, psicologia, além de discentes de graduação e pós-graduação das mais diversas áreas da saúde.

Tal organização favorece o desenvolvimento de atividades interdisciplinares e interprofissionais em virtude das áreas de formação ou dos conhecimentos diversificados dos membros da equipe, que, durante as reuniões em grupo realizam orientações acerca de temas relacionados com o objetivo principal de redução do peso corporal e na melhora da qualidade de vida, mas também durante estes encontros, há a oportunidade de troca de experiências, realização de atividades de autoconhecimento, aulas de reeducação alimentar, atividade física, autocuidado, entre outros, sempre incentivando os pacientes a multiplicarem os conhecimentos ali obtidos (LORDANI, 2019), e a programação prévia das reuniões com os pacientes é feita durante as reuniões administrativas da equipe (anexo 2).

A agenda do serviço (anexos 3 e 4) inclui, além de atividades com os grupos de pacientes, encontros e reuniões administrativas (figura 4), sistemáticas e regulares dos profissionais, com o objetivo estabelecer ações, acordos e outras questões relacionadas ao serviço, portanto, o SOCB/HUOP foi considerado um local adequado para a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Figura 1 – Registro de reunião com grupo de pacientes



Fonte: Banco de imagens do SOCB/HUOP

Figura 2 – Registro de reunião com grupo de pacientes



Fonte: Banco de imagens do SOCB/HUOP.

Figura 3 – Registro de orientação aos pacientes



Fonte: Banco de imagens do SOCB/HUOP.

Figura 4: Registro de uma reunião administrativa do SOCB/HUOP



Fonte: Banco de imagens do SOCB/HUOP.

4.2 Delineamento

A presente pesquisa é de caráter exploratório, transversal e descritivo, com abordagem quali-quantitativa resultante do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, número 2.770.302 (anexo 5).

A princípio, a pesquisa teria apenas uma etapa de coleta de dados, no entanto, houve a necessidade de entender a opinião de cada integrante da equipe, aprofundando a investigação para que fosse possível atender aos objetivos propostos.

Neste sentido, a coleta dos dados ocorreu em duas etapas: a primeira etapa ocorreu durante uma reunião administrativa da equipe. Todos os profissionais que atuavam há mais de dois anos foram convidados a participar. Após serem esclarecidos sobre o tema e o objetivo da pesquisa – em que foram orientados sobre a inexistência de resposta correta ou incorreta, uma vez que foram avaliadas tendências e percepções pessoais – receberam, individualmente, um envelope com os questionários e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – apêndice 1. Não foram incluídos profissionais externos, acadêmicos e estagiários.

Foram aplicados dois questionários: o primeiro (apêndice 2), sobre a caracterização da equipe de profissionais, com as seguintes informações: idade, sexo, formação, títulos de especialização, tempo de atuação na instituição e na equipe e se exerce ou não a docência. O segundo (anexo 6), direcionado para uma avaliação quantitativa da PIC: a Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional - RIPLS (*Readiness for Interprofessional Learning Scale*), validada no Brasil por Peduzzi e Normam (2012).

A escala de RIPLS apresenta 26 afirmativas, subdivididas em três dimensões que avaliam prontidão para a aprendizagem e demais atributos necessários à PIC: trabalho em equipe e colaboração (15 questões), identidade profissional (6 questões), atenção centrada no paciente (5 questões) e as respostas seguem a escala de Likert conforme o quadro 1.

Quadro 1: Classificação das respostas do questionário RIPLS

Dimensão	Respostas
Dimensão 1 (questões 1 a 15)	Para as assertivas 1 a 9 e 12 a 15: Concordo totalmente (5) concordo (4), nem concordo nem discordo (3), discordo (2), discordo totalmente (1). Para as assertivas 10 e 11: concordo totalmente (1) concordo (2), nem concordo nem discordo (3), discordo (4), discordo totalmente (5).
Dimensão 2 (questões 16 a 21)	Concordo totalmente (1) concordo (2), nem concordo nem discordo (3), discordo (4), discordo totalmente (5).
Dimensão 3 (questões 22 a 26)	Concordo totalmente (5) concordo (4), nem concordo nem discordo (3), discordo (2), discordo totalmente (1).

Fonte: Dados extraídos do RIPLS (PEDUZZI E NORMAM, 2012)

Para determinar as médias obtidas no questionário RIPLS foram determinados intervalos, conforme o quadro 2. Cada um destes três intervalos, sugere uma ação: média entre 1,00 a 2,33 pontos sugerem uma percepção negativa, apontando então a necessidade de mudanças urgentes; médias de 2,34 a 3,66, a indicação é que podem existir pontos de melhorias dentro do contexto de cada equipe, buscando aprimorar os pontos relacionados à dimensão; já a média acima de 3,67 pontos, é um indicador positivo da percepção dos participantes

acerca das atividades, ações e atitudes da equipe, estes intervalos se baseiam de que as percepções possuem a mesma probabilidade de ocorrência, ou seja, o participante pode concordar, discordar ou apresentar indiferenças/inclinações (SOUZA, 2014).

Quadro 2: Intervalo das médias, classificação e providências.

Intervalo	Classificação	Providência
1,00 – 2,33	Zona de perigo	Mudanças urgentes
2,34 – 3,66	Zona de alerta	Aprimoramento
3,67 – 5,00	Zona de conforto	Manutenção

Fonte: Adaptado de Souza, 2014

Ao finalizar, os participantes devolveram os envelopes com as respostas, que foram numerados aleatoriamente, para que fosse assegurado o sigilo dos pesquisados. Todos os dados quantitativos coletados, foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas Excel® e submetidos à análise descritiva.

A segunda etapa da pesquisa foi baseada na necessidade de compreender a percepção dos profissionais para que fosse possível tipificar o nível de prática colaborativa no grupo. Então, foi realizada uma entrevista em profundidade por meio de questionário semi-estruturado com questões abertas, de caráter investigativo, para a análise qualitativa da PIC na equipe.

O questionário qualitativo (apêndice 3) foi desenvolvido pelos autores desta pesquisa, com base nas dimensões descritas no modelo de avaliação de PIC feito por D'amour et al (2008) composto por 12 questões discursivas.

D'amour e colaboradores (2008), viram a necessidade de desenvolver um modelo para avaliar a tipificar as equipes quanto às práticas colaborativas. O modelo leva em conta questões estruturais, porém o foco é nas relações entre os indivíduos e na interação entre os eles e a organização. O modelo foi testado em diferentes formatos de equipes colaborativas de organizações e em redes integradas de saúde.

Tal modelo descreve quatro dimensões (figura 5), que se inter-relacionam, para análise do nível da PIC: objetivos compartilhados e visão, internalização, liderança e formalização. Estas dimensões são subdivididas em dez indicadores: metas, orientações centradas no cliente *versus* outros objetos, convivência mútua,

confiança, centralização, liderança, apoio para inovações, conectividade, ferramentas de formalização e troca de informações (tabela 1).

Figura 5. Esquema das dimensões, segundo o modelo de D'amour *et al.* (2008).



Tabela 1: Dimensões e seus respectivos indicadores

Dimensão	Indicador
Objetivos compartilhados e visão	1 Metas 2 Orientações centradas no paciente X outros objetos
Internalização	3 Convivência mútua 4 Confiança
Liderança	5 Centralização 6 Liderança 7 Apoio para inovações 8 Conectividade
Formalização	9 Ferramentas de formalização 10 Troca de informações

Fonte: Dados extraídos de D'amour et al., 2008.

Os autores propuseram uma tipologia de nível de colaboração do grupo, e chegaram à três classificações, conforme segue:

Colaboração ativa – nível 1: considerada de alto nível, pois seus integrantes conseguem estabelecer colaboração estável, apesar das dificuldades do sistema de

saúde, com forte sentimento de pertencimento, engajamento e confiança no grupo, oferecendo maiores oportunidades de desenvolver práticas inovadoras.

Desenvolvendo colaboração – nível 2: é considerada uma colaboração em construção, ainda não enraizada na cultura da equipe. Onde já foram feitas tratativas a respeito de objetivos, formalização, parcerias, no entanto ainda parciais ou não consensuais, que podem gerar conflitos, mas estão abertas a negociações. Esse tipo de colaboração, embora ainda tímido, está em franco progresso.

Colaboração potencial – nível 3: aquele grupo em que colaboração que ainda não foi desenvolvida ou foi bloqueada devido à presença de conflitos que impedem o seu avanço. Um ambiente com conflitos não resolvidos, que dificilmente se pode introduzir novas práticas e inovação.

Para cada dimensão (Figura 1) foram elaboradas 3 questões discursivas para que juntas, pudessem oferecer dados suficientes, por meio das respostas, para construir os indicadores que dariam condições de interpretar e avaliar os níveis de colaboração da equipe.

Em virtude da necessidade de isolamento social, provocado pela pandemia Covid-19, o questionário com o roteiro da entrevista foi enviado por e-mail aos membros da equipe, os quais gravaram suas respostas e enviaram diretamente para a pesquisadora, que enumerou-as conforme a ordem cronológica da devolução, assegurando novamente o sigilo dos pesquisados.

Todas as falas foram transcritas integralmente, retirando apenas os 'vícios de linguagem' (*né, tá, tipo assim*, etc), a fim de conferir maior fluidez à leitura dos discursos, sem, contudo, alterar seu sentido e conteúdo. Foi incluído um código a cada entrevistado para fins de preservação do anonimato e apresentação dos fragmentos de discurso na apresentação dos resultados. Desta forma, adotou-se o termo Participante, seguido por um algarismo arábico.

Para a análise crítica do material das entrevistas, foram seguidas as recomendações de D'amour et al (2008) conforme os critérios de classificação da tabela 2.

Participaram da primeira etapa do estudo todos os profissionais fixos do serviço, no total de 12 participantes. Na segunda etapa, 7 destes profissionais enviaram suas gravações.

Os resultados desta pesquisa foram apresentados como artigo científico, que foi submetido para publicação (anexos 7 e 8).

Tabela 2: Tipologia, de acordo com indicadores de colaboração

Indicador	Colaboração ativa – nível 1	Desenvolvendo colaboração – nível 2	Colaboração potencial – nível 3
Metas	Metas consensuais e abrangentes	Algumas metas são compartilhadas	Metas conflitantes ou ausência de metas compartilhadas
Orientações centradas no paciente X outros objetos	Atenção centrada no paciente	Interesses profissionais ou da instituição orientam as ações	Tendência em interesses pessoais para orientar as ações
Convivência mútua	Frequentes oportunidades de encontros, atividades regulares	Poucas oportunidades de encontro e atividades conjuntas	Sem oportunidades de encontro e atividades
Confiança	Confiança fundamentada	Confiança condicionada ou em desenvolvimento	Falta de confiança
Centralização	Integrante central forte e ativo, que promove consenso	Integrante central com papel mal definido.	Ausência de um indivíduo central.
Liderança	Liderança compartilhada e consensual	Liderança fragmentada e desfocada	Liderança não consensual, monopolista
Apoio para inovações	Experiências que estimulam a introdução de colaboração e inovação	Experiências esporádicas e fragmentadas	Pouca ou nenhuma experiência para apoiar a colaboração e inovação
Conectividade e	Muitos locais para discussão e participação	Locais de discussão relacionados a questões específicas	Praticamente não há locais de discussão.
Ferramentas de formalização	Acordos consensuais, em conjunto regras definidas	Acordos não consensuais, falas não refletem práticas ou estão no processo de negociação ou construído	Nenhum acordo ou acordos não são respeitados, se tornam uma fonte de conflito
Troca de informações	Infraestrutura comum para coleta e troca de informação	Troca de informações incompleta, infraestrutura não atende ou é usada inadequadamente	Ausência de infraestrutura ou mecanismo para coletar ou trocar informação

Fonte: Traduzido de D'amour et al., 2008.

5. ARTIGO CIENTÍFICO: ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, BRASIL

ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, BRASIL

ANALYSIS OF COLLABORATIVE INTERPROFESSIONAL PRACTICE IN THE OBESITY AND BARIATRIC SURGERY SERVICE OF A UNIVERSITY HOSPITAL IN THE WEST OF PARANÁ, BRAZIL

Thaís Cristina da Silva Frank¹
Márcia Cristina Dalla Costa²
Ligiane de Lourdes da Silva³
Cláudia Regina Felicetti Lordani⁴
Allan Cezar Faria Araújo⁵

RESUMO

De acordo com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, para o enfrentamento e melhoria na qualidade da atenção às doenças crônicas não transmissíveis – incluindo a obesidade - se faz necessária a organização dos profissionais de saúde em equipes multiprofissionais trabalhando de forma interprofissional. Neste contexto, um Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica de um hospital universitário situado em Cascavel, PR, atende indivíduos obesos da região em formato de grupos com equipe multiprofissional. Surgiu então a necessidade de verificar se há atendimento interprofissional na equipe que ali atua bem como, se o serviço favorece as práticas interprofissionais colaborativas na atenção ao indivíduo obeso. Por meio de ferramentas de investigação quali e quantitativa, foi possível identificar e avaliar a existência e o nível da prática colaborativa na equipe. Participaram da pesquisa, doze profissionais da área da saúde sendo a maioria do sexo feminino (75%), com idade média de 46 anos que atuavam, em média, há 4,2 anos no serviço. Os resultados mostraram que há um ambiente favorável à prática interprofissional, sobretudo, quanto à clareza de objetivos, atenção centrada no paciente, forte sentimento de pertencimento e engajamento, embora alguns pontos necessitam de melhorias, especialmente

-
- 1 Thaís Cristina da Silva Frank. Nutricionista, mestranda em Biociências e Saúde pela Unioeste. E-mail: tha.cristina87@gmail.com.
 - 2 Marcia Cristina Dalla Costa. Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina, Doutoranda em Biociências e Saúde pela Unioeste, Professora assistente do colegiado de Ciências médicas e farmacêuticas da Unioeste, Colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica da HUOP/UNIOESTE (SOCB). Email: marciacdc@uol.com.br.
 - 3 Ligiane de Lourdes da Silva. Farmacêutica, Mestre em Patologia Experimental pela Universidade Estadual de Londrina, Doutoranda em Educação pela Unioeste, Professora assistente do colegiado de Ciências médicas e farmacêuticas da Unioeste, Colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica da HUOP/UNIOESTE (SOCB).E-mail: ligianes@gmail.com.
 - 4 Claudia Regina Felicetti Lordani. Nutricionista, Doutora em Ciências Sociais, subárea Políticas Públicas e Emancipação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica da HUOP/UNIOESTE (SOCB). E-mail: clafelicetti@yahoo.com.br.
 - 5 Allan Cezar Faria Araújo. Médico, Doutor em Medicina em Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná. Professor associado do Curso de Medicina e do Programa de Mestrado e Doutorado em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Coordenador do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE (SOCB). E-mail: allanCFaraujo@uol.com.br.

relacionados à definição dos fluxos para adequada formalização de documentos, a equipe atua em elevado nível de prática colaborativa, havendo, portanto, mais pontos fortes que fraquezas.

Palavras-Chaves: Práticas interdisciplinares. Assistência centrada no paciente. Ambiente de trabalho colaborativo. Manejo da obesidade.

ABSTRACT

According to the Ministry of Health and the Pan American Health Organization, to address and improve the quality of care for chronic noncommunicable diseases - including obesity - it is necessary to organize health professionals into multidisciplinary teams working interprofessionally. In this context, an Obesity and Bariatric Surgery Service of a university hospital located in Cascavel, PR, serves obese individuals in the region in a group format with a multiprofessional team. The need to verify if there is interprofessional care in the team that operates there and if the service favors collaborative interprofessional practices in the care of the obese individual arose. Through qualitative and quantitative research tools, it was possible to identify and evaluate the existence and level of collaborative practice in the team. Twelve health professionals participated in the research, being the majority female (75%), with a mean age of 46 years, who had worked, on average, for 4.2 years in the service. The results showed that there is a favorable environment for interprofessional practice, especially regarding the clarity of objectives, patient-centered attention, a strong sense of belonging and engagement, although some points need improvement, especially related to the definition of flows for proper formalization of documents, the team operates at a high level of collaborative practice, therefore there are more strengths than weaknesses.

Keywords: Interdisciplinary Placement. Patient-centered care. Working Environment. Obesity management.

INTRODUÇÃO

A compreensão do paciente em relação ao processo saúde-doença ocorre, de forma mais abrangente, por meio de uma assistência interprofissional focada no indivíduo. Para que isto seja possível, os conceitos devem ser transferidos para a prática de forma clara e objetiva. Assim, o compartilhamento de informações é um dos fundamentos da colaboração, na medida em que profissionais de saúde dividem objetivos, metas, bases teóricas ou conceituais no processo de formação ou na dinâmica do trabalho em saúde (D'AMOUR, 2005).

Neste sentido, a prática interprofissional colaborativa (PIC) é considerada uma estratégia de atuação em equipes em que profissionais de diferentes áreas compartilham do mesmo espaço e tempo. Estes profissionais desenvolvem suas

atividades com tomadas de decisões compartilhadas procurando manter a comunicação assertiva para melhor assistência e o cuidado em saúde (OMS, 2010).

Desta maneira, a colaboração interprofissional se destaca como ponto essencial de uma ampla reforma no modelo de formação dos profissionais de saúde a fim de promover melhoria na qualidade dos serviços prestados, com base na integralidade da saúde, além de ser uma forma de reduzir a competição entre profissionais e o desequilíbrio do poder, buscando relações de parceria e responsabilidades compartilhadas (ARRUDA, MOREIRA, 2018).

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde determinou que as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde devam incluir os conceitos de interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, com foco na assistência ao paciente envolvendo os familiares e a comunidade (FREIRE FILHO E SILVA, 2017) visto que as condições de saúde estão intimamente ligadas à condição social, econômica, política e cultural (SCLAR, 2017).

Para o enfrentamento e melhoria na qualidade da atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) – incluindo a obesidade – uma das recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é a organização dos profissionais de saúde em equipes, assegurando o estabelecimento de educação interprofissional e treinamento contínuo para estas demandas, cujos componentes se pautam no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação); por meio de uma abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas (BRASIL, 2011; D'AMOUR, 1997 apud AMADO, 2016).

Segundo Rosmaninho (2017), o controle da obesidade e de suas consequências objetiva principalmente a perspectiva de promoção de saúde, garantindo a melhoria da qualidade de vida do sujeito e, para atingir tais metas, as atividades em grupo, por meio da prática interprofissional colaborativa, são ferramentas estratégicas para a reversão de comportamentos inadequados por incentivar apoio social para mudanças individuais (ROSMANINHO, 2017), uma vez que, pacientes conscientes das complicações associadas à sua condição motivam mais facilmente para o autocuidado e mudanças no estilo de vida.

Younes e colaboradores (2018) relatam também que a proximidade entre equipe e pacientes, na forma de assistência interdisciplinar na atenção ao paciente obeso possibilita maior engajamento e adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Segundo os autores

“os usuários relatam que se sentem estimulados pela equipe, mas também pela convivência com os colegas, demonstrando a importância do atendimento em grupo”.

Na região oeste do Paraná, Brasil, pacientes obesos são referenciados para alguns serviços, e, entre eles, para o Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica (SOCB) de um hospital universitário, situado em Cascavel, que conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, nutricionistas, fisioterapeuta, farmacêutico, assistentes sociais e enfermeiro. O referido serviço também é um importante local para a formação e qualificação de profissionais da saúde, incluindo assim, em suas atividades, acadêmicos de graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu* (YOUNES, RIZZOTTO, COSTA, 2018).

Neste tocante, o objetivo deste trabalho foi compreender a dinâmica da equipe multiprofissional que ali atua quanto às ações e práticas interprofissionais colaborativas, na visão: o trabalho da equipe de saúde do SOCB está organizado na perspectiva da PIC?

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa é de caráter exploratório, transversal e descritivo, de abordagem quali-quantitativa, resultante do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (parecer número 2.770.302).

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica (SOCB), situado na cidade de Cascavel – PR, tendo como sujeitos do estudo a equipe de profissionais que ali atuam.

A seleção do local ocorreu pela característica de atuação da equipe baseada em um modelo de assistência em “grupo de pacientes” por meio de reuniões mensais favorecendo tanto os profissionais, que podem otimizar suas atividades quanto o favorecimento dos próprios pacientes que podem ter em uma manhã a atenção de vários profissionais da saúde, sem a necessidade de retornos frequentes ao ambulatório (LORDANI, et al., 2019). Porém, não há a exclusão do atendimento individualizado, quando há necessidade (YOUNES, RIZZOTTO, COSTA, 2018).

Durante as reuniões em grupo, os profissionais realizam orientações acerca de temas relacionados com o objetivo principal de redução do peso corporal e na melhora da qualidade de vida, mas também durante estes encontros, há a

oportunidade de troca de experiências, realização de atividades de autoconhecimento, reeducação alimentar, atividade física, autocuidado, entre outros (LORDANI, 2019).

A agenda do serviço inclui encontros e reuniões administrativas, sistemáticas e regulares dos profissionais, com o objetivo de estabelecer ações, acordos e outras questões relacionadas ao serviço.

A princípio, a pesquisa teria apenas uma etapa de coleta de dados, no entanto, houve a necessidade de entender a opinião de cada integrante da equipe, aprofundando a investigação para que fosse possível atender aos objetivos propostos.

Neste sentido, a coleta dos dados ocorreu em duas etapas: a primeira etapa ocorreu durante uma reunião administrativa da equipe. Todos os profissionais que atuavam há mais de dois anos foram convidados a participar. Após serem esclarecidos sobre o tema e o objetivo da pesquisa – em que foram orientados sobre a inexistência de resposta correta ou incorreta, uma vez que foram avaliadas tendências e percepções pessoais – receberam, individualmente, um envelope com os questionários e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foram incluídos profissionais externos, acadêmicos e estagiários.

Foram aplicados dois questionários: o primeiro, sobre a caracterização da equipe de profissionais, com as seguintes informações: idade, sexo, formação, títulos de especialização, tempo de atuação na instituição e na equipe e se exerce ou não a docência. O segundo, direcionado para uma avaliação quantitativa da PIC: a Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional - RIPLS (*Readiness for Interprofessional Learning Scale*), validada no Brasil por Peduzzi e Normam (2012), que apresenta 26 afirmativas no modelo escala de *likert*, subdivididas em três dimensões que avaliam prontidão para a aprendizagem e demais atributos necessários à PIC: trabalho em equipe e colaboração, identidade profissional e atenção centrada no paciente (ACP).

Para determinar as médias obtidas no questionário RIPLS foram determinados intervalos, conforme o quadro 2. Cada um destes três intervalos, sugere uma ação: média entre 1,00 a 2,33 pontos sugerem uma percepção negativa, apontando então a necessidade de mudanças urgentes; médias de 2,34 a 3,66, a indicação é que podem existir pontos de melhorias dentro do contexto de cada equipe, buscando aprimorar os pontos relacionados à dimensão; já a média

acima de 3,67 pontos, é um indicador positivo da percepção dos participantes acerca das atividades, ações e atitudes da equipe, estes intervalos se baseiam de que as percepções possuem a mesma probabilidade de ocorrência, ou seja, o participante pode concordar, discordar ou apresentar indiferenças/inclinações (SOUZA, 2014).

Quadro 2: Intervalo das médias, classificação e providências.

Intervalo de médias	Classificação	Providência
1,00 – 2,33	Zona de perigo	Mudanças urgentes
2,34 – 3,66	Zona de alerta	Aprimoramento
3,67 – 5,00	Zona de conforto	Manutenção

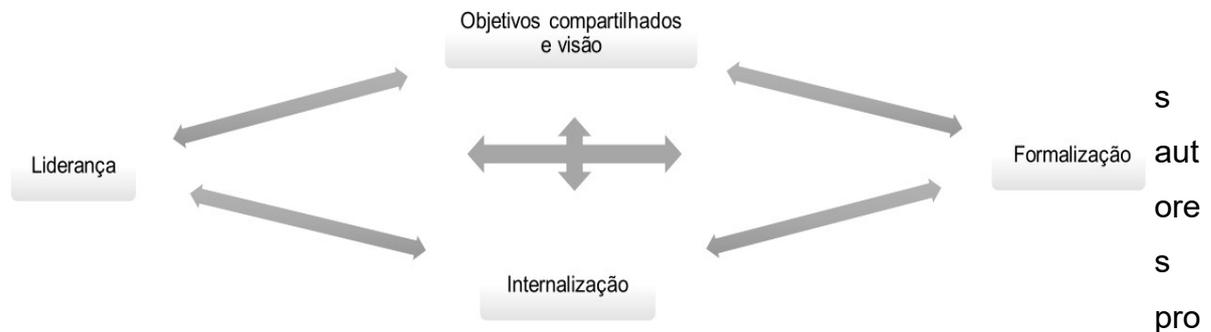
Fonte: Adaptado de Souza, 2014

Ao finalizar, os participantes devolveram os envelopes com as respostas, que foram numerados aleatoriamente, para que fosse assegurado o sigilo dos pesquisados. Todos os dados quantitativos coletados, foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas Excel® e submetidos à análise descritiva.

A segunda etapa da pesquisa foi baseada na necessidade de compreender a percepção dos profissionais para que fosse possível tipificar o nível de prática colaborativa no grupo. Então, foi realizada uma entrevista em profundidade por meio de questionário semi-estruturado com questões abertas, de caráter investigativo, para a análise qualitativa da PIC na equipe.

O questionário qualitativo foi desenvolvido pelos autores desta pesquisa, com base no modelo de avaliação de PIC feito por D'amour et al (2008) composto por 12 questões discursivas. O modelo descreve quatro dimensões, que se inter-relacionam, para análise do nível da PIC: objetivos compartilhados e visão, internalização, liderança e formalização. Estas dimensões são subdivididas em dez indicadores: metas, orientações centradas no cliente *versus* outros objetos, convivência mútua, confiança, centralização, liderança, apoio para inovações, conectividade, ferramentas de formalização e troca de informações.

Figura 1. Esquema das dimensões, segundo o modelo de D'amour *et al.* (2008).



puseram uma tipologia de nível de colaboração do grupo, e chegaram à três classificações, conforme segue:

Colaboração ativa – nível 1: considerada de alto nível, pois seus integrantes conseguem estabelecer colaboração estável, apesar das dificuldades do sistema de saúde, com forte sentimento de pertencimento, engajamento e confiança no grupo, oferecendo maiores oportunidades de desenvolver práticas inovadoras.

Desenvolvendo colaboração – nível 2: é considerada uma colaboração em construção, ainda não enraizada na cultura da equipe. Onde já foram feitas tratativas a respeito de objetivos, formalização, parcerias, no entanto ainda parciais ou não consensuais, que podem gerar conflitos, mas estão abertas a negociações. Esse tipo de colaboração, embora ainda tímido, está em franco progresso.

Colaboração potencial – nível 3: aquele grupo em que colaboração que ainda não foi desenvolvida ou foi bloqueada devido à presença de conflitos que impedem o seu avanço. Um ambiente com conflitos não resolvidos, que dificilmente se pode introduzir novas práticas e inovação.

Para cada dimensão (Figura 1) foram elaboradas 3 questões discursivas para que juntas, pudessem oferecer dados suficientes, por meio das respostas, para construir os indicadores que dariam condições de interpretar e avaliar os níveis de colaboração da equipe.

Em virtude da necessidade de isolamento social, provocado pela pandemia Covid-19, o questionário com o roteiro da entrevista foi enviado por e-mail aos membros da equipe, os quais gravaram suas respostas e enviaram diretamente para a pesquisadora, que enumerou-as conforme a ordem cronológica da devolução, assegurando novamente o sigilo dos pesquisados.

Todas as falas foram transcritas integralmente, retirando apenas os ‘vícios de linguagem’ (*né, tá, tipo assim*, etc), a fim de conferir maior fluidez à leitura dos discursos, sem, contudo, alterar seu sentido e conteúdo. Foi incluído um código a cada entrevistado para fins de preservação do anonimato e apresentação dos fragmentos de discurso na apresentação dos resultados. Desta forma, adotou-se o termo Participante, seguido por um algarismo arábico.

Para a análise crítica do material das entrevistas, foram seguidas as recomendações de D’amour et al (2008) conforme os critérios de classificação da tabela 1.

Participaram da primeira etapa do estudo todos os profissionais fixos do serviço, no total de 12 participantes. Na segunda etapa, 7 destes profissionais enviaram suas gravações.

Tabela 1: Tipologia, de acordo com as dimensões e os indicadores de colaboração

Dimensão	Indicador	Colaboração ativa – nível 1	Desenvolvendo colaboração – nível 2	Colaboração potencial – nível 3
Objetivos compartilhados e visão	Metas	Metas consensuais e abrangentes	Algumas metas são compartilhadas	Metas conflitantes ou ausência de metas compartilhadas
	Orientações centradas no paciente X outros objetos	Atenção centrada no paciente	Interesses profissionais ou da instituição orientam as ações	Tendência em interesses pessoais para orientar as ações
Internalização	Convivência mútua	Frequentes oportunidades de encontros, atividades regulares	Poucas oportunidades de encontro e atividades conjuntas	Sem oportunidades de encontro e atividades
	Confiança	Confiança fundamentada	Confiança condicionada ou em desenvolvimento	Falta de confiança
Liderança	Centralização	Integrante central forte e ativo, que promove consenso	Integrante central com papel mal definido.	Ausência de um indivíduo central.
	Liderança	Liderança compartilhada e consensual	Liderança fragmentada e desfocada	Liderança não consensual, monopolista
	Apoio para inovações	Experiências que estimulam a	Experiências esporádicas e	Pouca ou nenhuma

		introdução de colaboração e inovação	fragmentadas	experiência para apoiar a colaboração e inovação
	Conectividade	Muitos locais para discussão e participação	Locais de discussão relacionados a questões específicas	Praticamente não há locais de discussão.
Formalização	Ferramentas de formalização	Acordos consensuais, em conjunto regras definidas	Acordos não consensuais, falas não refletem práticas ou estão no processo de negociação ou construído	Nenhum acordo ou acordos não são respeitados, se tornam uma fonte de conflito
	Troca de informações	Infraestrutura comum para coleta e troca de informação	Troca de informações incompleta, infraestrutura não atende ou é usada inadequadamente	Ausência de infraestrutura ou mecanismo para coletar ou trocar informação

Fonte: Traduzido de D'amour et al., 2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil da equipe é composto, majoritariamente, por mulheres (75%), com idade média de 46 anos (DP= 8,9 anos), atuam, em média, a 12,8 anos (mínimo de 2,5 e máximo de 20 anos) na instituição e há 4,2 anos no projeto (mínimo de 2,5 anos e máximo de 6 anos). A prática docente é exercida por 46,5% dos profissionais (Tabela 2).

Tabela 2: Perfil da equipe multidisciplinar atuante no SOCB.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	3	25,0
Feminino	9	75,0
Profissão		
Assistente social	2	16,7
Enfermeiro	1	8,3
Farmacêutico	1	8,3
Fisioterapeuta	1	8,3
Médico	2	16,7
Nutricionista	4	33,3

Psicólogo	1	8,3
Especialização		
Não possui	1	8,3
Pós-graduação	3	25,0
Mestrado	5	41,7
Doutorado	3	25,0
Docente		
Sim	5	46,5
Não	7	53,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na dimensão 1 da escala RIPLS, relativa ao trabalho e à colaboração em equipe, todas as médias se enquadram na zona de conforto ($\geq 3,67$ pontos), sugerindo que não há necessidade de mudanças nas práticas relacionadas à estes temas. A média (ME) e o desvio padrão (DP) da dimensão 1 foram de 4,73 e 0,455, respectivamente, provando a homogeneidade e padrão comportamental pois é uma média alta e um desvio padrão baixo. Assertivas como: “Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde” e “Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso”, respectivamente, 1/3 das respostas foi “discordo” e 2/3 como “discordo totalmente”. Assim como nas respostas nas assertivas 12 a 15, 60,4% (n=29) eram “concordo totalmente” e as demais “concordo”, mostrando que a diferença de respostas foi apenas nas intensidades, pois a intensão sempre foi a mesma, daí foi surgindo a necessidade de entender a percepção dos profissionais, para caracterizar adequadamente a colaboração na equipe.

A dimensão 2 da escala RIPLS, referente às assertivas relacionadas à percepção da identidade de cada profissional e suas funções no contexto da equipe, na sua totalidade, está na classificação de “zona de alerta” com ME de 3,55 pontos e DP 1,136, considerado alto, ou seja, não há homogeneidade nas respostas, são muito variadas. De seis assertivas, três indicaram a classificação de “zona de alerta” que sugere necessidade de aprimoramentos.

Aqui neste tópico, o padrão de respostas não foi homogêneo, como nos demais, afirmando que para concluir o estudo era fundamental ouvir a opinião dos

profissionais, o que não havia sido cogitado num primeiro momento. Na afirmativa 17 que diz: “preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde”, 25% (n=3) discordaram totalmente, 33,3% (n=4) discordaram, 16,7% (n=2) nem concordam nem discordam e 25% (n=3) concordam.

Da mesma forma, na questão 19 que diz: “serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional” 25% (n=3) dos participantes discordaram ou discordaram totalmente, a maioria (58,3%, n=7) concordou plenamente ou apenas concordou, e duas pessoas (16,7%) nem concordaram nem discordaram da afirmativa.

A necessidade de aprofundar a pesquisa ficou nítida na última assertiva desta dimensão: “minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente”, pois sete profissionais (58,3%) discordaram totalmente ou apenas discordaram e cinco profissionais (41,7%) concordaram totalmente ou apenas concordaram.

A terceira dimensão da escala RIPLS apresenta cinco afirmativas a respeito de ACP. O resultado da dimensão toda apontou média de 4,7 pontos, também está classificada como “zona de conforto”, sugerindo que não há necessidades de mudanças imediatas ou urgentes e DP 0,645, considerado baixo com homogeneidade de respostas. Nas três primeiras assertivas 94,5%, (n=34) foram “concordo totalmente” ou “concordo”. Nas assertivas 25 e 26 houve unanimidade de respostas para a opção 5: “concordo totalmente”.

A segunda etapa, como já mencionado, foi desenvolvida para aprofundar os temas que a RIPLS envolve, porém se utilizada de forma isolada é insuficiente para compreender conceitos tão complexos que envolvem a PIC. Assim, um plano de entrevista baseado no modelo de colaboração de D'Amour (2008) foi desenvolvido para guiar as entrevistas.

No tocante aos objetivos compartilhados e visão do profissional sobre a equipe e objetivos, ficou evidente a sinergia nas respostas dos participantes, demonstrando que o grupo é coeso e compartilha dos mesmos objetivos e visão de “grupo”, ainda que seja composto por profissionais de áreas diferentes da saúde. Todos citaram que as atividades ali desenvolvidas são discutidas em conjunto conforme relatos:

Nessas reuniões participam toda a equipe técnica [...] tem muitos alunos de graduação que participam, tem alunos de pós-graduação, residência, enfim, todas as pessoas que participam da reunião têm o direito de sugerir e tem a palavra aberta para dar ideias ao grupo (Participante 1).

Depois de bastante experiência de várias atividades aplicadas foram elencadas pela equipe multiprofissional em conjunto, quais eram as atividades que eram mais importantes para os novos grupos (Participante 2).

O ponto de convergência entre as áreas profissionais de saúde, acontece no encontro entre usuários e profissionais. Assim, o trabalho em equipe consiste em uma forma de trabalho coletivo que se desenvolve por meio de encontros e diálogos entre pares em busca das ações necessárias à integração para um objetivo comum que é o de cuidar do paciente (PEDUZZI, 2001). A ideia central – e prioritária – das práticas interprofissionais colaborativas é a ACP (FOX; REEVES, 2015).

É possível evidenciar que a ACP é uma realidade no SOCB, pois os participantes mostraram bastante preocupação em manter o foco nos pacientes, bem como no entendimento deles, conforme trechos:

São pessoas de pouca escolaridade, são pessoas em geral de mais idade e tem muita dificuldade de entendimento, então tudo que nós formos passar para eles, nós temos essa preocupação de que eles aprendam. Que eles consigam levar essas informações para a vida diária deles, para a casa deles (Participante 1).

A gente leva em conta as limitações, a capacidade de compreensão do grupo de obesos [...] algumas atividades são necessários o auxílio da equipe (Participante 2)

A gente cuida muito: a questão econômica, questão cultural, e ver questão de artigos, a gente tenta muito passar para eles de uma forma que eles entendam (Participante 6)

Sempre visando o que eles têm de dificuldade, o que eles têm de entendimento (Participante 7)

Foi possível observar nos relatos que os profissionais trabalham baseados em três tópicos norteadores, ou seja, o grupo tem consciência dos objetivos comuns:

As atividades propostas estão relacionadas às três grandes áreas (comportamental, atividade física e alimentação) em que o grupo avaliou como primordiais ao tratamento (Participante 3)

É abordando história de angústias, questões psicológicas comportamentais em relação à obesidade, a questão nutricional nas suas opções de alimentação saudável [...] uma preocupação muito grande é a inserção da atividade física (Participante 4)

Supõe-se que possam existir pontos a serem melhorados, como em toda equipe, no entanto, de acordo com os relatos pode-se observar clareza na dimensão de objetivos e visão, que é compartilhada sobre as necessidades do grupo e dos pacientes. Todos os profissionais frisam a participação “no grupo”, “na equipe”, em todas as falas buscando o coletivo. Todos declaram que os objetivos são discutidos em grupo, ou seja, há compartilhamento e consentimento, e realçam a cada fala que o ponto em comum que é a atenção centrada no paciente. Assim, de acordo com os critérios sugeridos por D’amour et al (2008), os dois indicadores (metas e orientações centradas nos pacientes x outros objetos) estão no nível 1 de colaboração, ou seja, colaboração ativa.

A segunda dimensão é sobre internalização, ou seja, relativa ao sentimento de pertencimento dos membros da equipe, o quanto estão engajados. Alguns trechos demonstram que há um forte sentimento de pertencimento e a convivência e a interação entre estes profissionais favorece as práticas colaborativas:

Entendemos que não existe atividade específica, que o outro profissional não possa participar (Participante 4)

Eu fico um pouquinho frustrada quando eu não consigo participar das reuniões, eu fico um pouco de peso na consciência como se eu não tivesse me doando o suficiente, eu acabo me culpando como se eu que tivesse que me esforçar mais e me doar mais (Participante 6)

Eu acho que a interação do grupo é super aberta: a gente sempre discute e todo mundo tem uma questão para acrescentar, o que de cada setor, de cada área, então é uma interação muito boa [...] (Participante 7)

No entanto, a eventual ausência em uma determinada reunião do grupo não parece ser um problema para o coletivo, a confiança entre os membros se mostra

quando todos relatam de que, caso precisem faltar, não haverá prejuízo no desenvolvimento da atividade ou reunião daquele dia, basta apenas se inteirar com os colegas sobre os desfechos de cada reunião:

Todos fazem o máximo para participar das atividades práticas da equipe profissional [...] participa sempre que possível apoiando dando sugestões das atividades das outras áreas. [...] eu tenho outras atividades profissionais no mesmo horário, mas, mesmo assim, eu me sinto mal porque ficam faltando informações pra mim, pra que eu possa contribuir com o grupo nas próximas reuniões ou, mesmo, na realização de algumas atividades, então o que eu faço, geralmente, é buscar essas informações depois (Participante 2)

Me sinto tranquila, pois com adequada comunicação não há problemas de ficar atividade sem ser executada, um cobre o/a outro/a (Participante 3).

Para esta dimensão, D'amour e colaboradores propuseram mais dois indicadores: convivência mútua e confiança, nos quais a equipe do SOBC também está classificada como colaboração ativa, de nível 1, seguindo os critérios já da tabela 1.

O modelo de D'amour sugere quatro indicadores para a dimensão de liderança: centralização, liderança, apoio para inovação e conectividade.

Os relatos dos participantes demonstram ciência sobre suas funções, embora isso não tenha ficado claro nos resultados da primeira etapa da pesquisa, cada qual em sua área de atuação, com seus objetivos individuais, mas sempre com base no objetivo maior, do grupo, falando sempre sobre suas atribuições como profissional da saúde.

Todos apontam o coordenador do SOCB como o líder, pois, o mesmo, é responsável pelas atividades e pelo serviço, e é uma referência para os demais profissionais, mas, ainda assim, afirmando que todos podem opinar, evidenciando o bom relacionamento, a liderança tem um papel bem definido mas não monopolizada, há consenso nas ações, confiança e sinergia entre os membros:

Todos os membros do grupo podem fazer isso, mas, geralmente elas são sugeridas pelo doutor, são conduzidas por ele e são discutidas, e o grupo entra num consenso para ver a forma de desenvolver [...]. O grupo já possui

objetivos claros o que é a prevenção e o combate à obesidade, no entanto, as ações futuras para que a gente chegue a esse objetivo elas ainda não estão muito claras elas ainda estão em desenvolvimento (Participante 2)

Ninguém deixa de falar ou de ser ouvido quando necessário, então não é um objetivo individual, é um objetivo coletivo, de uma equipe que busca para um projeto que foi batalhado por muitos anos (Participante 7).

Os depoimentos, no entanto, demonstram certa fraqueza em relação aos direcionamentos para ações futuras, devido à pandemia Covid-19:

Nós estamos num período que a gente não tem como fazer muitas previsões (Participante 1)

Hoje, devido a pandemia Covid-19, a gente não tem direcionamento claro para ações futuras, não temos previsão de quando voltaremos ao normal (Participante 6)

A equipe mostra que tem trabalhado de forma integrada, entretanto, em alguns momentos é centralizada, conforme os trechos a seguir:

A gente aprende muito com os outros profissionais [...] Eu acho que quando a gente fala no trabalho interdisciplinar, a gente tem que ter a preocupação de não estar à frente do trabalho do outro, porque cada área tem o seu conhecimento, tem o seu planejamento, as suas referências, seus objetivos e a equipe, ela tem que andar junto, auxiliando e acompanhando na realização dessas atividades (Participante 1)

Algumas atividades ficam centralizadas em alguns membros do grupo [...] alguns integrantes do grupo, às vezes, são muito ansiosos ou tem um perfil de liderança e acabam tendo a iniciativa para todas as atividades [...] então acredito que em alguns momentos eles possam ficar sobrecarregados (Participante 2)

De acordo com D'amour et al (2008), um dos pontos-chave da colaboração é que haja um ambiente favorável à busca de novas práticas, uma liderança aberta à inovação, pois envolve a divisão de responsabilidades entre os profissionais e entre as instituições, e, implica mudanças nas práticas clínicas e na partilha de

responsabilidades entre parceiros. O SOCB aponta algumas experiências que promoveram novas práticas:

Nós começamos a perceber a necessidade de levar esse debate para dentro dos serviços de saúde e isso foi um trabalho maravilhoso que ninguém tira de nós [...] fomos na Câmara de vereadores, na Prefeitura, na Secretaria de saúde, de esporte, na AMOP¹, enfim, realizamos atividades que mudaram a percepção sobre o problema obesidade no nosso município e na nossa região (Participante 1)

Nós fazemos parte de um grupo de pesquisa [...] além das reuniões administrativa. É um grupo que tem o tema obesidade contínua. Esse grupo também participa efetivamente também da GAO que é o grupo de atenção à obesidade, sediado na décima regional da saúde aonde nós, de uma maneira maior, promovemos ações no combate e atenção obesidade na nossa macrorregião [...] é um dos ambientes aonde nós promovemos interação muito grande do nosso grupo com esse outro grupo [...] eventos para profissionais da saúde estarem discutindo a questão da atenção à obesidade e um evento para a comunidade em geral (Participante 4)

Escalda e Parreira (2018) relatam pontos muito importantes para um efetivo desenvolvimento de práticas interprofissionais colaborativas: a comunicação assertiva entre todos os membros; o incentivo em explorar soluções criativas de atuação, favorecendo o compromisso profissional e maior vínculo e parcerias com pacientes e familiares; e o compartilhamento de informações e das interações envolvendo, de forma ativa, todos os interessados para um melhor entendimento para resolver as necessidades do doente e facilitar a sinergia entre contribuições antes consideradas individualizadas.

De acordo com os relatos, há muita comunicação e conectividade entre todos os indivíduos do SOCB – pacientes e profissionais - e que existem espaços de discussão e de construção de vínculos entre eles, permitindo aproximação, ajustes rápidos e contínuos. A comunicação entre a equipe pareceu ser bastante frequente e assertiva mesmo fora das reuniões, e o clima da equipe parece ser agradável:

A gente procura inclusive sair fora dali para comemorar datas como final de ano, na casa de um ou outro [...] sair um pouco para que a gente possa se conhecer melhor. [...] Quando a gente não pode ir (na reunião) a gente

sente falta da energia deles, porque é uma troca muito grande, é emocional mesmo (Participante 1)

São vários os momentos que os profissionais precisam interagir e vários os momentos que a gente precisa se dedicar ao desenvolvimento das atividades (Participante 2)

Nos encontramos nas atividades de grupo, nos eventos que a equipe organiza e confraternizações (Participante 3)

A gente se encontra na universidade, muitos são professores da universidade, são profissionais que estão aqui no hospital então são momentos que nós interagimos e nos dedicamos as atividades [...] no nosso WhatsApp sempre está se comunicando (Participante 4)

Tentamos realizar reuniões menos técnicas anualmente, e as outras obrigações individuais para preparar para as reuniões e eventos (Participante 5)

Todos demonstram entender a necessidade de possuir um time multiprofissional e que os principais objetivos giram em torno da assistência integral ao indivíduo obeso, sem desmerecer nenhuma área:

É um grupo multiprofissional que tem como objetivos apoiar os pacientes obesos na melhoria da qualidade de vida, emagrecimento e, quando necessário, cirurgia bariátrica através do fornecimento de informações e conhecimento que possibilitem aos obesos a criação de estratégias próprias e saudáveis para que eles consigam alcançar os objetivos deles (Participante 2)

É um serviço multidisciplinar de tratamento clínico e cirúrgico da obesidade e funciona por meio de atividades multiprofissionais em grupo (Participante 3)

Os pacientes são acolhidos a partir das 7h30 [...] é feito uma conversa em grupo, perguntado para cada paciente como ocorreu aquele período se ganhou peso, se perdeu peso, aquele que perdeu peso a gente estimula bastante as atividades que ele fez, a gente deixa eles falarem muito [...] e a partir desta atividade, é colocada a programação, sempre também tem no

meio, um momento de descontração [...] uma dinâmica para criar uma reunião não tão teórica (Participante 4)

Esses pacientes seguem uma metodologia que está escrita, onde segue reuniões em grupo, onde é realizado exames, questionários com acompanhamento mais ou menos mensal (Participante 5)

A última dimensão proposta por D'amour (2008) trata sobre formalização das condutas, ou seja, oficialização dos acordos, dos processos, objetivos, atividades, documentos do grupo, assim como a comunicação entre os membros da equipe.

A comunicação e a interação são efetivas, porém a formalização dos acordos mostrou ser o maior ponto fraco da equipe, e parece ser um processo a ser melhorado, embora a maioria tenha citado a utilização do aplicativo de rede social, não há um fluxo definido para a correta formalização dos documentos e acordos. O aplicativo não foi o único meio citado para compartilhamento de documentos e informações, o que pode se tornar um empecilho para a troca de informações, e pode caracterizar falha de comunicação pois para se obter um dado ou informação. Também foram mencionados: e-mail, arquivo pessoal, planilha eletrônica, prontuário eletrônico e impressos, ou seja, não há uma formalização, um único local para acessar os documentos:

Via WhatsApp, e-mail, celular e contato pessoal [...] pelo compartilhamento dos dados, por e-mail. Acredito que as planilhas e dados poderiam ficar mais disponíveis em documentos compartilhados (Participante 5)

A gente evoluiu também com a questão de material didático para eles terem em mãos [...] tem muito material físico que cada área armazena e, também, via sistema Tasy®⁷, então, conforme as reuniões, o sistema é alimentado por várias áreas e colocado o que foi abordado em tal reunião (Participante 7)

Assim, o indicador ferramentas de formalização foi classificado como nível 1 de colaboração, pois os acordos são respeitados e consensuais, determinados em conjunto nas reuniões, no entanto a troca de informações foi o único indicador

7 Tasy® é um software de gestão hospitalar, que inclui, entre outras estratégias, a ferramenta de prontuário eletrônico utilizado pela instituição.

classificado como nível 2 de colaboração (em desenvolvimento), pois a infraestrutura para troca destas informações é usada de forma inadequada e sem fluxo definido.

Analisando as entrevistas de maneira ampla e, conforme sugerido no modelo de D'amour et al. (2008), a colaboração desta equipe pode ser classificada como "nível 1: colaboração ativa", ou seja, uma colaboração é uma prática já estabelecida, apesar das dificuldades. Todos apresentaram forte sentimento de pertencimento, engajamento e confiança no grupo, e o grupo parece estar aberto a negociações e buscando novas práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que há, na equipe do SOCB, um ambiente muito favorável à PIC. Tanto na escala RIPLS, onde 88% das assertivas apresentaram as médias dentro da "zona de conforto", ou seja, uma ótima percepção e atuação em equipe, quanto na análise das respostas da entrevista baseada nas dimensões essenciais para a PIC, o grupo demonstrou clareza de objetivos, atenção centrada no paciente, forte sentimento de pertencimento e engajamento, e busca por novas práticas em prol dos objetivos já estabelecidos, se encaixando na definição de D'amour (2008) como nível 1, ou seja, um nível elevado de prática interprofissional colaborativa, visto que dos dez indicadores, apenas um está no nível 2, todos os demais foram classificados como nível 1: colaboração ativa.

Neste contexto, embora apresente algumas fraquezas como a falta do fluxo de formalização e a incerteza sobre direcionamentos futuros, devido ao período da pandemia Covid-19, há um grande potencial na equipe para que estes pontos fracos possam ser superados e, assim, atingir o nível de colaboração ativa em todos os indicadores, alcançando, desta maneira, a excelência na assistência integral ao paciente obeso.

REFERÊNCIAS

AMADO, Elaine. **Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais da saúde**. 2016. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.

ARRUDA, Liziene de Souza; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface (Botucatu), Botucatu** , v. 22,n. 64,p. 199-210, Mar. 2018 .

ESCALDA, P.; PARREIRA, C.M.S.F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)** [online]. 2018, vol.22, suppl.2, pp.1717-1727. ISSN 1807-5762.

FREIRE FILHO, José Rodrigues; SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves. **Educação e prática interprofissional no SUS**: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. (Org.). Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos? 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 28-39.

FOX, A.; REEVES, S. Interprofessional collaborative patient-centred care: A critical exploration of two related discourses. **Journal of Interprofessional Care**, 29, 113–118. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS**: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 116 p. : il. – (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10)

D'AMOUR D.; FERRADA-VIDELA, M.; SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L.; BEAULIEU, M.D. Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **J Interprof Care**. 2005; 19 Suppl 1:116-31.

D'AMOUR, D., GOULET, L., LABADIE, J.-F., MARTÍN-RODRIGUEZ, L. S., PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, 8, 1–14. 2008.

LORDANI, C.R.F. **Representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave**: trajetórias de vida e Itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS). 311 f. Tese (Doutorado – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais). São Leopoldo, RS. 2019.

LORDANI, C.R.F.; COSTA, M.C.D; SILVA, L. L.; BARRETO, J.; ARAUJO, A. Experiência de um serviço ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar de obesidade e cirurgia bariátrica. **Rev brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento** v. 13, p. 934-942, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. . – WHO World Health Organization. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra; 2010.

PEDUZZI, M.; NORMAN I.J. Validação de instrumento de medida do aprendizado

interprofissional para trabalho em equipe. **Anais do III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem** - Avanços no cuidado, gestão e política. São Paulo - SP: Escola de Enfermagem da USP, 2012. v. 1. p.R0168-1-R0168-1.

ROSMANINHO, P.F.C. **Efetividade e adesão a intervenções para perda de peso no contexto do combate à obesidade**: revisão sistemática sobre promoção de alimentação saudável e atividade física. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana Aplicada) - Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SOUZA, A. **Formação profissional em saúde na perspectiva do trabalho em equipe e da integralidade no cuidado**: percepção de estudantes. /Alexandra de Souza - São Paulo, 2014. (97 páginas) Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS.

YOUNES, S.; RIZZOTTO, M.L.F.; COSTA, M.C.D. O processo de construção de um serviço especializado no tratamento da obesidade grave. **Cienc Cuid Saude**, outubro 17 (4) e43131, 2018.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática interprofissional colaborativa só é possível quando todos os profissionais que atuam no conjunto compreendem a importância e tem atitudes coerentes com a colaboração em equipe, ou seja, é construída por todos, com o tempo, principalmente através da busca por melhorias contínuas, pela comunicação assertiva e demais ajustes necessários para que a colaboração mútua se torne parte da cultura do grupo.

A pesquisa evidenciou que há, na equipe do SOCB/HUOP, um ambiente muito favorável às práticas interprofissionais colaborativas. Tanto pelo formato de assistência aos pacientes, quanto pelas atitudes dos profissionais.

Através da escala RIPLS, onde 88% das assertivas apresentaram as médias dentro da “zona de conforto”, o grupo apresentou uma ótima percepção e atuação em equipe, que foi confirmada na análise através dos indicadores e dimensões essenciais para a PIC, conforme o modelo proposto.

O grupo demonstrou pontos fundamentais para a prática interprofissional colaborativa: clareza de objetivos, atenção centrada no paciente, forte sentimento de pertencimento e engajamento, liderança estabelecida e consensual e busca por novas práticas em prol dos objetivos do grupo, ou seja, características de uma equipe com nível de colaboração ativa, com um nível elevado de prática interprofissional colaborativa, visto que dos dez indicadores, apenas um está no nível 2 e todos os demais foram classificados como nível 1.

Em conclusão, embora apresente algumas fraquezas como a falta do fluxo de formalização e a incerteza sobre direcionamentos futuros, devido ao período da pandemia Covid-19, há um grande potencial na equipe para que estes pontos fracos possam ser superados e, assim, atingir o nível de colaboração ativa em todos os indicadores, alcançando, desta maneira, a excelência na assistência integral ao paciente obeso.

REFERENCIAS GERAIS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. – 4.ed. - São Paulo, SP

AGRELI, Heloíse Lima Fernandes. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

AGRELI, H. L.F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. **Journal of Interprofessional Care**, 31(2), mar. 2017. 184–186.

AGRELI, H.L.F; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, Botucatu, dez 2016. v. 20,n. 59, p. 905-916.

AMADO, Elaine. **Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais da saúde**. 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.

ARRUDA, Liziene de Souza; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface**, Botucatu, Mar. 2018. v. 22,n. 64,p. 199-210.

BARONCINI, L.A.V. et al. Adolescentes Hipertensos: Correlação com Índice de Massa Corpórea e Perfis Lipídico e Glicêmico. **Int. J. Cardiovasc. Sci.** Rio de Janeiro, abr. 2017. v. 30,n.5,p.401-407.

BARROSO, T.A. et al. Association of Central Obesity with The Incidence of Cardiovascular Diseases and Risk Factors. **Int. J. Cardiovasc. Sci.** Rio de Janeiro, out. 2017. v. 30,n. 5,p. 416-424.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento**

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde;** Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 116 p. il. – (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10)

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019** : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRONDANI, Letícia de Almeida. **O papel das proteínas desacopladoras e suas proteínas regulatórias na obesidade e diabetes mellitus.** Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia. 2015

BISCHOFF, S. et al. Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life—a prospective study. **International Journal of Obesity**, abr 2012. v. 36, no. 4, pp. 614–624.

CARELS, R. et al. Examining perceived stereotype threat among overweight/obese adults using a multi-threat framework. **Obesity Facts**, jun 2013. 6, 258-68.

CAZZO, E.; et al. Doença hepática gordurosa não alcoólica em obesos mórbidos: correlação entre achados histopatológicos, características bioquímicas e avaliação ultrassonográfica. **Obes Surg**. 2014 abr; 24 (4): 666-8

CONTE, A.L. Qualidade de Vida no Trabalho. **Revista FAE Business**, nov. 2003.n7

DANTAS, R.R.; SILVA, G.A.P. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, set 2019. v. 37, n. 3, p. 363-371.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, jul 2017. 33(7).

D'AMOUR, D. et al. Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **J Interprof Care**. Maio, 2005; 19 Suppl 1:116-31.

_____. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, set. 2008, 8, 1–14.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C.M.S.F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu. 2018, vol.22, suppl.2, pp.1717-1727.

FELIPPE, F. **Obesidade zero: a cultura do comer na sociedade de consumo**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

FINGER, I.R.; OLIVEIRA, M.S. **A Prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade**. Novo Hamburgo, Sinopsys, 2016.

FOX, A.; REEVES, S. Interprofessional collaborative patient-centred care: A critical exploration of two related discourses. **Journal of Interprofessional Care**, mar, 2015. 29, 113–118.

FREIRE FILHO, J.R.; SILVA, C.B.G. Educação e prática interprofissional no sus: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, R.F.C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 28-39.

FREITAS, A.L.P.; SOUZA, R.G.B. Um modelo para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em universidades públicas. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**. Ago. 2009. 4 (2) 136-154.

FUNG, J. **O código da obesidade: decifrando os segredos da prevenção e cura da obesidade**. Tradução: Richard Sanches. São Paulo: nVersos, 2018.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HARVEY, E.L.; et al. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**. Set 2002. 15(5):331-47

JIA, J.J. et al. The polymorphisms of UCP2 and UCP3 genes associated with fat metabolism, obesity and diabetes. **Obes Rev**. Set, 2009. 10(5):519-26.

KOVESDY, C.P.; FURTH, S.L.; ZOCCALI, C. Obesidade e doença renal: consequências ocultas da epidemia. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, mar 2017. v. 39,n. 1, p. 1-10.

KRAL, J.G. et al. Severe Obesity: The Neglected Epidemic. **Obes Facts**, abr. 2012; 5:254-269.

LIMA, C.T.; RAMOS-OLIVEIRA, D.; BARBOSA, C. Aspectos sociocognitivos da obesidade: estereótipos do excesso de peso. **Psicologia, saúde & doenças**, set. 2017, 18(3), 681-698.

LORDANI, C.R.F. **Representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave**: trajetórias de vida e Itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS). 311 f. Tese (Doutorado – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais). São Leopoldo, RS. 2019.

LORDANI, C.R.F. et al. Experiência de um serviço ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar de obesidade e cirurgia bariátrica. **Rev brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento**, nov./dez. 2019. v. 13, p. 934-942, 2019.

LOUZADA, L.A.L. et al. Obesidade e bloqueadores Neuromusculares. **Rev Med Minas Gerais**, 2016; 26 (Supl 1): S73-S81

MASQUIO, D.C.L. et al. The role of multicomponent therapy in the metabolic syndrome, inflammation and cardiovascular risk in obese adolescents. **British Journal Of Nutrition**, jun. 2015. v. 113, no. 12, pp. 1920–1930.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o poder e o mundo vivido. **Medicina**, abr. 1991. Ribeirão Preto. v 24, n2, p 70-77.

NAVARRO, M.E.L. et. al. Inflamação renal, alterações metabólicas e oxidativas após 6 semanas de dieta de cafeteria em ratos. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, out. 2015. v. 38,n. 1,p. 9-14.

OMS. Organização Mundial da Saúde. – WHO World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Genebra, 2000

OMS. Organização Mundial da Saúde. . – WHO World Health Organization. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa.** Genebra, 2010.

OKIFUJI, A.; HARE, B.D. The association between chronic pain and obesity. **J Pain Res.** jul. 2015;8:399–408.5.

PAUL-EBHOHIMHEN, V.; AVENELL, A. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Individual Treatments for Adult Obesity. **Obes Facts.** Fev. 2009; 2(1):17-24

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saude Publica.** 2001; 35(1):103-9.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F.. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu),** Botucatu , v. 22, supl. 2, p. 1525-1534,2018.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J. Validação de instrumento de medida do aprendizado interprofissional para trabalho em equipe. **Anais do III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem - Avanços no cuidado, gestão e política.** São Paulo - SP: Escola de Enfermagem da USP, Out. 2012. v. 1. p.R0168-1-R0168-1.

PEDUZZI, M. et. al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP.** Ago, 2013; 47(4):977-83.

_____. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde,** [online]. Rio de Janeiro. Mar. 2020. 18 (Suppl. 1), e0024678.

PHELAN, S. M. et. al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Reviews,** abr. 2015. 16, 319-26.

PUHL, R.M.; HEUER, C.A. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. **American Journal of Public Health**, 2011.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**. Nov, 2017. 32. 1-3.

RIVERA, L. M.; PAREDEZ, S. M. Stereotypes Can "Get Under the Skin": Testing a Self-Stereotyping and Psychological Resource Model of Overweight and Obesity. **The Journal of Social Issues**, jun. 2014. 70, 226-240.

ROSA, E.C. et. al. Obesidade visceral, hipertensão arterial e risco cárdio-renal: uma revisão. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, abr 2005. v. 49,n. 2,p. 196-204.

ROSMANINHO, P.F.C. **Efetividade e adesão a intervenções para perda de peso no contexto do combate à obesidade: revisão sistemática sobre promoção de alimentação saudável e atividade física**. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana Aplicada) - Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. et al. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical studies. **Journal of Interprofessional Care**. Maio, 2005;1:132-147

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, Abr. 2005. v. 84, supl. 1, p. 3-28.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, mar. 2007. 17(1):29-41.

SOUZA, A. **Formação profissional em saúde na perspectiva do trabalho em equipe e da integralidade no cuidado: percepção de estudantes**. /Alexandra de Souza - São Paulo, 2014. (97 páginas) Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS.

TAYLOR, C.; SHEWBRIDGE, A.; HARRIS, J.; GREEN, J.S. Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer. **Breast Cancer:**

Targets and Therapy, ago. 2013 [s.l.], p.79-85.

WELBOURN, R. et al. Bariatric Surgery Worldwide: Baseline Demographic Description and One-Year Outcomes from the Fourth IFSO Global Registry Report 2018. **Obes surg**, mar. 2019. 29, 782–795.

WHARTON, S. et al. Feasibility of an interdisciplinary program for obesity management in Canada. **Canadian Family Physician**, jan. 2012. v. 58, no. 1, pp. e32–e38.

YOUNES, S.; RIZZOTTO, M.L.F.; COSTA, M.C.D. O processo de construção de um serviço especializado no tratamento da obesidade grave. **Cienc Cuid Saude**, dez. 2018 17 (4) e43131.

APÊNDICE

Apêndice 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Eu, Prof Dr. Allan Cezar Faria Araújo, responsáveis pela pesquisa “**PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO CUIDADO AO INDIVÍDUO OBESO**” convido você a participar como voluntário do nosso estudo.

A pesquisa tem como objetivo conhecer se ocorre e como se dá a prática colaborativa interprofissional e o trabalho em equipe voltados ao atendimento de usuário com obesidade. A importância desta pesquisa se dá, tendo em vista que os resultados obtidos no estudo poderão contribuir positivamente para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários obesos na média complexidade, além de contribuir na para o fortalecimento do trabalho em equipe.

Se aceitar participar terá que responder um questionário que é auto-respondido, o qual será apresentado antes do preenchimento. Destacamos que a sua recusa em participar não implicará em nenhum dano, penalização ou prejuízo a sua pessoa, assim como a retirada de seu consentimento após ter respondido também não implicará em nenhum dano, penalizações ou prejuízos a você. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com as pesquisadoras responsáveis.

O presente projeto de pesquisa faz parte de projeto intitulado: *Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP*, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o número do Parecer:1.180.202.

Será mantido sigilo e anonimato quanto aos dados que possam identificar os participantes, evitando qualquer tipo de constrangimento quanto aos resultados coletados. As informações serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os resultados da pesquisa serão divulgados após o término da mesma, por meio de relatório de conclusão da pesquisa.

AUTORIZAÇÃO:

Eu,____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa e da garantia de sigilo, anonimato e esclarecimentos sempre que desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi elaborado em duas vias (uma cópia do sujeito da pesquisa e a outra do pesquisador responsável) e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do participante da
pesquisa

Assinatura do pesquisador
responsável pela pesquisa

RESPONSÁVEIS: Allan Cezar Faria Araújo

E-MAIL: allanfaraujo@uol.com.br. Telefone: (45) 99973-0165

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIOESTE: telefone para contato: (45)3220-3272 E-mail:

cep.prppg@unioeste.br

Cascavel, ____ de _____

de 20____.

Apêndice 2 – Questionário para a caracterização população em estudo

Data da coleta: _____/_____/_____

1. Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino

2. Data de nascimento: _____/_____/_____

3. Formação:

a. () Assistente Social b. () Enfermeiro c. () Farmacêutico

d. () Fisioterapia e. () Médico f. () Nutricionista

g. () Psicólogo

4. Possui pós-graduação: () Sim () Não Se sim, qual?

5. Exerce atividade docente: () Sim () Não Se sim, qual?

6. Há quanto tempo na Instituição?

7. Há quanto tempo é integrante no grupo de obesidade?

Apêndice 3 – Questionário para a avaliação do nível de prática colaborativa

ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

O questionário abaixo faz parte da pesquisa: “ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ”, iniciada em 2019, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o número do Parecer:1.180.202.

Assim, para dar continuidade, a pesquisadora Thaís Frank, sob orientação do Prof Dr. Allan Cezar Faria Araújo, conta com a contribuição dos mesmos profissionais que já participaram da primeira etapa da pesquisa.

Será mantido sigilo e anonimato quanto aos dados que possam identificar os participantes, evitando qualquer tipo de constrangimento quanto aos resultados coletados. As informações serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes.

Instruções: As respostas devem ser enviadas via WhatsApp (Thaís 45 99903-2777) através de uma gravação de voz.

O tempo previsto para sua gravação é de aproximadamente 30 minutos.

Ao gravar, favor identificar a pergunta que será respondida conforme exemplo: “Pergunta 1: resposta; Pergunta 2: resposta...” e assim sucessivamente.

-
- 1 - Como são traçados os objetivos da equipe com relação às atividades desenvolvidas com os pacientes do SOCB/HUOP ?
 - 2 - Quais são os critérios utilizados para desenvolver as atividades com os pacientes do SOCB/HUOP?
 - 3 - Qual sua visão sobre o planejamento e a execução das suas atividades assistenciais do SOCB/HUOP?
 - 4 - Como é a interação/comunicação entre os integrantes da equipe do SOCB/HUOP?
 - 5 - Quais ferramentas utilizadas você julga mais efetivas para a formalização das informações/comunicados referentes ao SOCB/HUOP?
 - 6 - Como você acessa os documentos do SOCB/HUOP?
 - 7 - Como você se sente quando não consegue participar de alguma reunião do grupo ou administrativa?
 - 8 - Como você participa das atividades de outros profissionais do grupo com os pacientes do SOCB/HUOP?
 - 9 - Caso alguém te perguntasse como funciona o SOCB/HUOP, como você explicaria?
 - 10 - Quais as suas funções e responsabilidades como profissional da saúde no grupo SOCB/HUOP?
 - 11 - Além das reuniões administrativas, em quais outros momentos os profissionais interagem e se dedicam às atividades do SOCB/HUOP?
 - 12 - Há um direcionamento claro para as ações futuras? São determinadas como e por quem?

ANEXO

Anexo 1 – Termo de compromisso do paciente



SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE

Eu, _____
portador da RG/CPF _____
estou ciente e aceito a normatização do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná-UNIOESTE desenvolvido pela equipe multidisciplinar para o tratamento da obesidade e suas doenças associadas.

NORMAS:

1. Não faltar nas reuniões mensais.
2. Chegar antes das 08 horas mensalmente nos dias de reunião.
3. Perder peso em todo intervalo mensal de atendimento.

Estou ciente de que caso ocorra o **NÃO** cumprimento de **TODAS** as normas, o meu caso será analisado individualmente pela equipe multidisciplinar e poderá ocorrer desligamento do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná-UNIOESTE.

Cascavel, de de 20 .

Assinatura do paciente

Coordenador Geral do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do
HUOP/UNIOESTE – Prof. Dr. Allan Cezar Faria Araujo.

Anexo 2 – programação de reunião com os pacientes



**REUNIÃO COM PACIENTES DO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA
BARIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ /
UNIOESTE – REUNIÕES – 2016**

HORÁRIO	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
REUNIÃO 5		
07h30min-08h15min	DADOS ANTROPOMÉTRICOS / IDENTIFICAÇÃO DOS PCTES	NUTRIÇÃO E FISIOTERAPIA
07h30min-08h15min	ACOLHIMENTO (INTERAÇÃO PACIENTES E EQUIPE) – CONTATO INDIVIDUALIZADO DA NUTRICIONISTA DO DIA E EQUIPE COM PACIENTES	TODOS
08h15min-09h00min	ACOLHIMENTO – TERAPIA DO ABRAÇO DINÂMICA SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA – METAS 2015/2016	TODOS
09h00min-09h30min	ANÁLISE E DISCUSSÃO COM OS PACIENTES - GANHOS E PERDAS – INDIVIDUAL E POR GRUPO	TODOS
09h30min-10h00min	NUTRIÇÃO - DESAFIOS DO PERÍODO – CONCEITOS BÁSICOS – COMPARATIVO DOS GRUPOS – DICAS DE REPOSIÇÃO	NUTRIÇÃO E TODOS
10h00min-10h20min	INTERVALO E ACOLHIMENTO (INTERAÇÃO PACIENTES E EQUIPE)	TODOS
10h20min-10h35min	FISIOTERAPIA	GUSTAVO
10h35min-11h00min	ENTREGA DOS EXAMES – ANÁLISE MULTIDISCIPLINAR	FARMÁCIA + DRA. MICHELE E TODOS
11h00min-11h15min	ENCERRAMENTO / ENTREGA DO CALENDÁRIO DO PRIMEIRO TRIMESTRE	SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA

HORÁRIO	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
REUNIÃO 6		
07h30min-08h15min	DADOS ANTROPOMÉTRICOS / IDENTIFICAÇÃO DOS PCTES	NUTRIÇÃO E FISIOTERAPIA
07h30min-08h15min	ACOLHIMENTO (INTERAÇÃO PACIENTES E EQUIPE) – CONTATO INDIVIDUALIZADO DA NUTRICIONISTA DO DIA E EQUIPE COM PACIENTES	TODOS
08h15min-08h50min	ANÁLISE E DISCUSSÃO COM OS PACIENTES - GANHOS E PERDAS – INDIVIDUAL E POR GRUPO	TODOS
08h50min-09h10min	CIRURGIA BARIÁTRICA – RISCOS E BENEFÍCIOS	ALLAN E MICHELLE
09h10min-09h30min	NUTRIÇÃO	NUTRIÇÃO
09h30min-09h45min	INTERVALO E ACOLHIMENTO (INTERAÇÃO PACIENTES E EQUIPE)	TODOS
09h45min -10h05min	FISIOTERAPIA	GUSTAVO
10h05min-10h25min	ENFERMAGEM	TODOS
10h25min-11h05min	SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA	SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA
11h05min-11h15min	ENCERRAMENTO	TODOS

Anexo 3 – Calendário da equipe do SOCB/HUOP 1º semestre/2019



CALENDÁRIO DE REUNIÕES FEVEREIRO A JUNHO 2019 (EQUIPE)

FEVEREIRO/2019			
04/02/2019	Segunda-feira	RECESSO	
11/02/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
18/02/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 03 PÓS-OPERATÓRIO
18/02/2019	Segunda-feira	09:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
25/02/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 03 (GRUPO I E II – CIRURGIA BARIÁTRICA)
MARÇO/2019			
04/03/2019	Segunda-feira	RECESSO DE CARNAVAL	
11/03/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
18/03/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
25/03/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 02 (GRUPO I E II - UBS)
ABRIL/2019			
01/04/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
08/04/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
15/04/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
22/04/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 04 (GRUPO I E II – CIRURGIA BARIÁTRICA)
29/04/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
MAIO/2019			
06/05/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
13/05/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
20/05/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 04 PÓS-OPERATÓRIO
27/05/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
JUNHO/2019			
03/06/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
10/06/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
17/06/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 05 (GRUPO I E II – CIRURGIA BARIÁTRICA)
24/06/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 03 (GRUPO I E II - UBS)

PARTICIPEM!!!

“ESTAMOS JÁ PROGRAMANDO 2019 E PRECISAMOS DA COLABORAÇÃO DE TODOS.

QUE VENHAM AS CIRURGIAS BARIÁTRICAS EM 2019”

Anexo 4 – Calendário da equipe do SOCB/HUOP 2º semestre/2019



CALENDÁRIO DE REUNIÕES JULHO A DEZEMBRO 2019 (EQUIPE)

JULHO/2019				
01/07/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
08/07/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
15/07/2019	Segunda-feira	RECESSO		
22/07/2019	Segunda-feira	RECESSO		
29/07/2019	Segunda-feira	RECESSO		
AGOSTO/2019				
05/08/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
12/08/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 05	PÓS-OPERATÓRIO
19/08/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
26/08/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 06	(GRUPO I E II – CIRURGIA BARIÁTRICA)
SETEMBRO/2019				
02/09/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
09/09/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
16/09/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
23/09/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 04 - FINAL	(GRUPO I E II - UBS)
30/09/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
OUTUBRO/2019				
07/10/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
14/10/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
21/10/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 07	(GRUPO I E II – CIRURGIA BARIÁTRICA)
28/10/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
NOVEMBRO/2019				
04/11/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
11/11/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
18/11/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 06	PÓS-OPERATÓRIO
25/11/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
DEZEMBRO/2019				
02/12/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
09/12/2019	Segunda-feira	07:30 horas	REUNIÃO 08	(GRUPO I E II – CIRURGIA BARIÁTRICA)
16/12/2019	Segunda-feira	08:00 horas	REUNIÃO MENSAL-EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
23/12/2019	Segunda-feira	RECESSO		
30/12/2019	Segunda-feira	RECESSO		

Anexo 5 – Aprovação do Comitê de ética

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP

Pesquisador: Allan Cezar Faria Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44732515.0.0000.0107

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
hospital universitario do oeste do parana

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.180.202

Data da Relatoria: 30/07/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo e prospectivo que será realizado mediante coleta de dados de indivíduos com idade acima dos 18 anos que fazem parte de um programa multidisciplinar direcionado a pessoas que apresentam diagnóstico de obesidade. Esse Programa é realizado parte no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) e parte no Centro de Reabilitação Física (CRF) da UNIOESTE. Um dos objetivos da pesquisa é utilizar os dados coletados por essa equipe para fazer estudos de casos dos pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Implantar um serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, multidisciplinar e interdisciplinar, com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento e prevenção aos indivíduos com obesidade da região oeste do Paraná.

Objetivos Secundários:

- Atender usuários obesos do SUS em nível ambulatorial nas áreas multiprofissionais da saúde; - Realizar vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à - estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; - Realizar ações de promoção da saúde

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 1.180.202

eprevenção do sobrepeso e da obesidade com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; - Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; - Prestar apoio matricial às equipes de saúde para assistência ao indivíduo com obesidade; - Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com obesidade de acordo com as demandas encaminhadas por meio da regulação; - Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com os protocolos específicos; - Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; - Avaliar e organizar o acesso dos casos com indicação ao procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes vigentes; - Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes vigentes; - Garantir assistência terapêutica multiprofissional e interdisciplinar pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade. - Realizar atividades em grupo com os usuários do ambulatório; - Fazer estudo de caso dos usuários em atendimento; -Formar agentes multiplicadores para a prevenção da obesidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são os mesmos de outras cirurgias abdominais. Por essa razão, deve ser feita em hospital com estrutura adequada e por médicos habilitados que pratiquem os procedimentos regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Embora muito raramente, a cirurgia pode gerar complicações, como infecções, tromboembolismo (entupimento de vasos sanguíneos), deiscências (separações) de suturas, fistulas (desprendimento de grampos), obstrução intestinal, hérnia no local do corte, abscessos (infecções internas) e pneumonia. Além disso, sintomas gastrointestinais podem aparecer após a refeição. Os pacientes predispostos a esses efeitos colaterais devem observar certos cuidados, como reduzir o consumo de carboidratos, comer mais vezes ao dia – pequenas quantidades –, e evitar a ingestão de líquidos durante as refeições. A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até no mínimo por 18 meses e após anualmente.

Benefícios:

Os usuários atendidos pelo ambulatório de obesidade serão instruídos quanto a hábitos de vida saudáveis, com incentivo à prática orientada de atividade física, reeducação alimentar, assistência farmacêutica, apoio psicoterápico e social, bem como orientações sobre os diversos tipos de tratamento para obesidade, incluindo os tipos de cirurgias. Os benefícios da cirurgia bariátrica são

Endereço: UNIVERSITARIA	CEP: 85.819-110
Bairro: UNIVERSITARIO	
UF: PR	Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272	E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 1.180.202

perda de peso, remissão das doenças associadas à obesidade (como diabetes e hipertensão), diminuição do risco de mortalidade, aumento da longevidade e melhoria na qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância para a área da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os Termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As solicitações feitas foram atendidas pelo pesquisador.

CASCADEL, 11 de Agosto de 2015

Assinado por:
João Fernando Christofolletti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Anexo 6 - Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional – RIPLS

DIMENSÃO 1. TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	5	4	3	2	1
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	5	4	3	2	1
3	Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	5	4	3	2	1
4	A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	5	4	3	2	1
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	5	4	3	2	1
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	5	4	3	2	1
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	5	4	3	2	1
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	5	4	3	2	1
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	5	4	3	2	1
10	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	1	2	3	4	5
11	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso.	1	2	3	4	5
12	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	5	4	3	2	1
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	5	4	3	2	1
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	5	4	3	2	1
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 2. IDENTIDADE PROFISSIONAL

Nº	AFIRMAÇÕES	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
16	A função dos demais profissionais da saúde	1	2	3	4	5
17	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde.	1	2	3	4	5
18	Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu.	1	2	3	4	5
19	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	1	2	3	4	5
20	Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional.	1	2	3	4	5
21	Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente.	1	2	3	4	5

DIMENSÃO 3. ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE

Nº	AFIRMAÇÕES	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	5	4	3	2	1
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	5	4	3	2	1
24	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes.	5	4	3	2	1
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	5	4	3	2	1
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	5	4	3	2	1

Anexo 7 – Comprovante de submissão do artigo científico



Thais Frank <tha.cristina87@gmail.com>

[RIES] Agradecimento pela submissão

Prof. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha <ries@uniarp.edu.br>
Para: THAIS CRISTINA DA SILVA FRANK <tha.cristina87@gmail.com>

11 de maio de 2021 04:16

THAIS CRISTINA DA SILVA FRANK,

Agradecemos a submissão do trabalho "ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, BRASIL" para a revista Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/authorDashboard/submission/2611>
Login: thaisfrank

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Prof. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Uniarp <http://www.periodicosuniarp.com.br/ries>



Imprimir pra quê?

- 1º) São necessários 540 litros de água para produzir um quilo de papel.
- 2º) Para cada tonelada de papel virgem, doze árvores são derrubadas, 10.000 litros de água e 5MWh de energia são gastos.
- 3º) Para cada tonelada de papel reciclado, salvam-se 32 árvores de pinus e 3 de eucalipto.
- 4º) Para produzir 1 tonelada de papel tradicional, na cor branca, gasta-se até 100 mil litros de água.
- 5º) Uma árvore produz 20 resmas de papel, acredita-se que uma pessoa normal consuma em média 2 árvores por ano.
- 6º) Uma única árvore absorve uma tonelada de dióxido de carbono durante o tempo de vida médio de uma pessoa.
- 7º) Em média, por ano, uma família gasta em papel o equivalente ao abate de 6 árvores.
- 8º) A WWF criou um programa de computador que, ao criar um documento, você pode salvá-lo na extensão.wwf, assim ele fica bloqueado para impressão.

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP
Rua Victor Baptista Adami, 800 - Centro - Caçador/SC
Fone/Fax: (49)3561-6200 - e-mail: uniarp@uniarp.edu.br

Anexo 8 – Comprovante de submissão do artigo científico

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde Tarefas 0

Português (Brasil) Ver o Site thaisfrank

Submissões

Fila 1 Arquivos Ajuda

Minhas Submissões Designadas

Buscar Nova Submissão

2611	FRANK ANÁLISE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE OBESIDADE E CIRURGIA BARIATRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, BRASIL	Submissão	▼
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	---