

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DANIELLA ROSALY LEITE

**COMPETÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOCENTE
NA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE**

SÃO CARLOS-SP

2024

DANIELLA ROSALY LEITE

**COMPETÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOCENTE NA EDUCAÇÃO
INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Coorientadora: Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

São Carlos-SP

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Leite, Daniella Rosaly

Competências para o desenvolvimento docente na
educação interprofissional em saúde / Daniella Rosaly
Leite -- 2024.
143f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos,
campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva
Banca Examinadora: Jaqueline Alcântara Marcelino da
Silva, Marcelo Viana da Costa, Geisa Colebrusco de
Souza Gonçalves, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi,
Vivian Aline Mininel
Bibliografia

1. Competências para o desenvolvimento docente na
educação interprofissional. 2. Educação
interprofissional. I. Leite, Daniella Rosaly. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Daniella Rosaly Leite, realizada em 23/02/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva (UFSCar)

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa (UFRN)

Profa. Dra. Geisa Colebrusco de Souza Gonçalves (UNIFESP)

Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi (UFRGS)

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades, caminhos e por estar sempre ao meu lado, capacitando-me.

Agradeço à minha família, Sineide, Debora e aos meus Padrinhos, vocês são os meus pilares nesta existência.

Agradeço imensamente à Professora Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, por toda orientação, confiança e oportunidades.

À Professora Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit, por todo conhecimento compartilhado.

Aos especialistas, pelas importantíssimas contribuições realizadas para os quadros de competência.

À minha querida amiga, Dra. Maria Giovana Borges Saidel, por ser esse ser humano de luz, por acreditar e confiar em mim e por ter me apresentado à docência.

À Universidade Federal de São Carlos, pela oportunidade de inserção e desenvolvimento pessoal.

Ao Grupo de Pesquisa Gestão, Formação, Saúde e Trabalho (GFST).

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram na realização desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: A educação interprofissional (EIP) é reconhecida como uma estratégia inovadora capaz de subsidiar, por meio de seus marcos teórico-conceituais e metodológicos, as transformações necessárias na formação profissional e no trabalho em saúde. O êxito de qualquer ação educativa na EIP depende da capacidade do docente de mobilizar competências para facilitação. No entanto, o desafio reside na ausência de um conjunto de competências que fundamentem globalmente as ações para o desenvolvimento docente (DD) na EIP. **Objetivos:** O objetivo geral foi construir e validar um quadro de competências para o DD na EIP e os objetivos específicos foram mapear e sistematizar as competências para o DD na EIP. **Metodologia:** Pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados ocorreu em três etapas. A primeira etapa consistiu em uma revisão de escopo e, posteriormente, uma análise de conteúdo temática. A segunda e a terceira etapas foram coletadas por meio do método Delphi, com a participação de especialistas no tema da EIP do cenário nacional brasileiro, e analisadas conforme o consenso e o índice de validade de conteúdo (IVC). **Resultados:** Na primeira etapa, emergiram dois temas: 1. competências colaborativas e de facilitação para a EIP; 2. competências para o DD na EIP. Na segunda etapa, sete especialistas analisaram quatro competências com consenso $\geq 80\%$ com duas rodadas. Na terceira etapa, dez especialistas analisaram quatro competências organizadas em domínios, definições e ações, com consenso $\geq 80\%$ com duas rodadas. O quadro final de competências foi formado por quatro competências validadas pelos especialistas, sendo: 1. Compreensão dos aspectos sócio-histórico-culturais para a EIP e prática colaborativa interprofissional (PCI) no contexto das necessidades de saúde, dos usuários e sistemas de saúde; 2. Elaboração dos objetivos de aprendizagem e resultados esperados das propostas de EIP com a explícita intenção de desenvolvimento das competências colaborativas; 3. Sistematização dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI; 4. Aplicação dos métodos de ensino-aprendizagem e o processo avaliativo na perspectiva interativa e compartilhada para operacionalização da EIP. **Considerações finais:** O quadro de competências validado é uma ferramenta que permitirá aos facilitadores da EIP aprimorar e institucionalizar a EIP em diferentes contextos e práticas, contribuindo para o progresso das iniciativas de DD na EIP e para a implementação curricular da EIP em diferentes localidades.

Palavras-chave: docentes; competência; desenvolvimento docente; educação interprofissional em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Interprofessional education (IPE) is recognized as an innovative strategy capable of supporting, through its theoretical-conceptual and methodological frameworks, the necessary transformations in professional education and health work. The success of any educational action in IPE depends on the teacher's ability to mobilize facilitation skills. However, the challenge lies in the absence of a set of competencies that globally underpin actions for faculty development (FD) in interprofessional education. **Methodology:** Descriptive-exploratory research with a qualitative approach, whose data collection took place in three stages. The first stage consisted of a scoping review and then a thematic content analysis. The second and third stages were collected using the Delphi method, with the participation of IPE specialists from the Brazilian national scene and analyzed according to consensus and the content validity index (CVI). **Results:** In the first stage, two themes emerged: 1. Collaborative and facilitation competencies for IPE; 2. Competencies for FD in IPE. In the second stage, seven experts analyzed four competencies with consensus $\geq 80\%$ in two rounds. In the third stage, ten experts analyzed four competences organized into domains, definitions and actions, with consensus $\geq 80\%$ with two rounds. The final competency framework consisted of four competencies validated by the experts: 1. understanding of the socio-historical-cultural aspects for IPE and interprofessional collaborative practice (ICP) in the context of health needs, users, and health systems; 2. elaboration of the learning objectives and expected results of IPE proposals with the explicit intention of developing collaborative competencies; 3. systematization of the theoretical and methodological assumptions of IPE and ICP; 4. Application of teaching-learning methods and the evaluation process from an interactive and shared perspective to operationalize interprofessional education. **Final considerations:** The validated competency framework is a tool that will allow IPE facilitators to improve and institutionalize IPE in different contexts and practices, contributing to the progress of FD initiatives in IPE and to the curricular implementation of IPE in different locations.

Keywords: teachers; competence; faculty development; interprofessional health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percurso metodológico.....	33
Figura 2 – Técnica de coleta e técnica de análise dos dados - etapa 1.....	34
Figura 3 – Técnica de coleta e técnica de análise dos dados - etapa 2.....	38
Figura 4 – Método Delphi Etapa 2.....	44
Figura 5 – Técnica de coleta e técnica de análise dos dados - etapa 3.....	45
Figura 6 – Método Delphi Etapa 3.....	48
Figura 7 – Fluxograma Prisma (Page <i>et al.</i> , 2021).....	50
Figura 8 – Domínios das quatro competências validadas na etapa 3 (produto final)	76
Figura 9 – Competência 1, domínio, definição e ações.....	77
Figura 10 – Competência 2, domínio, definição e ações.....	79
Figura 11 – Competência 3, domínio, definição e ações.....	81
Figura 12 – Competência 4, domínio, definição e ações.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Expressões de busca nas bases de dados etapa 1	36
Quadro 2 – Expressões de busca para literatura cinzenta etapa 1	37
Quadro 3 – Orientação para avaliação dos critérios de clareza e pertinência de cada item - rodadas I e II (etapa 2)	42
Quadro 4 – Caracterização dos especialistas membros do painel Delphi rodadas I e II (etapa 2).....	43
Quadro 5 – Caracterização dos estudos segundo autor, ano de publicação, país, abordagem do estudo, população e contexto. São Paulo, Brasil, 2024.	51
Quadro 6 – Competências para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde. São Paulo, Brasil, 2024.	53
Quadro 7 – Sugestões dos juízes rodada I (Etapa 2).....	62
Quadro 8 – Primeira versão do quadro de competências reestruturado da rodada II submetido à análise dos juízes (Etapa 2).....	63
Quadro 9 – Sugestões dos juízes na rodada II (Etapa 2).....	65
Quadro 10 – Quadro de competências para o DD na EIP em saúde rodada I (Etapa 3).....	67
Quadro 11 – Sugestões dos juízes na rodada I (Etapa 3).....	71
Quadro 12 – Quadro de competências para DD na EIP em saúde rodada II (Etapa 3)	72
Quadro 13 – Sugestões dos Juízes na rodada II (Etapa 3).....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Consenso dos juízes quanto ao quadro de competências estruturado para rodada I	62
Tabela 2 – Consenso dos juízes quanto ao quadro de competências estruturado para a rodada II	64
Tabela 3 – Índice de validação de conteúdo de cada item (I-IVC) da primeira versão do quadro de competências rodada II (Etapa 2)	65
Tabela 4 – Consenso dos juízes quanto ao quadro de competências estruturado para rodada I (Etapa 3)	70
Tabela 5 – Consenso dos juízes quanto ao quadro de competências estruturado para a rodada II (Etapa 3)	74
Tabela 6 – Índice de validação de conteúdo de cada item (I-IVC) da segunda versão do quadro de competências rodada II (Etapa 3)	74

LISTA DE ABREVIATURAS

CIHC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
CIETIS	Colóquio Internacional de Educação Interprofissional em Saúde
CINAEM	Comissão Interministerial Nacional de Escolas Médicas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DD	Desenvolvimento Docente
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GFST	Gestão, Formação, Saúde e Trabalho
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IPEC	<i>Interprofessional Education Collaborative Expert Panel</i>
JBÍ	<i>Joanna Briggs Institute</i>
LDB	Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOSM	<i>Northern Ontario School of Medicine</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCI	Prática Colaborativa Interprofissional
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROMED	Programa Nacional e Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
ReBETIS	Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em

Saúde

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNI	Uma Nova Iniciativa para formação dos profissionais de saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	15
2	INTRODUÇÃO	17
2.1	JUSTIFICATIVA	23
2.2	OBJETIVOS	24
2.2.1	Objetivo Geral	24
2.2.2	Objetivos Específicos	24
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1	DESENVOLVIMENTO DOCENTE NA PERSPECTIVA DA EIP	25
3.1.1	Conceito de competência	27
4	PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1	ETAPA 1: MAPEAR AS COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE	34
4.1.1	Revisão de Escopo.....	34
4.2	ETAPA 2: CONSTRUIR E VALIDAR A PRIMEIRA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE	38
4.2.1	População	39
4.2.2	Procedimentos Éticos	39
4.2.3	Métodos.....	40
4.3	CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS MEMBROS DO PAINEL DELPHI - RODADAS I E II (ETAPA 2)	42
4.3.1	Análise de Dados.....	43
4.4	ETAPA 3: CONSTRUIR E VALIDAR A SEGUNDA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE	44
4.4.1	Participantes e Procedimentos Éticos.....	45
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	47
5	RESULTADOS	49
5.1	ETAPA 1: MAPEAR AS COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE	49
5.2	ETAPA 2: CONSTRUIR E VALIDAR A PRIMEIRA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE	61
5.2.1	Rodada I (Etapa 2)	61

5.3	PRODUTO FINAL DA SEGUNDA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE (ETAPA 3)	75
6	DISCUSSÃO	83
6.1	DISCUSSÃO DA REVISÃO DE ESCOPO (ETAPA 1)	83
6.1.1	Discussão da Primeira e Segunda Versão dos Quadros de Competências para o DD na EIP em Saúde (Etapa 2 e Etapa 3)	87
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICES.....	109
	ANEXOS.....	140

1 APRESENTAÇÃO

Em 2018, tive a oportunidade de me familiarizar com a educação interprofissional por meio de uma disciplina de doutorado que cursei como aluna especial. Acredito que a educação tem um impacto significativo na vida das pessoas, portanto, confesso que, em primeiro lugar, o nome da disciplina foi um estímulo para despertar a curiosidade. Ao pesquisar sobre a educação interprofissional, evidenciei estar diante de um conhecimento inovador até então desconhecido por mim. Por isso, optei por cursar a disciplina visando aprimorar minha compreensão sobre a interprofissionalidade.

Nesse período, lecionava em um Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior privada do estado de São Paulo, e os tópicos abordados na disciplina de educação interprofissional me fizeram refletir sobre minha prática docente. Posso dizer que foi o início de uma mudança de crenças preestabelecidas na minha vida profissional.

Durante o semestre em que cursei a disciplina, acompanhei os estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem nos cenários de prática da Unidade de Terapia Intensiva Adulto e nas Enfermarias. Comecei a observar a repetição de ações e intervenções executadas pelos estudantes dos cursos de saúde em um hospital-escola. A repetição de ações e intervenções claramente causava desconforto aos usuários, além de uma gestão inadequada das ações de aprendizagem nos cenários de prática. Em um dia de supervisão na enfermaria, notei que os estudantes, orientados pelos docentes, e me incluo nessa ação, repetiram o exame físico no mesmo usuário quatro vezes em um plantão de seis horas. Também observei que quase não havia comunicação verbal e/ou escrita entre os docentes dos cursos, estudantes e membros da equipe de plantão, o que deixava o usuário mais vulnerável a erros. Durante os dias em que ministrava aulas teóricas em dois cursos de Ciências da Saúde, notei que, no plano de ensino, nenhum dos objetivos de aprendizagem estava direcionado para o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, a colaboração e a prática colaborativa interprofissional.

Essas reflexões me levaram a identificar situações em que a prática colaborativa poderia aprimorar a prestação de cuidados aos usuários, famílias e comunidades, bem como potencializar o gerenciamento de recursos humanos e financeiros.

Evidenciei diferentes oportunidades desperdiçadas para o desenvolvimento das competências colaborativas interprofissionais. Contudo, primeiramente, eu precisava estudar, aprender e pesquisar mais sobre a educação interprofissional e a prática colaborativa a fim de adequar e aprimorar minha prática docente.

Diante dessas reflexões, despertou-se meu interesse em investigar as competências fundamentais para o desenvolvimento do corpo docente sob a perspectiva da educação interprofissional em saúde, o que resultou na presente tese.

2 INTRODUÇÃO

O cenário atual da saúde apresenta desafios, como a fragmentação dos sistemas de saúde, a ineficiência no gerenciamento das demandas de saúde (OMS, 2010), a escassez de profissionais de saúde (OMS, 2010; OPAS, 2017; WHO, 2016) e o adoecimento da força de trabalho por *Burnout*, associado às consequências da pandemia por Covid-19 (Khalili *et al.*, 2021). Todas essas demandas reforçam o reconhecimento de que somente um profissional não consegue atender às necessidades de saúde em suas dinâmicas e complexas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença (Barr; Low, 2013; Peduzzi; Leonello; Ciampone, 2022). No entanto, uma pesquisa relevante conduzida em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciou que as matrizes curriculares para os cursos de graduação em saúde no mundo apresentam uma grande disparidade frente às necessidades reais de saúde dos usuários (Frenk *et al.*, 2010).

Os referidos desajustes estão relacionados aos currículos fragmentados, desatualizados, hegemônicos e estáticos, com foco em saberes técnicos e curativos em detrimento da promoção e prevenção de problemas à saúde. Tais fatores tornam os profissionais da saúde despreparados para o trabalho em equipe, de forma integrada e colaborativa, além de favorecer o tribalismo¹ das profissões, o individualismo e o desequilíbrio entre a assistência prestada e as reais necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades. Nesse panorama, é essencial que ocorra uma reformulação da formação em saúde como resposta às necessidades de reorientação dos modelos educacionais e fortalecimento dos serviços de saúde (Frenk *et al.*, 2010).

Frente às necessidades de reorientação da formação e do trabalho em saúde, as organizações internacionais de saúde aumentaram o seu compromisso com a educação interprofissional (EIP), bem como recomendaram o investimento em produções científicas e iniciativas na área da interprofissionalidade (OMS, 2010;

¹ O tribalismo pode ser definido como a tendência de cada profissão atuar de maneira independente, seja em serviços de saúde ou no processo de formação. Os profissionais da mesma área tendem a concordar e demonstrar favoritismo entre si, enquanto indivíduos de áreas diferentes são frequentemente julgados de maneira menos favorável (Frenk *et al.*, 2010).

OPAS, 2017).

A EIP é considerada uma estratégia inovadora capaz de subsidiar as transformações necessárias na formação e no trabalho em saúde por meio de seus marcos teórico-conceituais e metodológicos (OPAS, 2017; Revees, 2016a), para proporcionar o trabalho em equipe efetivo pautado na interação, integração e colaboração (OMS, 2010; Peduzzi; Agreli, 2018; Peduzzi; Leonello; Ciampone, 2022). Um importante documento publicado em 2010 pela OMS intitulado “Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa” definiu a EIP como ocasiões em que estudantes de duas ou mais profissões aprendem entre si, sobre os outros e com os outros, a fim de promover a colaboração eficaz e melhorar os resultados em saúde (OMS, 2010). A prática colaborativa interprofissional (PCI) ocorre quando profissionais de diferentes profissões prestam assistência à saúde integradamente e com alta qualidade nos diversos âmbitos que intercorrem a prestação dos cuidados aos usuários, famílias e comunidades (Khalili *et al.*, 2019; OPAS, 2017).

No Brasil, o debate e as práticas que subsidiam a EIP são recentes (Costa *et al.*, 2014). Entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui princípios como a universalidade do acesso, integralidade, equidade, e a diretriz da participação social que estão alinhados com a concepção e a proposta da EIP. Esses princípios evidenciam a relevância do trabalho em equipe e favorecem a ampliação e o fortalecimento da EIP no país (Câmara *et al.*, 2016).

As preocupações relacionadas à força de trabalho em saúde estiveram presentes no cenário político desde a concepção do SUS (Dias; Lima; Teixeira, 2013; Freire Filho; Silva, 2017). A necessidade de mudanças nos currículos de graduação em saúde foi pauta da 8ª Conferência Nacional em Saúde e da I Conferência de Recursos Humanos para Saúde, em 1986, bem como em projetos que antecederam as políticas de reorientação da formação profissional em saúde (Dias; Lima; Teixeira, 2013). Apesar das políticas apresentadas não preverem a inserção da EIP, é perceptível que as iniciativas implementadas objetivaram alinhar a educação em saúde com a realidade dos serviços de saúde (Freire Filho; Silva, 2017).

Em 1981, foi criado o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) que objetivou inserir os estudantes de enfermagem e medicina na prática de trabalho das unidades básicas, assim como fortalecer o alinhamento entre a área acadêmica e os serviços de saúde. O IDA apresentou baixa adesão do corpo docente e limitadas repercussões nos currículos. Diante do exposto, no início dos anos 1990, foi instituído

o projeto Uma Nova Iniciativa para formação dos profissionais da saúde (UNI), que buscou intervir na dicotomia entre a área acadêmica e os serviços de saúde e também visou uma formação na ótica da multiprofissionalidade (Costa *et al.*, 2018; Dias; Lima; Teixeira, 2013).

No início dos anos 2000, ocorreu a elaboração da Comissão Interministerial Nacional de Escolas Médicas (CINAEM) que tinha suas ações direcionadas para mudanças nos cursos de graduação em Medicina em virtude dos projetos implantados anteriormente (Dias; Lima; Teixeira, 2013). Em 2002, o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) foi uma política relevante para a discussão da formação de médicos conforme os princípios do SUS, incentivando a reformulação curricular e a oferta de atividades de formação em hospitais universitários e serviços de atenção básica à saúde. O PROMED foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e a OPAS, além da colaboração com a Associação Brasileira de Educação Médica e a Rede Unida (Costa *et al.*, 2018; Dias; Lima; Teixeira, 2013).

As políticas de reorientação da formação profissional em saúde, ganharam visibilidade e relevância quando o MS instituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) no ano de 2003, permitindo a institucionalização da política de educação na saúde, com foco na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da atenção básica e na integração das instituições de ensino superior (IES), serviços de saúde e comunidade, para fortalecer o SUS (Freire Filho; Silva, 2017).

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), criada em 2004 é uma política de destaque para formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS. A PNEPS fortaleceu aspectos centrais para o desenvolvimento de ações formativas para os trabalhadores e profissionais da saúde por meio da integração entre as categorias profissionais, com ênfase no trabalho em equipe, tendo o SUS como espaço privilegiado para o aprendizado (Freire Filho; Silva, 2017).

Em 2005, foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I), que teve como objetivo a reorientação profissional em saúde, com foco no aperfeiçoamento institucional das graduações da área da saúde, permitindo maior articulação com os serviços de saúde e adequação estrutural para o ensino (Costa *et al.*, 2018; Dias; Lima; Teixeira, 2013; Freire Filho; Silva, 2017).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído em 2007, tem como base os progressos alcançados pelo Pró-Saúde. A coordenação das ações do MS e do MEC, por sua vez, focou na valorização do trabalho em saúde como um espaço de formação, com a inclusão de estudantes acompanhados de tutores para que possam vivenciar a realidade dos serviços de saúde. Estabeleceu a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; grupos tutoriais de aprendizagem, fortalecendo a integração entre ensino-serviço-comunidade (Costa *et al.*, 2018; Dias; Lima; Teixeira, 2013; Freire Filho; Silva, 2017). O PET-Saúde foi o mais bem-sucedido em fomentar a conscientização sobre as limitações no trabalho em equipe. Também em 2013, o termo interprofissionalidade foi introduzido devido à ampliação do debate sobre a interprofissionalidade no cenário brasileiro (OPAS, 2017).

Nesse cenário das políticas de reorientação da formação apresentada e a inserção da diretriz política da interprofissionalidade em 2013, dois eventos foram organizados para incentivar o diálogo e o pensamento crítico, visando aprimorar as discussões e contribuir para as reflexões das iniciativas em EIP no país. O primeiro evento foi o I Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Natal, nos dias 12 e 13 de julho de 2015, que teve a participação do professor Scott Reeves (OPAS, 2017). Durante o I Colóquio, foram examinados quatro temas principais: 1. A EIP e a PCI como estratégia para a promoção da igualdade no país; 2. Inclusão da EIP nas políticas de redirecionamento da formação dos profissionais de saúde; 3. A necessidade de pesquisas sobre a EIP e a PCI visando demonstrar seu impacto na qualidade da formação e na atenção à saúde; 4. Reflexões sobre as iniciativas de EIP no Brasil (Câmara *et al.*, 2016).

Perante a seleção dos tópicos principais, foram definidas as ações de fortalecimento da EIP: 1. Elaborar núcleos regionais e locais para mobilizar o apoio das universidades para implementar ações sob a perspectiva da EIP; 2. Manter as políticas indutoras articuladas entre o MEC e o MS; 3. Construir uma rede colaborativa em educação e trabalho interprofissional; 4. Dialogar e colaborar com comunidades internacionais de EIP; 5. Desenvolver pesquisas no âmbito nacional para a produção de evidências científicas sobre o impacto da EIP na formação e no trabalho em saúde (Câmara *et al.*, 2016).

O segundo evento foi o II Colóquio Internacional da Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde, em dezembro de 2016, na cidade de Santos, que teve a

participação do professor Andreas Xyrichis. Nesse evento, ocorreu a operacionalização da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS). Os membros da ReBETIS são pesquisadores, docentes e estudantes que têm o intuito de coordenar, comunicar e divulgar dados sobre a EIP, bem como prover uma estrutura para pesquisas, bolsas de estudos e treinamento em EIP (OPAS, 2017).

A base da ReBETIS consiste em estudos multicêntricos, apoio metodológico a projetos, publicações, interação com entidades de classe de profissionais, coordenação com as secretarias de saúde e educação, gestão de iniciativas e projetos, organização de eventos, parcerias internacionais e divulgação científica em periódicos e nas mídias sociais (OPAS, 2017). Dentre todos os eventos organizados pela ReBETIS, o Colóquio Internacional de Educação Interprofissional em Saúde (CIETIS), que está em sua VI edição, é o evento que mais tem impacto na interprofissionalidade no Brasil (CIETIS, 2023).

É relevante salientar a contribuição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) instituídas pelo MEC e pelo MS para 14 cursos das profissões de saúde, de modo a favorecer uma formação que qualifique o cuidado da assistência à saúde, com base nos princípios do SUS (Costa *et al.*, 2018). Dessa maneira, em 2014, as DCNs dos cursos de medicina no Brasil destacaram a EIP como uma estratégia inovadora para redirecionar a formação desses profissionais. A iniciativa relevante do curso de graduação em medicina incentivou outros cursos da área da saúde a considerar a incorporação da EIP em suas diretrizes (BRASIL, 2014; OPAS, 2017). As DCNs dos cursos de graduação em fisioterapia em 2017 incluíram o trabalho em equipe interprofissional colaborativo (BRASIL, 2017). Em 2021, as DCNs do curso de graduação em odontologia incluíram o trabalho em equipe interprofissional (BRASIL, 2021). Já as DCNs dos cursos de graduação em enfermagem, que estão em processo de aprovação em 2024, incluíram a EIP para formação coerente com o SUS (COFEN, 2024).

Frente à trajetória de políticas para a reorientação da formação e a crescente expansão da EIP no mundo, é de suma importância preparar os docentes para lidar com os desafios dessa inovação educacional (Bashatah *et al.*, 2020; Leslie; Zierler, 2015; OPAS, 2017). Os docentes estão sendo requisitados para exercer liderança, facilitar e elaborar currículos sob a perspectiva da EIP, mas afirmam não se sentirem preparados para assumir esses papéis e responsabilidades (Cimino *et al.*, 2022;

Leslie; Zierler, 2015). Os docentes dos cursos de Ciências da Saúde não tiveram muita experiência com atividades de aprendizagem e práticas interprofissionais em seu processo de formação profissional específico e/ou docente (Berghout, 2021; Leslie; Zierler, 2015; OPAS; 2017), corroborando a necessidade de ações para o desenvolvimento docente (DD) sob a perspectiva da EIP. No entanto, o desafio reside na ausência de um conjunto de competências que fundamentem globalmente as ações para o DD na EIP (Paignon *et al.*, 2022).

Sendo assim, o DD na EIP e o apoio institucional são fundamentais para formar profissionais de saúde sob a perspectiva da EIP (Berghout, 2021; Leslie; Zierler, 2015; Paignon *et al.*, 2022; Reeves *et al.*, 2016b; Silva *et al.*, 2022; Thistlethwaite; Vlasses, 2021). Portanto, é importante que as IES assumam a responsabilidade de incentivar e promover as iniciativas de DD na EIP (Cimino *et al.*, 2022). Além disso, é essencial que as IES apoiem a criação de espaços para debater a excelência da educação, bem como suas implicações no processo de formação profissional (Steinert, 2014, 2019).

Este estudo considera todos os possíveis educadores que atuam na formação dos profissionais de saúde, como professores, tutores, supervisores/preceptores de cenários clínicos, trabalhadores da saúde e facilitadores dos processos educativos como membros do corpo docente.

As inquietações que perpassam por essas discussões acerca do DD na EIP em saúde e da reorientação da formação profissional, frente às constantes mudanças em um cenário cada vez mais complexo da assistência, despertaram o interesse em construir e validar um quadro de competências para o DD na perspectiva da EIP em saúde para responder à seguinte questão:

“Quais são as competências esperadas para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde?”.

2.1 JUSTIFICATIVA

A presente tese tem como foco a lacuna evidenciada na literatura acerca do DD na EIP. Estudos sinalizaram a relevância e a necessidade para o desenvolvimento de pesquisas com a temática do DD em EIP, uma vez que um dos pontos-chave para uma intervenção de EIP ser bem-sucedida está diretamente relacionada à capacidade dos docentes de mobilizarem competências para a facilitação em EIP (Cimino *et al.*, 2022; Khalili *et al.*, 2019; Leslie; Zierler, 2015; Reeves *et al.*, 2016b; Thistlethwaite; Vlasses, 2021).

A identificação de competências necessárias para o DD no contexto da EIP é fundamental para o fortalecimento desse movimento formativo (Paignon *et al.*, 2022), pois apoiará as ações voltadas ao preparo de docentes na interprofissionalidade. Ressalta-se o ineditismo desta tese voltada à construção e validação de um quadro de competências para o DD na perspectiva da EIP em saúde, cujo modelo poderá ser replicado em outros cenários.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

Construir e validar as competências para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as competências para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde.
- Sistematizar as competências para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, apresentamos os referenciais teóricos adotados para a fundamentação da presente tese.

3.1 DESENVOLVIMENTO DOCENTE NA PERSPECTIVA DA EIP

Estudos internacionais evidenciam a carência e a falta de pesquisas relacionadas ao DD sob a ótica da EIP para o progresso da interprofissionalidade (Bashatah *et al.*, 2020; Berghout, 2021; Cimino *et al.*, 2022; OPAS, 2017; Reeves *et al.*, 2016b, Thistlethwaite; Vlasses, 2021). Assim, para que novos currículos em EIP sejam planejados, implementados e avaliados, os membros do corpo docente precisam desenvolver novas competências sob a perspectiva da EIP (Anderson; Cox; Thorpe, 2009; Berghout, 2021; Botma, 2019; Cimino *et al.*, 2022; Guraya; Chen, 2017; Khalili *et al.*, 2019).

No século XXI, a atividade docente implicava em lidar com as inovações educacionais para as quais os docentes não foram capacitados, reforçando a necessidade de investir em DD para a EIP a fim de refletir, desenvolver e aprimorar competências (OPAS, 2017). O DD tem sido objeto de propostas educacionais que valorizam uma formação não mais centrada na racionalidade técnica, mas sim em uma perspectiva que valorize a capacidade do docente de decidir e confrontar suas ações diárias com as produções teóricas (Pimenta; Anastasiou, 2014).

O termo DD está presente na literatura com diferentes definições que se relacionam às influências culturais e aos idiomas. Portanto, ao escolher uma definição, é relevante compreender seu significado em cada idioma e os desdobramentos em cada contexto cultural (Steinert, 2014).

Dentre as definições encontradas na literatura, podemos citar o termo em holandês *professionalisering*, ou seja, a profissionalização do ensino, considerado limitado por sua ênfase no ensino com a exclusão de outros papéis e responsabilidades do ser docente. Por sua vez, a expressão francesa *formation professorale* é considerada mais inclusiva, pois se refere à formação do docente e traz destaque ao desenvolvimento individual e organizacional (Steinert, 2014).

Nesta tese, adotaremos o conceito apresentado por Steinert (2014) como base para a fundamentação da pesquisa. A autora define o DD como todas as atividades

que os profissionais de saúde desenvolvem para aprimorar suas competências como ser docente, tanto em ambientes individuais quanto em grupos.

Apesar de o termo docente ser usado para os professores, eles não são os únicos profissionais da educação que devem ser incentivados a participar das iniciativas de DD para se aperfeiçoarem. Dessa forma, todos os profissionais que trabalham no ensino e na educação dos estudantes devem participar das iniciativas de DD. A presente definição visa a inclusão de todos os profissionais de saúde que atuam em diferentes ambientes e contribuem para o ensino (Steinert, 2014).

O propósito do DD é amplo e envolve o desenvolvimento dos participantes para apoiar suas atividades como docentes e na posição institucional. Esses objetivos do DD podem proporcionar aos profissionais da educação competências em relação ao ensino-aprendizagem, liderança, administração, planejamento, elaboração, implementação e atividades de avaliação (Steinert, 2014). Ademais, as atividades de DD permitem mudanças ou reforçam os comportamentos sobre os papéis e responsabilidades do corpo docente. A estrutura conceitual favorece uma diminuição significativa das atividades docentes realizadas intuitivamente, associadas ao desconhecimento dos saberes didático-pedagógicos (Steinert, 2014).

Em termos mais amplos, as iniciativas de DD devem focar em todos os complexos papéis desempenhados pelo corpo docente e não apenas se limitar a competências ligadas ao ensino. O DD está ligado às novas prioridades e inovações educacionais que surgem, como o ensino e a aprendizagem do profissionalismo, a consciência cultural, a educação e as práticas interprofissionais (Steinert, 2014).

Essas questões evidenciam a relevância de ações de DD em EIP, a fim de mudar o modelo educacional uniprofissional, ainda dominante, para um modelo de ensino-aprendizagem interprofissional, visando melhorar a assistência aos usuários, famílias e comunidades frente às demandas de saúde. Nesse contexto, o objetivo é fortalecer os serviços de saúde para atender eficientemente às necessidades de saúde, respeitando a integralidade, a centralidade no usuário, família e comunidade (Ferla; Toassi, 2017).

Os programas de DD em EIP são desenvolvidos mediante as iniciativas que reúnem profissionais de diferentes áreas para trabalharem juntos e elaborarem currículos que identifiquem e aproveitem as oportunidades para modelar a aprendizagem interprofissional. As iniciativas de DD em EIP, quando bem planejadas e implementadas, podem melhorar as atividades de ensino, aprendizagem e pesquisa

nas universidades e ambientes de prática relacionados. É crucial estabelecer parcerias com as diferentes partes interessadas, como preceptores, profissionais da saúde, estudantes e colegas de instituições externas (Anderson *et al.*, 2014). Além disso, possibilitam a compreensão dos papéis, responsabilidades e valores dos outros profissionais, ajudam na adaptação e na ampliação de competências para o ensino interprofissional e para a prática colaborativa, bem como permitem experimentar e compreender os processos de ensino-aprendizagem da prática interprofissional (Anderson *et al.*, 2014).

Estudo prévio revelou que, para alcançar a colaboração e o compartilhamento entre os docentes, foram necessários a identificação de valores compartilhados, planejamento conjunto, investimento de tempo e empenho para criar a confiança e responsabilidade na equipe interprofissional (Leslie; Zierler, 2015). Portanto, para que as iniciativas de DD em EIP sejam eficientes, deve-se investir em colaboração, tomada de decisão compartilhada e consideração pelas contribuições de cada profissão (Anderson *et al.*, 2014; Ratka; Zorek; Meyer, 2017).

Dessa forma, novas competências devem ser desenvolvidas nas iniciativas de DD com foco na EIP, para contemplar o novo modelo pedagógico.

Com base no exposto, na próxima seção será apresentado o conceito de competência.

3.1.1 Conceito de Competência

O percurso das transformações históricas, sociais, culturais, econômicas, políticas e trabalhistas foi crucial para uma compreensão mais aprofundada e aprimorada da competência. As mudanças no sistema capitalista e as modificações nos métodos de fabricação dos produtos (Souza; Bahia; Vitorino, 2020; Zarifian, 2001, 2003) resultaram em novas formas de organização do trabalho e, consequentemente, em novos perfis profissionais (Araújo; Almeida, 2016; Zarifian, 2001, 2003).

Essas alterações foram o início para o abandono da mão de obra sob a perspectiva taylorista, que priorizava as habilidades físicas (destreza física e agilidade na execução de tarefas) em detrimento das capacidades intelectuais dos trabalhadores (Zarifian, 2001, 2003).

A partir desse cenário, ocorreu a urgência de compreender quais competências seriam necessárias para o reposicionamento da atividade humana. De acordo com

Zarifian (2001), o trabalho tornou-se uma extensão direta das competências que o trabalhador deve desenvolver em função de uma situação profissional cada vez mais variável, imprevisível e complexa.

Nesse cenário de construção e evolução, a ideia de competência se expandiu, pautada nas mudanças e imprevisibilidades nos diversos setores da sociedade. O conceito de competência gradualmente constitui-se como um conjunto de atributos, tais como capacidades, aptidões e expertises relevantes para determinadas atividades profissionais. Assim, autores desvincularam o conceito de perspectivas negativas, que limitavam o conceito apenas a especialidades de alto nível para atender às necessidades do mercado de trabalho (Araújo; Almeida, 2016).

Como resultado, o termo se tornou mais flexível e tem uma aplicação consistente em outros campos, principalmente na área educacional. A proximidade do termo competência com as práticas docentes não é uma questão recente, sobretudo na elaboração de currículos para a formação profissional (Bastos; Boscaroli, 2021). Logo, a competência tem origem na relação capital-trabalho-educação, aproximando-se do conceito de saber tácito, conhecimentos difundidos e vivências laborais que se diferem a partir das diferentes oportunidades e subjetividades dos trabalhadores (Kuenzer, 2001). Ou seja, é necessário evitar o achatamento do termo e desenvolver a agregação de competências para o trabalho.

Dessa forma, a ideia de competência, que se destacou na literatura francesa a partir dos anos 1990, está ligada aos desdobramentos da obra intitulada “Objetivo Competência: Por Uma Nova Lógica”, do sociólogo Philippe Zarifian, que tem como objetivos centrais a compreensão, disseminação e aplicação do modelo de competências (Souza; Bahia; Vitorino, 2020).

Zarifian (2001) justifica a premência do modelo de competências para a gestão das organizações a partir de três mutações que ocorreram no mundo do trabalho: 1. A noção de incidente/evento, aquilo que ocorre de forma imprevisível, por alterar a rotina normal do sistema de produção; surge a fundamentação à noção da gestão do trabalho, uma vez que envolve a mobilização de competências dos trabalhadores para solucionar novos desafios inerentes aos eventos imprevistos; 2. A noção de comunicação demanda a compreensão de si e dos outros trabalhadores a fim de compartilharem normas organizacionais e objetivos; 3. A noção de serviços, compreensão de atendimento aos clientes externos e internos à organização centralmente presente em todas as atividades exercidas pelo trabalhador.

Com base nas mutações que ocorreram no âmbito laboral em relação aos conceitos de evento, comunicação e serviço explicitados acima, o autor apresenta algumas características de competências abrangentes e correlacionadas com as diferentes dimensões. A competência é a ação de tomar iniciativa e assumir responsabilidades frente aos eventos/imprevistos gerados no âmbito do trabalho. Essa primeira característica destaca as mudanças na organização do trabalho que favorecem a autonomia e a automobilização do indivíduo (Zarifian, 2001).

A segunda característica de competências é a compreensão prática em ocasiões que se pautem em conhecimentos adquiridos e que se modifiquem enquanto aumenta a complexidade das situações de trabalho. Tal característica enfatiza o processo de aprendizagem basilar no procedimento da competência (Zarifian, 2001). A terceira definição é a capacidade de mobilizar redes de indivíduos em torno das mesmas situações, é a capacidade de fazer com que esses indivíduos compartilhem as repercussões de suas decisões e fazê-los assumir áreas de corresponsabilidade. O autor relata que as situações de trabalho mais complexas ultrapassam a competência de um só indivíduo, sendo necessário assumir a responsabilidade de forma transversal, coletiva, compartilhada e as implicações das ações frente às atividades profissionais (Zarifian, 2001).

Para Zarifian (2003), autonomia é um aspecto inevitável do desenvolvimento da competência. A autonomia é a independência de escolher se irá tomar uma iniciativa ou não dentro da sua responsabilidade profissional. A iniciativa é a competência em si, é ação que requer mobilização dos conhecimentos, habilidades e atitudes que transpõem o saber técnico operacional e os automatismos comuns que ocorrem no posto de trabalho sob a égide do taylorismo.

A responsabilidade é a contrapartida da autonomia e da descentralização das tomadas de decisão. A responsabilidade está, na maioria das vezes, vinculada aos objetivos de desempenho como prazos, qualidade, confiabilidade e satisfação do cliente. As relações de responsabilidade significam que as coisas dependem de nós, e essa responsabilidade torna-se fundamental enquanto cuidamos de outros seres humanos (Zarifian, 2001, 2003).

A comunicação é uma compreensão recíproca sobre os problemas (eventos) e as obrigações dos membros da sua equipe e de equipes de trabalho de formações diferentes. Comunicar-se é a construção de um elo para entender a interdependência e a complementariedade a fim de obter o sucesso das ações desenvolvidas em

conjunto (Zarifian, 2001, 2003).

3.1.1.1 Competências Colaborativas Interprofissionais

A literatura específica da EIP apresenta diferentes estruturas ou quadros de capacidades/competências interprofissionais. Dentre elas, destacamos a estrutura de capacidades interprofissionais do Reino Unido em 2004, a estrutura nacional de competências interprofissionais do Canadá em 2010, as competências essenciais para a prática colaborativa interprofissional dos Estados Unidos em 2011 e a estrutura de capacidades interprofissionais da Austrália em 2011 (Thistlethwaite *et al.*, 2014).

Todas as estruturas ou quadros resultam da dedicação dos pesquisadores da interprofissionalidade em revisitar a literatura existente para desenvolver e aprimorar as competências interprofissionais. Tal dedicação visa fornecer suporte aos diversos cenários de saúde em que ocorrem as diferentes formas de trabalho interprofissional, além de fomentar competências para aperfeiçoar a formação dos estudantes dos cursos de Ciências da Saúde. Vale ressaltar que as competências essenciais para a prática colaborativa interprofissional foram atualizadas em 2016 e 2023, e a estrutura nacional de competência interprofissional canadense está em fase de atualização.

Diante da variedade de estruturas e quadros de capacidades/competências interprofissionais apresentados, torna-se crucial selecionar um modelo de competências interprofissionais para auxiliar nas próximas etapas desta tese. Assim sendo, escolhemos, nesta tese, utilizar a estrutura nacional de competências interprofissionais canadense.

A estrutura é composta por dois domínios de competências centrais e quatro domínios de competências que operam a partir dos centrais, sendo: 1. Cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades; 2. Comunicação interprofissional; 3. Clareza dos papéis profissionais; 4. Dinâmica do trabalho em equipe; 5. Resolução de conflitos interprofissionais; 6. Liderança Colaborativa (CIHC, 2010). A diferença do quadro de competências canadenses está nos dois domínios de competências centrais, que permitem a operacionalização dos outros quatro domínios de competências. Os domínios centrais – cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades e comunicação interprofissional – são os pilares dos outros domínios, os quais são relevantes para as diferentes formas de trabalho interprofissional (CIHC, 2010).

O cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades é um modelo de atenção cujo objetivo é romper os paradigmas que ainda permanecem do modelo biomédico e superar a fragmentação do cuidado (Zhao *et al.*, 2016). O cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades é uma parceria entre a equipe de saúde e o usuário/família que participam ativamente dos seus cuidados, têm acesso às competências dos membros da equipe para chegar a um consenso sobre seu plano de cuidado compartilhado (CIHC, 2010), favorecendo a adesão do usuário ao tratamento.

A comunicação interprofissional é uma competência indispensável para todos os estudantes e/ou profissionais de saúde, que devem saber se comunicar com os outros membros da equipe, com os usuários, famílias e comunidades de forma eficaz, colaborativa, receptiva e responsável. Em um ambiente interprofissional, a comunicação é evidenciada por meio da escuta ativa e outras formas não verbalizadas, e verbalmente por meio de consultas, conversas ou discussões. A comunicação deve ser respeitosa e transparente com todos os envolvidos, incluindo usuários, famílias e comunidade, assim como com os outros integrantes da equipe (CIHC, 2010).

O domínio clareza de papéis ocorre quando estudantes e/ou profissionais compreendem seus próprios papéis e responsabilidades, assim como os dos outros profissionais, com o intuito explícito de aplicar essas competências para alcançar os objetivos estabelecidos aos usuários, famílias e comunidades. Para que essa clarificação de papéis seja possível, é necessária uma articulação entre os estudantes e/ou profissionais, mediante o domínio da comunicação interprofissional. No que tange ao domínio dinâmica do trabalho em equipe, o cerne é a segurança e a eficácia das relações, bem como a inclusão e o respeito aos usuários, famílias e comunidade. É essencial que o estudante e/ou profissional compreendam a dinâmica do trabalho em equipe para permitir a colaboração eficaz entre os profissionais (CIHC, 2010).

A resolução de conflitos interprofissionais ocorre quando os estudantes e/ou profissionais se envolvem de forma ativa com os outros profissionais, incluindo usuários, famílias e comunidade, abordando de forma positiva e construtiva as divergências surgidas ao longo da interação. A base do domínio da liderança colaborativa é a tomada de decisões compartilhadas. Entretanto, também implica na responsabilidade individual pelas próprias ações no âmbito profissional e disciplinar da sua prática profissional (CIHC, 2010).

Dado o exposto, torna-se relevante estabelecer algumas correlações entre as competências colaborativas interprofissionais e o modelo de competência do autor Zarifian, apresentado na seção anterior.

Zarifian (2001, 2023) considera que a comunicação é indispensável para os processos de trabalho em grupo, para a compreensão dos problemas de trabalho que estão cada vez mais complexos e para o conhecimento dos papéis dos membros da sua equipe, bem como das outras equipes de trabalho com formações diferentes. A CIHC (2010) também enfatiza a importância do domínio da comunicação nas diferentes formas de trabalho interprofissional. De acordo com Zarifian (2001, 2003), é imprescindível assumir a responsabilidade coletiva e compartilhada, além de considerar as consequências das ações em relação às atividades profissionais. Essas afirmações estão em concordância com os princípios teóricos da EIP.

Segundo Zarifian (2001, 2003), as circunstâncias complexas do trabalho ultrapassam as competências individuais de um único profissional, o que remete ao progresso das relações de trabalho de forma interdependente recomendado no domínio da liderança colaborativa (CIHC, 2010).

A responsabilidade é a contrapartida da autonomia e da descentralização das tomadas de decisão (Zarifian, 2003). Sob o mesmo ponto de vista, em relação aos usuários, famílias e comunidades, incentivam compartilhar informações e competências com os usuários, familiares e comunidades, a fim de que possam tomar decisões em conjunto com os profissionais de saúde, descentralizando a tomada de decisão (CIHC, 2010).

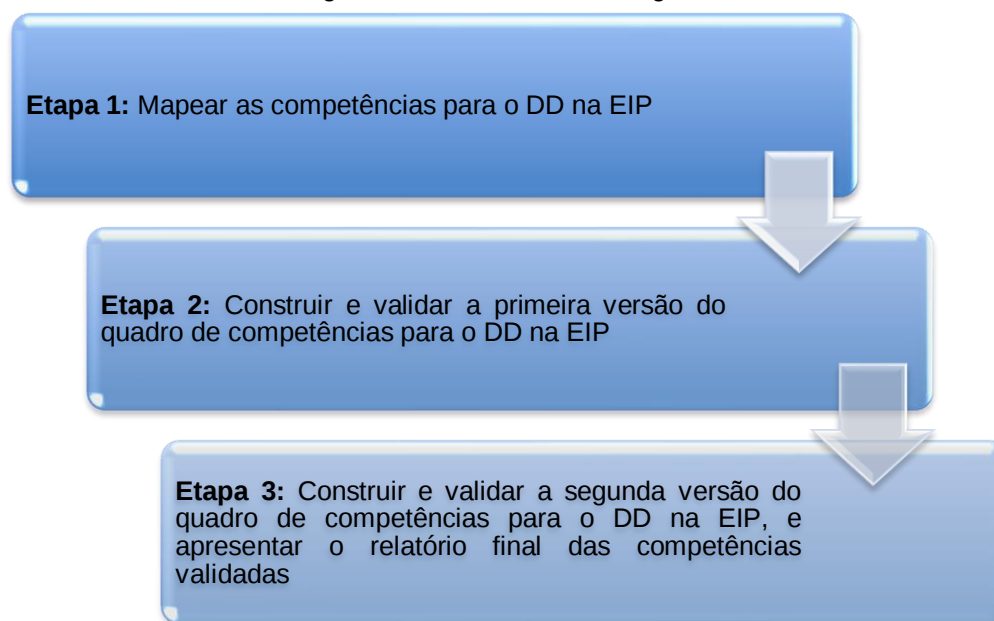
Em termos práticos, pode-se argumentar que o modelo de competência apresentado por Zarifian (2001, 2003) apresenta características semelhantes ao quadro de competência interprofissional canadense (CIHC, 2010).

A comparação empreendida entre os modelos de competências foi necessária para a fundamentação teórica deste estudo. Após a apresentação das teorias acerca das competências, será explicitado o percurso metodológico da tese na seção seguinte.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa para construir e validar um quadro de competências para o DD na EIP. Para contemplar os objetivos propostos, foi necessário o desenvolvimento da pesquisa em três etapas: Etapa 1) Mapear as competências para o DD na EIP; Etapa 2) Construir e validar a primeira versão do quadro de competências para o DD na EIP; Etapa 3) Construir e validar a segunda versão do quadro de competências para o DD na EIP, bem como apresentar o relatório final das competências validadas. Ressalta-se que a presente tese é parte integrante do projeto intitulado Desenvolvimento Docente para Educação Interprofissional em Saúde, vinculado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) nº 2022/03200-0. A Figura 1 apresenta uma breve descrição do percurso metodológico.

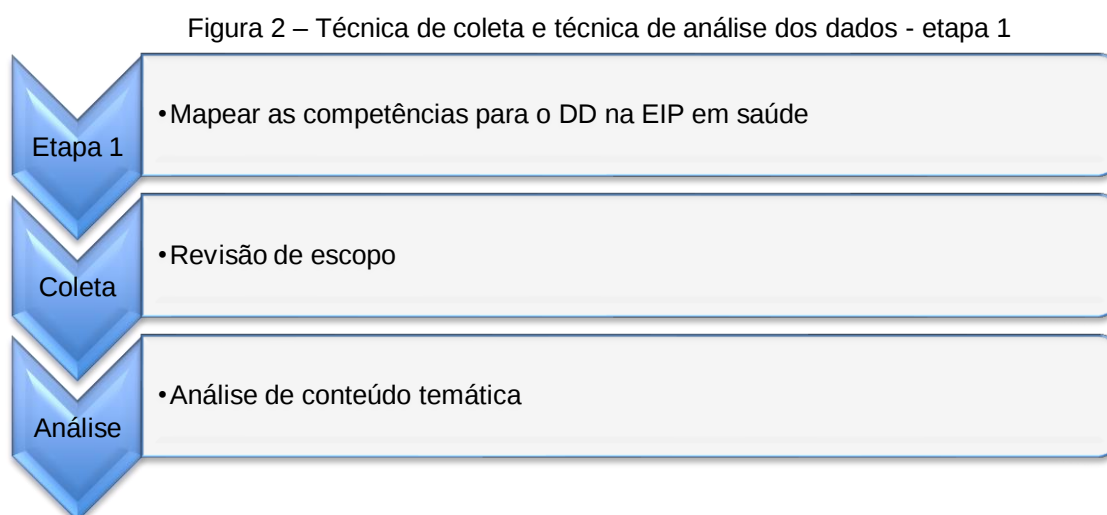
Figura 1 – Percurso metodológico



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

4.1 ETAPA 1: MAPEAR AS COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE

A primeira etapa do estudo visa mapear as competências para o DD na EIP. A Figura 2 apresenta uma breve descrição das técnicas de coleta e análise dos dados dessa etapa.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

4.1.1 Revisão de Escopo

Trata-se de uma revisão de escopo (*scoping study* ou *scoping review*) que adotou as etapas preconizadas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters *et al.*, 2020; Peters *et al.*, 2021), a fim de realizar um mapeamento das competências necessárias para o DD na EIP em saúde. A revisão de escopo é um tipo de revisão sistematizada da literatura que visa mapear os principais conceitos que apoiam determinada área do saber, examinar a extensão, alcance do objeto da investigação, substanciar e divulgar os dados, bem como identificar as lacunas existentes (Arksey; O'Malley, 2005). Portanto, as revisões de escopo diferem das revisões sistemáticas, mas podem ser sistematizadas e seguir estruturas metodológicas como a fornecida pelo JBI (Peters *et al.*, 2020; Peters *et al.*, 2021), mundialmente reconhecida. Utilizamos a estrutura desenvolvida por Arksey; O'Malley (2005) para subsidiar esta revisão de escopo que é composta por cinco etapas: 1. Identificar a questão da pesquisa; 2. Identificar estudos relevantes; 3. Seleção de estudos; 4. Mapear os dados; 5. Agrupar, resumir e relatar os dados.

Para a elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC, que representa uma mnemônica para (P) População, (C) Conceito e (C) Contexto (JBI, 2015). “Quais são as competências para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde?”.

Os critérios de inclusão foram estudos teóricos (ensaios teóricos e revisões de literatura), estudos empíricos primários e secundários, estudos quantitativos, qualitativos e mistos, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, sem recorte de tempo, com população composta por docentes do ensino superior e que abordassem as competências necessárias para o DD no contexto da EIP em saúde. A literatura cinzenta, como dissertações, teses, livros e/ou capítulos de livros e manuais, foi incluída quando respondeu à questão norteadora da pesquisa. Os critérios de exclusão utilizados foram resenhas, editoriais e anais de congresso.

As buscas ocorreram no mês de novembro de 2023 por meio das seguintes bases de dados: *Education Resources Information Center (ERIC)*, *PubMed*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, *Institute for Scientific Information Web of Science (Web of Science)*, *SciVerse Scopus (Scopus)*, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Google Scholar*, *EBSCO Open Dissertations*, *Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES*, *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)*, *System for Information on Grey Literature in Europe (OpenGrey)* e *Deep Web Search Engine (MedNar)*.

A estratégia de busca foi construída pelos autores do estudo com o auxílio de uma bibliotecária experiente, a partir da combinação de descritores controlados e/ou palavras-chave relacionadas ao tema, apresentados nos Quadros 1 e 2. Além disso, para identificar outros estudos que poderiam ser considerados, realizamos buscas manuais nas listas de referências dos estudos previamente selecionados.

Os estudos identificados foram transferidos para o gerenciador de referências Mendeley® as duplicatas foram removidas e os demais registros exportados para software Rayyan® (Ouzzani *et al.*, 2016) para seleção dos registros em pares. Dois pesquisadores independentes examinaram os estudos em duas etapas do duplo cego, conforme descrito a seguir: 1. Os títulos e resumos foram avaliados para verificar se estavam consistentes aos critérios de elegibilidade; 2. Leitura completa dos estudos selecionados na etapa anterior. As eventuais divergências no processo de seleção dos estudos foram resolvidas por um terceiro pesquisador.

4.1.1.1 Expressões de Busca nas Bases de Dados - Etapa 1

O Quadro 1 apresenta as expressões utilizadas em cada base de dados.

Quadro 1 – Expressões de busca nas bases de dados - etapa 1

Base de dados	Expressões de busca
MEDLINE 1946 to Present with Weekly Update (Ovid)	# 1 (Faculty* or Mentor* or Professor* or Tutor* or Teacher* or Preceptor* or Instructor* or Facilitat* or Development).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] # 2 (Competency Based Education or Competency Based Education or Education, Competency-Based or Competency-Based Educations or Education, Competency Based or Educations, Competency-Based or Competency).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] # 3 (Interprofessional education or interprofessional education or IPE or multi-professional education or multi-professional education or multi-professional education or multidisciplinary education or multi-disciplinary education).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] # 4 (1 and 2 and 3) ((Faculty* or Mentor* or Professor* or Tutor* or Teacher* or Preceptor* or Instructor* or Facilitat* or Development) and (Competency Based Education or Competency Based Education or Education, Competency-Based or Competency-Based Educations or Education, Competency Based or Educations, Competency-Based or Competency) and (Interprofessional education or interprofessional education or IPE or multi-professional education or multi-professional education or multi-professional education or multidisciplinary education or multi-disciplinary education)).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word]
ERIC e CINAHAL	S1 ((Faculty* or Mentor* or Professor* or Tutor* or Teacher* or Preceptor* or Instructor* or Facilitat* or Development) and (Competency Based Education or Competency Based Education or Education, Competency-Based or Competency-Based Educations or Education, Competency Based or Educations, Competency-Based or Competency) and (Interprofessional education or interprofessional education or IPE or multi-professional education or multi-professional education or multi-professional education or multidisciplinary education or multi-disciplinary education))
Web of Science	S1 (((Faculty* OR Mentor* OR Professor* OR Tutor* OR Teacher* OR Preceptor* OR Instructor* OR Facilitat* OR Development) AND ("Competency-Based Education" OR "Competency Based Education" OR

	"Education, Competency-Based" OR "Competency-Based Educations" OR "Education, Competency Based" OR "Educations, Competency-Based" OR Competency) AND ("Interprofessional education" OR "interprofessional education" OR IPE OR "multiprofessional education" OR "multi-professional education" OR "multiprofessional education" OR "multidisciplinary education" OR "multi-disciplinary education"))
Scopus	S1 TITLE-ABS-KEY (((docente * OR mentor * OR professor * OR tutor * OR professor * OR preceptor * OR instrutor * OR facilitat * OR desenvolver) AND ("Competency-Based Education" OR "Competency Based Education" OR " educação, competência-Based" OR "Baseada em competências educações" OU "A educação, baseada em competências" OR "educações, competência-Based" OU competência) ("A educação interprofissional" OR "educação profissional inter" OU IPE OR "educação multiprofissional" OR "educação multiprofissional" OR "Multi educação profissional" OR "educação multidisciplinar" OR "educação multidisciplinar")))

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

O Quadro 2 apresenta as expressões de busca para a literatura cinzenta na etapa 1.

Quadro 2 – Expressões de busca para a literatura cinzenta - etapa 1

Base de dados	Expressões de busca para literatura cinzenta
Google Scholar	S1 ((Faculty* or Mentor* or Professor* or Tutor* or Teacher* or Preceptor* or Instructor* or Facilitat* or Development) and (Competency Based Education or Competency Based Education or Education, Competency-Based or Competency-Based Educations or Education, Competency Based or Educations, Competency-Based or Competency) and (Interprofessional education or interprofessional education or IPE or multi-professional education or multi-professional education or multi-professional education or multidisciplinary education or multi-disciplinary education))
EBSCO Open Dissertations	S1 ((Faculty* or Mentor* or Professor* or Tutor* or Teacher* or Preceptor* or Instructor* or Facilitat* or Development) and (Competency Based-Education or Competency Based Education or Education, Competency-Based or Competency-Based Educations or Education, Competency Based or Educations, Competency-Based or Competency) and (Interprofessional education or interprofessional education or IPE or multi-professional education or multi-professional education or multi-professional education or multidisciplinary education or multi-disciplinary education))
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BTDT)	S1 "Professor AND Competências AND Educação Interprofissional"
Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES	S1 "Professor AND Competências AND Educação Interprofissional"
MedNar Deep Web Search Engine	S1 "Faculty AND Competency AND Interprofessional Education Development"
Open Grey System for Information on Grey Literature in Europe	S1 "Faculty AND Interprofessional"

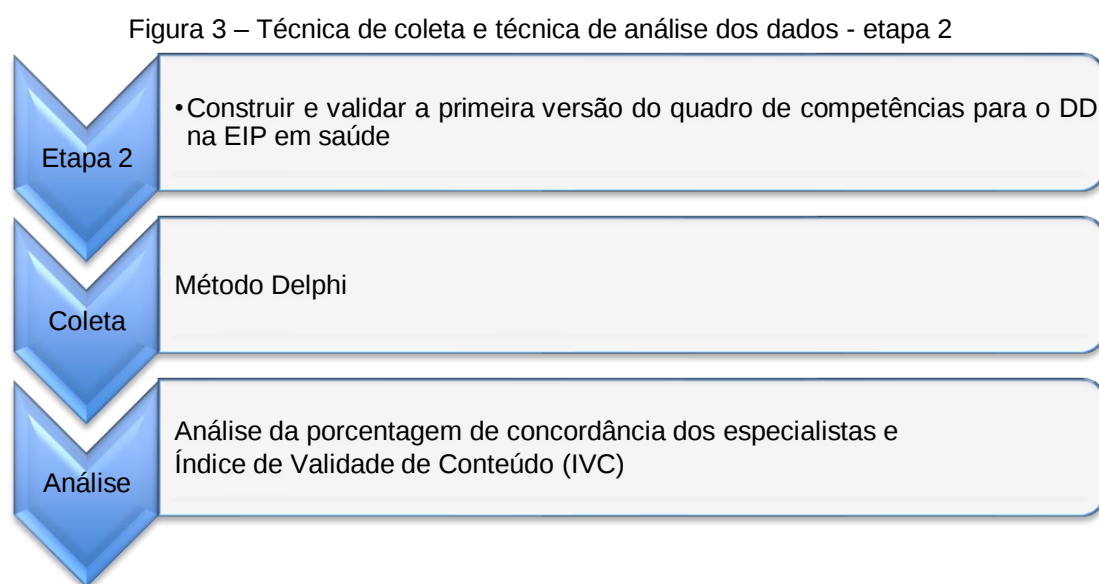
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

4.1.1.1.1 Análise de Dados

Os dados qualitativos foram analisados mediante a análise de conteúdo temática, definida como um conjunto que tem como fator comum a interpretação controlada, baseada na inferência. A análise de conteúdo temática consiste em operações de desmembramentos do texto em unidades de registro (temas), categorias segundo reagrupamentos analógicos, sendo rápida e eficaz para aplicação em discursos diretos (Bardin, 2016).

4.2 ETAPA 2: CONSTRUIR E VALIDAR A PRIMEIRA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE

Com base nos resultados evidenciados na revisão de escopo, a equipe de pesquisa construiu a primeira versão do quadro de competências para o DD na EIP em saúde. Para validar o primeiro quadro de competências (etapa 2), utilizamos o método Delphi para a coleta de dados e, para a análise, consideramos a porcentagem de concordância dos especialistas e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). A Figura 3 apresenta uma breve descrição do método de coleta e da técnica de análise dos dados.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

4.2.1 População

No presente estudo, foram considerados como população os 279 membros da ReBETIS. A ReBETIS é constituída por educadores, pesquisadores e estudantes vinculados à temática da EIP e do trabalho interprofissional no Sistema Único de Saúde (SUS), está organizada em cinco Regionais Nacionais – Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul –, uma Comissão Executiva e um Conselho Consultivo. Participaram do estudo os especialistas da interprofissionalidade, selecionados mediante indicação da coordenadora da ReBETIS nos anos de 2022 a 2023, conforme os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir. Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde, preceptor e/ou docente de ensino superior na área de saúde, pesquisadores especialistas na EIP e membros da ReBETIS. Os critérios de exclusão foram: profissionais de saúde, preceptores e/ou docentes de ensino superior e pesquisadores com tempo de atuação profissional e filiação à ReBETIS inferior a um ano.

4.2.2 Procedimentos Éticos

O presente estudo foi submetido para apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob o número do CAAE 44395821.0.0000.5504 e número do parecer 4.797.382 na data de 28 de maio de 2021 (Anexo A).

Os participantes foram incluídos após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, cumprindo a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados obtidos foram utilizados apenas para os fins que são próprios da pesquisa, sendo firmado o compromisso de manter sigilo quanto à identidade dos participantes na divulgação dos dados.

Devido à natureza do estudo proposto, os riscos previsíveis aos participantes são mínimos. Porém, podem ocorrer incômodos referentes à pesquisa, como tempo dispendido na coleta dos dados e/ou respostas aos formulários. Espera-se com a realização deste estudo trazer benefícios aos docentes e, consequentemente, contribuir para disseminar a cultura da educação interprofissional em saúde nas instituições de ensino a fim de formar profissionais aptos para colaborar, trabalhar em

equipe e contribuir para o estabelecimento e sustentabilidade do movimento da EIP.

Em relação aos procedimentos éticos da pesquisa em ambiente virtual, de acordo com o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, os participantes do estudo das etapas 2 e 3, referentes à construção e validação da primeira e segunda versão do quadro de competências para o DD na EIP em saúde, foram convidados por e-mail, preservando a identificação e os dados de contato, apenas com um remetente e um destinatário. Mediante o link do endereço eletrônico e texto com as devidas instruções, ressaltamos que a qualquer momento e sem nenhum prejuízo o participante da pesquisa poderia solicitar a retirada do consentimento para utilização de dados. Nesse caso, o pesquisador responsável enviaria a resposta de ciência do interesse do participante em retirar seu consentimento.

O TCLE foi apresentado aos participantes da pesquisa para a sua anuência (Apêndice A). Não houve perguntas obrigatórias e foi esclarecido que o participante da pesquisa tem seu direito garantido de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa. Destaca-se o reconhecimento dos riscos característicos do ambiente virtual (utilização da internet) em função das limitações das tecnologias empregadas, limitações para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação.

4.2.3 Métodos

O método Delphi é utilizado para obter uma opinião especializada sobre uma área específica do saber por meio de um painel de especialistas, visando auxiliar na tomada de decisões em relação a práticas, objetivos e necessidades. São aplicados questionários estruturados e/ou afirmações submetidos a um grupo de especialistas cuidadosamente selecionados para compor o painel de juízes, os quais participarão de várias fases conhecidas como turnos, rodadas ou *rounds*. Cabe aos especialistas responder aos questionários estruturados, debater os pontos-chave e contribuir com sugestões ou soluções (Antunes, 2023).

Quanto ao número de especialistas, não há consenso na literatura, depende do propósito, do contexto da pesquisa (Antunes, 2023) e de fatores externos que o pesquisador não pode controlar (Munaretto; Correa; Cunha, 2013), como incompatibilidade de agendas e participação parcial nas rodadas relacionadas à ausência da devolutiva dos questionários.

As rodadas I e II do método Delphi (etapa 2) ocorreram entre outubro de 2022 e maio de 2023, mediante os questionários estruturados, em rodadas sucessivas, até a obtenção do consenso que aconteceu na segunda rodada. A primeira rodada iniciou-se em 24 de outubro de 2022 e terminou em 5 de dezembro de 2022, com a participação de sete especialistas. O questionário da rodada I (etapa 2) foi elaborado com IV competências, organizadas em quatro itens. A segunda rodada iniciou-se em 02 de abril de 2023 e terminou em 08 de maio de 2023, com a participação de cinco especialistas. Dois especialistas foram excluídos da segunda rodada devido à ausência da devolução do questionário no prazo pactuado. Enfatizamos que, nesses casos específicos, foi oportunizado acréscimo do prazo, porém não obtivemos devolutiva. O questionário da rodada II foi construído pela equipe de pesquisa com base nos resultados e sugestões da rodada I, que resultou em IV competências, dispostas em seis itens.

O convite (Apêndice B) foi enviado por e-mail juntamente com o link do formulário elaborado no *Google Forms®* para 15 especialistas da interprofissionalidade, contendo informações sobre a pesquisa, orientações para preencher os questionários, tempo estimado para respondê-los (15 minutos) e prazo para devolução (15 dias). O especialista foi confirmado como membro do painel de juízes por meio de seu consentimento explícito no TCLE (Apêndice A), presente na primeira seção do formulário. As instruções para preencher os questionários foram incluídas em seções que antecederam os domínios de competências a serem avaliados. Sete especialistas concordaram em participar da rodada I e, destes, cinco participaram da rodada II. Dessa forma, sete indivíduos foram incluídos na amostra das rodadas I e II deste estudo (etapa 2).

Os questionários estruturados para as rodadas I e II foram organizados em quatro partes: 1. Orientação aos especialistas para preencher o instrumento de coleta; 2. Caracterização dos especialistas (Apêndice C); 3. As competências apresentadas em itens para análise quanto aos critérios de clareza e pertinência, visando determinar o grau de concordância com escores de 1 a 2 (Apêndice D); 4. Os especialistas foram incentivados a colaborar com sugestões e observações.

Aos especialistas que participaram das rodadas I e II (etapa 2), foi solicitada a análise dos critérios de clareza e pertinência de cada item. Foi requerido aos juízes que verificassem se os itens estavam elaborados de maneira adequada, clara e compreensível e se expressavam o objetivo a ser avaliado.

Com relação à pertinência, foi solicitado que avaliassem se os itens estavam adequados para atingir os objetivos almejados, conforme as instruções apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Orientação para avaliação dos critérios de clareza e pertinência de cada item - rodadas I e II (etapa 2)

Crítérios	1	2
Clareza	Item não claro e/ou item necessita de grande revisão para ser claro	Item claro e/ou item necessita de pequena revisão para ser claro
Pertinência	Item não pertinente e/ou item necessita de grande revisão para ser pertinente	Item pertinente e/ou item necessita de pequena revisão para ser pertinente

Legenda: Critério Clareza, 1- Discordo; 2- Concordo. Critério Pertinência, 1- Discordo; 2- Concordo.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Após a análise de cada área de conhecimento, os especialistas tiveram a oportunidade de registrar suas observações e sugestões a respeito do item. As observações e sugestões que atendessem ao referencial teórico e/ou metodológico foram consideradas, independentemente do IVC e da taxa de porcentagem de concordância do item. Isso resultou numa revisão criteriosa do texto para maximizar a clareza e a pertinência das informações contidas, sob a ótica da literatura científica da EIP.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS MEMBROS DO PAINEL DELPHI - RODADAS I E II (ETAPA 2)

A fim de obter dados sobre a caracterização dos participantes que constituíram o painel de juízes, criamos variáveis para identificação, conforme demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização dos especialistas membros do painel Delphi - rodadas I e II (etapa 2)

Perguntas	Respostas
Idade	Anos Completos
Sexo	Feminino () Masculino () Prefiro não declarar ()
Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde	Sim () Não ()
Tempo de Associação à Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde	Anos Completos
Local de trabalho	Especificar
Cargo/Atuação Profissional	Gestão () Assistência () Docência () Pesquisador () Outros/Especificar
Tempo de Atuação Profissional	Anos Completos
Curso de Graduação em Saúde	Especificar
Última Titulação Acadêmica	Graduação () Especialização <i>lato sensu</i> () Mestrado () Doutorado ()

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

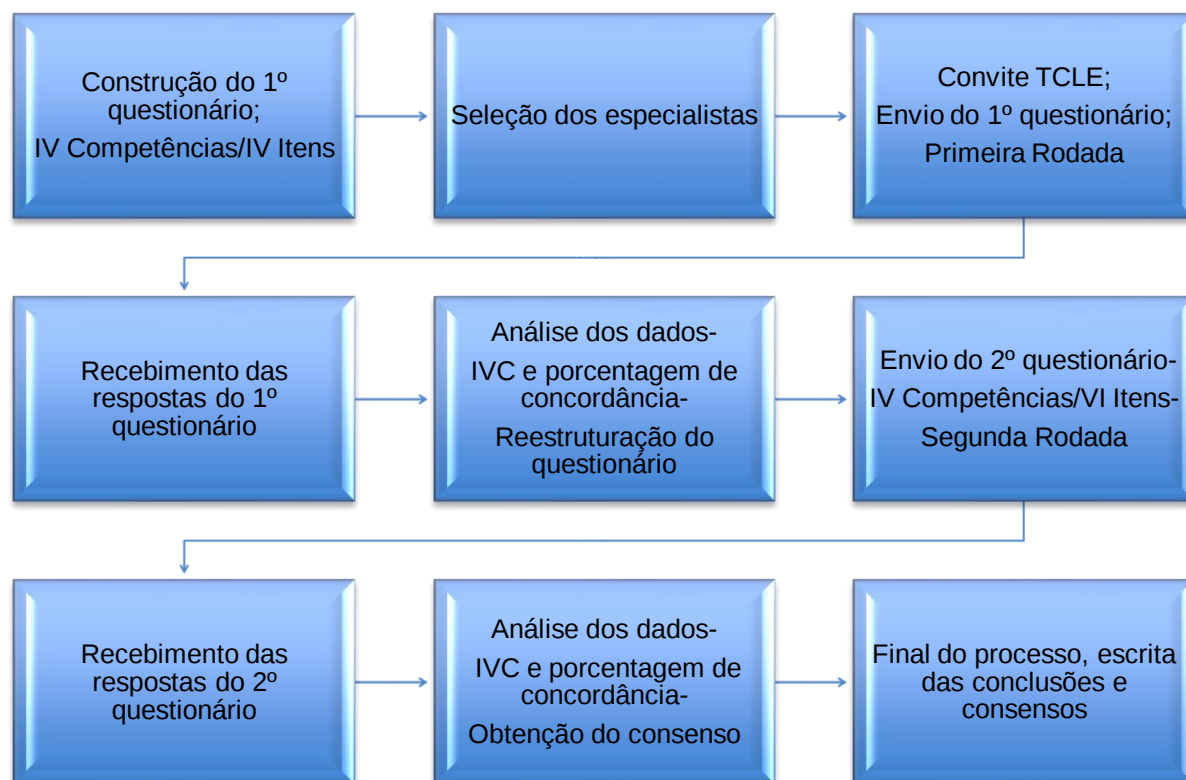
4.3.1 Análise de Dados

Para analisar os dados, utilizou-se a porcentagem de concordância dos especialistas e o IVC como critérios para determinar o consenso. As competências que atingiram porcentagem de concordância $\geq 80\%$ (Coluci; Alexandre; Milani, 2015) e IVC $\geq 0,8$ foram validadas e mantidas (Scarparo *et al.*, 2012). Para os resultados $<80\%$ para a porcentagem de concordância e/ou $<0,8$ para o IVC, foi necessário discutir e modificar as competências em questão.

A fórmula utilizada para calcular a porcentagem de concordância do painel de especialista Delphi foi: $\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$. A fórmula utilizada para calcular o IVC de cada item do formulário de competências (I-IVC) foi: $\text{I-IVC} = \frac{\text{Número de Resposta "2"}}{\text{Número total de participantes (juízes)}}$. Os itens que alcançaram os I-IVC $\geq 0,8$ foram validados pelo painel de especialistas (Antunes, 2023; Marques; Freitas, 2018).

A Figura 4 apresenta uma breve síntese do método Delphi referente às rodadas I e II da etapa 2.

Figura 4 – Método Delphi - etapa 2

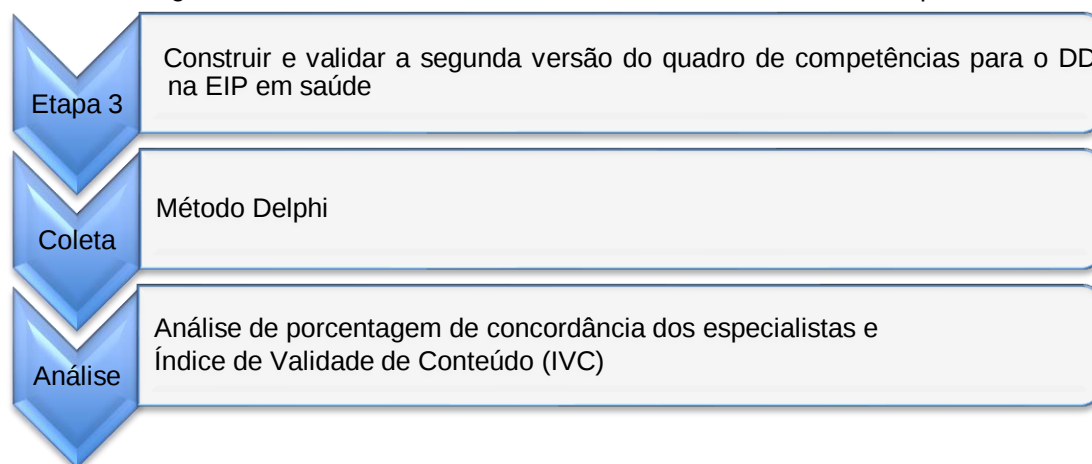


Fonte: Elaborada pela autora (2024).

4.4 ETAPA 3: CONSTRUIR E VALIDAR A SEGUNDA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE

A fim de aprimorar, organizar e detalhar as competências validadas na etapa 2, a equipe de pesquisa construiu a segunda versão do quadro de competências para o DD na EIP, composto por: domínios de competências, definições de competências, ações de competência e um glossário. Para validar a segunda versão do quadro de competências para o DD na EIP (etapa 3), empregamos o método Delphi para coleta dos dados e, para a análise dos dados, utilizamos a porcentagem de concordância dos especialistas e o IVC. Na Figura 5, apresentamos uma breve descrição das técnicas de coleta e análise dos dados.

Figura 5 – Técnica de coleta e técnica de análise dos dados - etapa 3



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

4.4.1 Participantes e Procedimentos Éticos

Os participantes da etapa 3 do presente estudo seguiram os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Além disso, os aspectos éticos para a etapa 3 foram mantidos conforme apresentados anteriormente.

4.4.1.1 Métodos

Para a construção e validação da etapa 3, optamos por manter a técnica de coleta e as técnicas de análise descritas anteriormente na etapa 2.

As rodadas I e II do método Delphi (etapa 3) ocorreram entre setembro e novembro de 2023, com a utilização dos questionários estruturados, em rodadas sucessivas, até a obtenção do consenso que aconteceu na segunda rodada. A coleta de dados da rodada I (etapa 3) iniciou-se em 17 de setembro de 2023 e encerrou-se em 28 de setembro de 2023, com a participação de nove especialistas. O questionário da rodada I (etapa 3) foi elaborado com IV competências, organizadas em domínios, definições de competências, ações de competência e dispostos em 20 itens.

A segunda rodada iniciou-se em 17 de outubro de 2023 e terminou em 01 de novembro de 2023, com a participação de cinco especialistas. Com base nos resultados e sugestões da primeira rodada (etapa 3), a equipe de pesquisa compilou, analisou, sistematizou e construiu o novo questionário de competências organizadas em itens para a segunda rodada. O questionário da rodada II (etapa 3) foi construído

com IV competências, sistematizadas em domínios, definições de competências, ações de competência e dispostos em 10 itens. Enfatiza-se que o questionário da rodada II foi composto apenas por itens que não atingiram concordância e/ou foram modificados mediante as sugestões dos especialistas na rodada anterior.

O convite (Apêndice B) foi enviado por e-mail juntamente com o link do formulário elaborado no *Google Forms®* para 15 especialistas da interprofissionalidade, contendo informações sobre a pesquisa, orientações para preencher os questionários, tempo estimado para respondê-los (15 minutos) e prazo para devolução (15 dias). O especialista foi confirmado como membro do painel de juízes por meio de seu consentimento explícito no TCLE (Apêndice A), presente na primeira seção do formulário. As instruções para preencher os questionários foram incluídas em seções que antecederam os domínios de competências a serem avaliados. Nove especialistas participaram da primeira rodada e, destes, quatro participaram da segunda rodada, além de um especialista que não havia participado anteriormente, perfazendo cinco participantes. Dessa forma, 10 participantes constituíram a amostra da etapa 3 deste estudo.

Os questionários estruturados para as rodadas I e II (etapa 3) foram organizados em quatro partes: 1. Orientação aos especialistas para preencher o instrumento de coleta; 2. Caracterização dos especialistas (Apêndice C); 3. As competências apresentadas em itens para análise quanto aos critérios de clareza e pertinência, visando determinar o grau de concordância com escores de 1 a 2 (Apêndice D); 4. Os especialistas foram incentivados a colaborar com sugestões e observações.

Aos especialistas que participaram das rodadas I e II (etapa 3), foi solicitada a análise dos critérios de clareza e pertinência de cada item. Foi requerido aos juízes que verificassem se os itens estavam elaborados de maneira adequada, clara e compreensível e se expressavam o objetivo a ser avaliado. Com relação à pertinência, foi solicitado que avaliassem se os itens estavam adequados para atingir os objetivos almejados conforme as instruções apresentadas no Quadro 3, como apresentado anteriormente na etapa 2.

Adicionalmente, após cada área de conhecimento analisada, os especialistas tiveram a oportunidade de registrar suas observações e sugestões a respeito do item. As observações e sugestões que atendessem ao referencial teórico e/ou metodológico foram consideradas, independentemente do IVC e da taxa de

porcentagem de concordância do item. Isso resultou numa revisão criteriosa do texto para maximizar a clareza e a pertinência das informações contidas sob a luz da literatura científica da EIP.

4.4.1.1.1 Caracterização dos Especialistas Membros do Painel Delphi - Rodadas I e II (Etapa 3)

A fim de obter dados sobre a caracterização dos participantes que constituem o painel de juízes, criamos variáveis para a identificação, conforme demonstrado no Quadro 4 anteriormente.

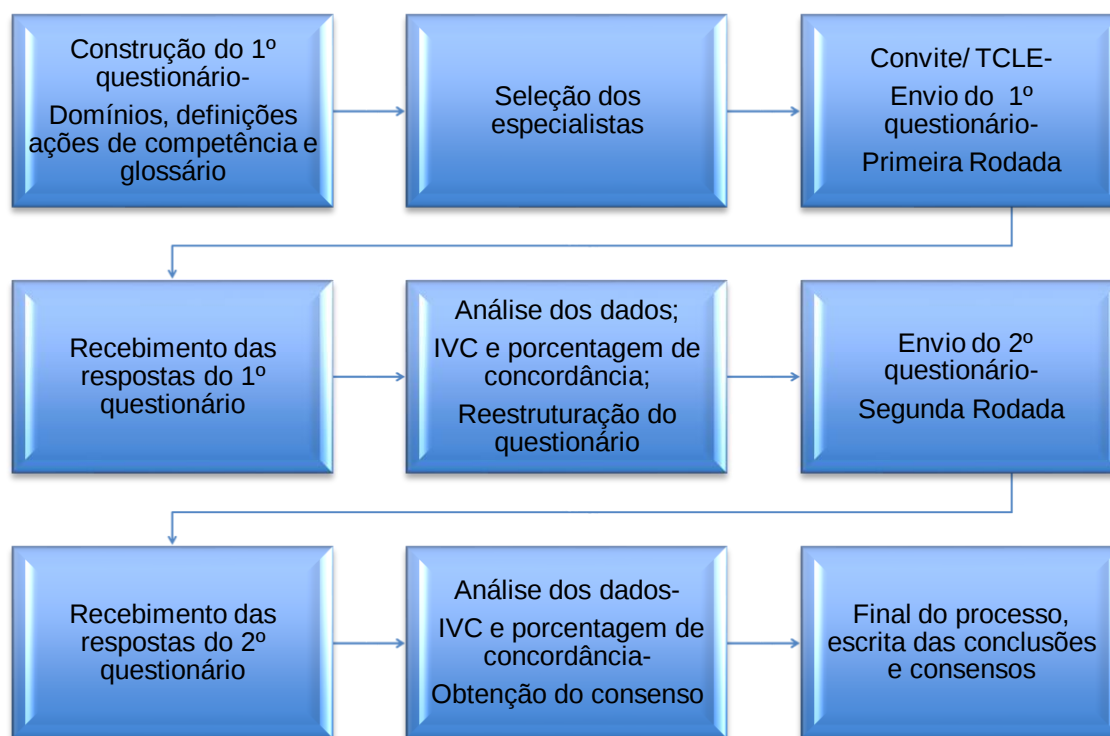
4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para analisar os dados, utilizou-se a porcentagem de concordância dos especialistas e o IVC como critérios para determinar o consenso. As competências que atingiram a porcentagem de concordância $\geq 80\%$ (Coluci; Alexandre; Milani, 2015) e IVC $\geq 0,8$ foram validadas e mantidas (Scarparo *et al.*, 2012). Para os resultados com valores $<80\%$ para a porcentagem de concordância e/ou $<0,8$ para o IVC, foi necessário discutir e modificar as competências.

A fórmula utilizada para calcular a porcentagem de concordância do painel de especialista Delphi foi: $\% \text{ concordância} = \text{Número de juízes que concordaram} \times 100 / \text{Número total de juízes}$. A fórmula utilizada para calcular o IVC de cada item do formulário de competências (I-IVC) foi: $\text{I-IVC} = \text{Número de Resposta "2"} / \text{Número total de participantes (juízes)}$. Os itens que alcançaram I-IVC $\geq 0,8$ foram validados pelo painel de especialistas (Antunes, 2023; Marques; Freitas, 2018).

A Figura 6 apresenta uma breve síntese do método Delphi referente às rodadas I e II da etapa 3 deste estudo.

Figura 6 – Método Delphi Etapa 3



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

5 RESULTADOS

5.1 ETAPA 1: MAPEAR AS COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE

Para mapear as competências para o DD na EIP em saúde, realizamos uma revisão de escopo para responder à seguinte questão norteadora: “Quais são as competências para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde?”. A seguir, apresentamos os resultados da etapa 1.

As buscas ocorreram em novembro de 2023 e a quantidade de estudos encontrada está demonstrada entre parênteses após o nome de cada base de dados: 1. ERIC (n=38); 2. PubMed, Medline via Ovid (n=242); 3. *Web of Science* (n=603); 4. Scopus (n=468); 5. CINAHL (n=319); 6. *Google Scholar* (n=63); 7. EBSCO *Open Dissertations* (n=24); 8. Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES (n=16); 9. BDTD (n=1); 10. *OpenGrey System for Information on Grey Literature in Europe* (n=1); 11. *Mednar Deep Web Search Engine* (n=1).

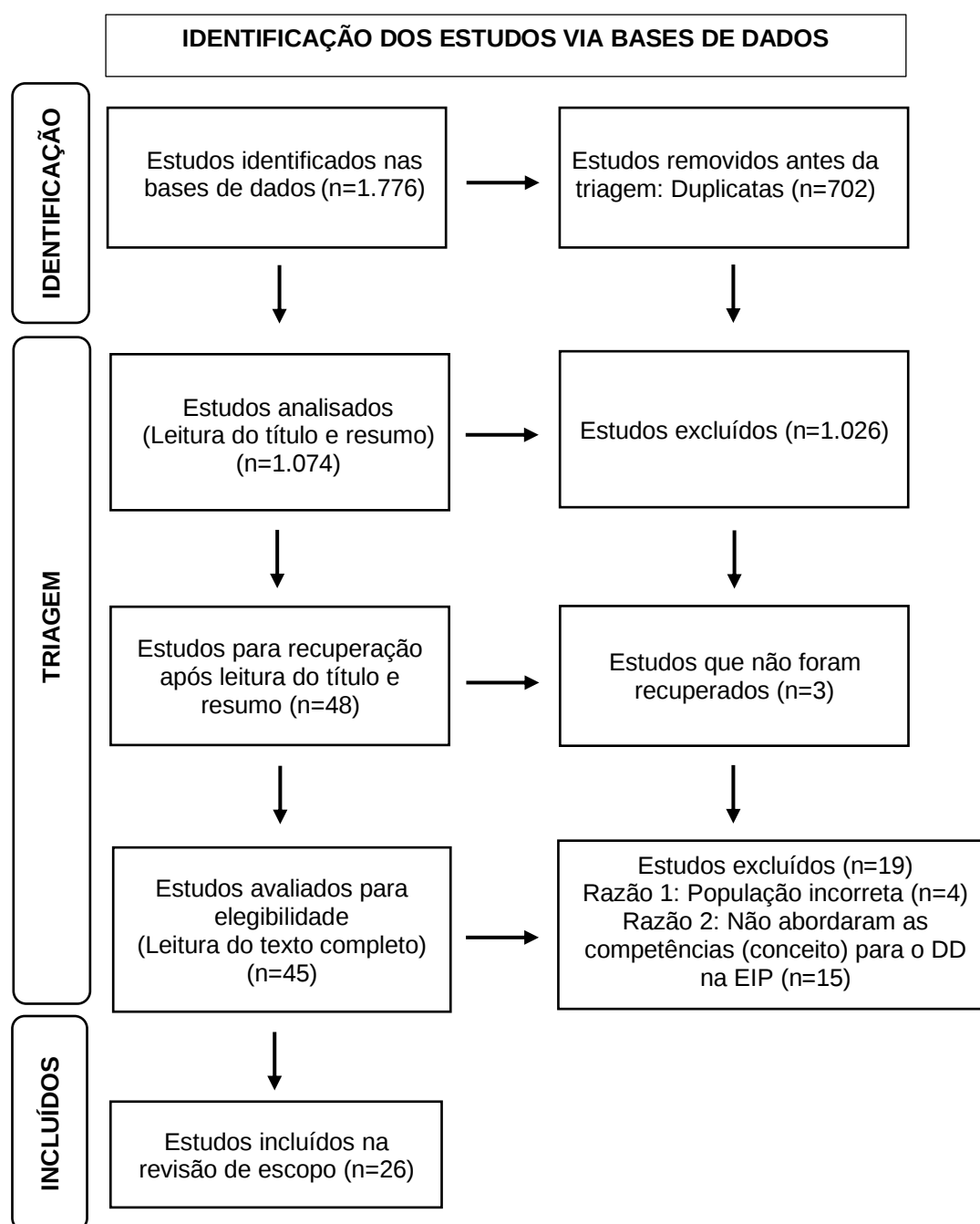
Os 1.776 estudos identificados nas bases de dados foram transferidos para o gerenciador *Mendeley*® sendo removidas 702 duplicatas. Os demais estudos foram exportados para o *software Rayyan*® (Ouzzani *et al.*, 2016), para seleção dos estudos. Dois pesquisadores independentes examinaram os 1.074 estudos em duas etapas do duplo cego, conforme descrito a seguir: 1. Os títulos e resumos foram avaliados para verificar se estavam consistentes aos critérios de elegibilidade, sendo excluídos 1.026 estudos; 2. Para leitura completa, foram selecionados 48 estudos, porém, 03 não foram recuperados. Desta forma, dos 45 estudos para leitura completa, foram incluídos 26 na presente revisão. As eventuais divergências no processo de seleção foram resolvidas por um terceiro pesquisador. A Figura 7 apresenta o processo de cada etapa da análise por pares, conforme o modelo PRISMA (Page *et al.*, 2021).

No total, 26 trabalhos publicados entre 2009 e 2023 atenderam aos critérios de elegibilidade, sendo incluídos nesta revisão. Os estudos são provenientes dos seguintes países: Estados Unidos (n=15, 57%), Canadá (n=3, 11%), África do Sul (n=2, 8%), Austrália (n=2, 8%), Alemanha (n=1, 4%), Arábia Saudita (n=1, 4%), Ásia (n=1, 4%) e Índia (n=1, 4%). A maioria seguiu uma abordagem de métodos mistos (n=7, 27%), qualitativo (n=5, 19%), quantitativo (n=4, 15%), quase-experimental (n=4, 15%), revisão da literatura narrativa (n=3, 12%), ensaio teórico (n=2, 8%) e qualitativo

e quantitativo (n=1, 4%).

Em relação ao contexto dos estudos, 11 foram conduzidos em instituições de ensino superior (n=11, 42%), 10 em instituições de saúde e universidades (n=10, 39%), uma pesquisa foi conduzida na Rede de Educação Interprofissional da África do Sul (n=1, 4%) e quatro não tinham um contexto definido, pois se referiam a capítulos de livros e revisões de literatura narrativa (n=4, 15%).

Figura 7 – Fluxograma PRISMA (Page *et al.*, 2021).



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Os estudos incluíram como participantes os docentes que atuavam na área de concentração de Ciências da Saúde, supervisores clínicos e preceptores dos cenários de prática, profissionais de saúde envolvidos na educação dos estudantes, pesquisadores e especialistas na área da interprofissionalidade. O Quadro 5 apresenta os dados das publicações, incluindo características como autores, ano de publicação, país, abordagem do estudo, população e contexto.

As principais evidências emergiram a partir dos dados examinados por meio da análise de conteúdo temática. A análise de conteúdo temática é composta por operações de desmembramento do texto em unidades de registro (temas) e categorias de acordo com reagrupamentos analógicos, sendo extremamente rápida e eficaz para a aplicação em discursos diretos (Bardin, 2016). A análise dos dados foi realizada pela autora principal e validada por outra autora do estudo.

Após a análise dos dados, emergiram dois temas relevantes que contribuíram para o objetivo desta revisão de escopo, sendo: 1. Competências colaborativas interprofissionais e de facilitação para a EIP; 2. Competências para o DD na EIP em saúde. As competências para o DD na EIP em saúde foram fundamentadas em aspectos apresentados nos estudos, tais como: teorias da aprendizagem, estratégias de ensino-aprendizagem e processos de avaliação das iniciativas em DD na EIP. As competências colaborativas interprofissionais e de facilitação para a EIP foram abordadas de maneiras diferentes nas publicações presentes nesta revisão, mas todos os estudos elegeram competências colaborativas baseadas em referenciais consolidados (Barr, 1998; CIHC, 2010; IPEC, 2011, 2016).

Barr (1998) desenvolveu um modelo com base em três competências para orientar a EPI: 1. Competências comuns, que se referem ao conjunto de conhecimentos gerais para todas as profissões, sendo que as competências comuns de um profissional podem ser as competências complementares de outro; 2. Competências complementares ou específicas, as competências que diferenciam uma profissão da outra; 3. Competências colaborativas, que se referem à colaboração entre profissionais da mesma profissão ou de profissões diferentes, bem como usuários, famílias e comunidades.

O quadro canadense de competências colaborativas interprofissionais propõe quatro competências centrais: clareza de papéis, funcionamento de equipe, resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa. Ademais, dois domínios

permitem a operacionalização dos quatro domínios anteriores, sendo: comunicação interprofissional e atenção centrada nos usuários, famílias e comunidades (CIHC, 2010).

O quadro americano de competências essenciais para a prática colaborativa, elaborado em 2011, é composto por quatro áreas temáticas que se relacionam ao campo da EIP, tais como: valores e ética, funções e responsabilidades, comunicação interprofissional, e equipe e trabalho em equipe (IPEC, 2011). O quadro americano de competências colaborativas essenciais para a prática colaborativa interprofissional foi atualizado em 2016, tendo como principal diferencial a compreensão e apresentação da competência interprofissional colaborativa como um único domínio em si. Assim sendo, as quatro competências essenciais anteriores (valores/ética, papéis e responsabilidade, comunicação interprofissional e equipes e trabalho em equipe) foram reunidas em uma única competência e devem enfatizar o cuidado centrado aos usuários, famílias e comunidades (IPEC, 2016).

Quadro 5 – Caracterização dos estudos segundo autor, ano de publicação, país, abordagem do estudo, população e contexto. São Paulo, Brasil, 2024.

Autor/Ano	País	Abordagem da Pesquisa	População	Contexto
Attril <i>et al.</i> (2019)	Austrália	Estudo Quantitativo e Qualitativo	Supervisores clínicos dos cenários de prática.	Universidades e instituições de saúde.
Banfield e Lackie (2009)	Canadá	Revisão da literatura narrativa	Não reportado.	Não reportado.
Bashatah <i>et al.</i> (2020)	Arábia Saudita	Estudo Quase-Experimental	Docentes da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Botma (2018)	África do Sul	Estudo Qualitativo	Especialistas membros da Rede de Educação Interprofissional da África Subsaariana.	<i>Workgroup of the Sub-Saharan Africa Interprofessional Education Network (AfriPEN).</i>
Brashers <i>et al.</i> (2019)	EUA	Estudo de Métodos Mistos	Docentes e supervisores clínicos dos cenários de prática da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Christianson <i>et al.</i> (2018)	Canadá	Estudo de Métodos Mistos	Docentes da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Coogle <i>et al.</i> (2016)	EUA	Estudo Quase-Experimental	Docentes da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Diggele <i>et al.</i> (2020)	Austrália	Ensaio Teórico	Não reportado.	Universidades e instituições de saúde.
Eiff <i>et al.</i> (2020)	EUA	Estudo de Métodos Mistos	Docentes da área de Ciências da Saúde e profissionais da saúde que atuam na educação.	Universidades e instituições de saúde.
Fusco e Ohtake (2019)	EUA	Estudo Quase-Experimental	Docentes do curso de Farmácia.	Universidades.
Herinek <i>et al.</i> (2022)	Alemanha	Estudo Quantitativo	Docentes, pesquisadores e supervisores clínicos dos cenários de prática da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Hudak <i>et al.</i> (2021)	EUA	Estudo de Métodos Mistos	Supervisores clínicos dos cenários de prática.	Instituições de saúde.
Jacobs <i>et al.</i> (2013)	Ásia	Estudo Qualitativo	Docentes da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Julie <i>et al.</i> (2016)	África do Sul	Estudo Qualitativo	Docentes da área de Ciências da Saúde e supervisores clínicos dos cenários de prática.	Universidades e instituições de saúde.
Legros <i>et al.</i> (2015)	EUA	Estudo de Métodos Mistos	Docentes da área de Ciências da Saúde e preceptores médicos.	Universidades e instituições de saúde.
McCutcheon <i>et al.</i> (2017)	EUA	Estudo Quase-Experimental	Supervisores clínicos dos cenários de prática (profissionais dos cursos de Farmácia).	Universidades e instituições de saúde.
Mohammed <i>et al.</i> (2023)	Índia	Estudo Quantitativo	Docentes da área de Ciências da Saúde	Universidades e instituições de

			e docentes de profissões não relacionadas à saúde. Todos os participantes do programa de bolsas de aprimoramento docente em EIP.	saúde.
Poirier e Wilhelm (2014)	EUA	Estudo Qualitativo	Docentes da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Ratka <i>et al.</i> (2017)	EUA	Revisão de Literatura Narrativa	Não reportado.	Não reportado.
Rider <i>et al.</i> (2023)	EUA	Estudo Qualitativo	Docentes da área de Ciências da Saúde e supervisores clínicos dos cenários de prática.	Universidades e instituições de saúde.
Schapmire <i>et al.</i> (2021)	EUA	Estudo Quantitativo	Docentes da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Shelton <i>et al.</i> (2022)	EUA	Estudo Quantitativo	Docentes da área de Ciências da Saúde, participantes do programa de bolsas de aprimoramento docente em EIP.	Universidades e instituições de saúde.
Stokes (2021)	EUA	Revisão de Literatura Narrativa	Não reportado.	Não reportado.
Thistlethwaite e Vlasses (2021)	Canadá	Ensaio Teórico/ Capítulo de Livro	Não se aplica.	Não se aplica.
Walters <i>et al.</i> (2022)	EUA	Estudo de Métodos Mistos	Docentes da área de Ciências da Saúde.	Universidades.
Yorke <i>et al.</i> (2022)	EUA	Estudo de Métodos Mistos	Docentes da área de Ciências da Saúde.	Universidades.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Quadro 6 – Competências para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde. São Paulo, Brasil, 2024.

Autor/Ano	Competências	Teorias da Aprendizagem	Ensino-Aprendizagem	Processo-Avaliativo
Attril <i>et al.</i> (2019)	Citou a comunicação, porém, não sinalizou o quadro/estrutura de referência colaborativa.	Aprendizagem Experiencial.	Workshops, métodos interativos, aprendizagem reflexiva, atividades em grupos interprofissionais, <i>Role-Play</i> , feedback e estratégias gerais de comunicação.	Instrumento qualitativo: análise temática indutiva com apoio da tipologia de Kirkpatrick. Instrumento quantitativo: Os participantes utilizaram uma escala Likert de cinco pontos para classificar suas habilidades de supervisão interprofissional. Aplicação antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Banfield e Lackie (2009)	Colaborativas, específicas e comuns (Barr, 1998). Competências para a facilitação em EIP (Freeth <i>et al.</i> , 2005). Competências de Sensibilidade Cultural e Segurança (Dunn, 2002).	Aprendizagem Experiencial.	Aprendizagem baseada em problemas.	Não reportado.
Bashatah <i>et al.</i> (2020)	Colaborativas (IPEC, 2011).	Não reportado.	Oficinas, workshops e aprendizagem em pequenos grupos.	Instrumentos quantitativos: (IEPS) <i>The Interdisciplinary Education Perception Scale</i> (McFadyen <i>et al.</i> , 2007) e aplicação da escala de Likert. Aplicação antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Botma (2018)	Citou, porém, não sinalizou um quadro/estrutura de referência colaborativa.	Aprendizagem baseada em competências.	Não reportado.	Não reportado.
Brashers <i>et al.</i> (2019)	Colaborativas (IPEC, 2016).	Não reportado.	Atividades de quebra-gelo, reuniões, estudos de caso, simulações, <i>debriefing</i> , atividades de reflexão, módulos on-line, vídeos, workshops de mentoria, discussões em grupo, atividade de investigação apreciativa, reflexão e registros nos portfólios.	Instrumentos qualitativos: feedback dos participantes, teste de conhecimento, lista de verificação observacional, exercícios de reflexão e entrevistas. Instrumentos quantitativos: questionários e escala Likert. Aplicação: Não relata os momentos de aplicação das avaliações.
Christianson <i>et al.</i> (2018)	Colaborativas (CIHC, 2010).	Não reportado.	Workshops presenciais, atividades on-line, trabalho em pequenos grupos, exercícios de reflexão em pares, discussões em pequenos e grandes	Instrumentos quantitativos: Escala Likert e questionário <i>The Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Care</i> (IECPCP) <i>questionnaire</i> (Curran <i>et al.</i> ,

			grupos.	2007). Aplicação antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Coogler <i>et al.</i> (2016)	Colaborativas (IPEC, 2011).	Não reportado.	Seminários e casos clínicos. Os autores relatam ter utilizado outras estratégias, porém, não houve detalhamento.	Instrumentos quantitativos, tais como escalas de autopercepção nos dois grupos do estudo. Aplicação antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Diggele <i>et al.</i> (2020)	Colaborativas (CIHC, 2010; IPEC, 2016).	Aprendizagem Significativa.	Aprendizagem em pequenos grupos em sala de aula, fóruns de discussão on-line, aprendizagem baseada em equipes, simulações clínicas interprofissionais, aprendizagem entre pares, atividades de reflexão, sala de aula invertida, momento de síntese ao final da aula para ajudar os estudantes a reconhecer os resultados de aprendizagem.	Instrumento qualitativo: feedback entre pares. Aplicação: Não relata os momentos de aplicação das avaliações.
Eiff <i>et al.</i> (2020)	Colaborativas (IPEC, 2011).	Não reportado.	Oficinas e workshops.	Instrumento qualitativo: observação participante. Instrumento quantitativo: questionários. Aplicação: antes, durante, ao término e após um ano do encerramento da iniciativa para o DD na EIP.
Fusco; Ohtake (2019)	Colaborativas (IPEC, 2016).	Aprendizagem Experiencial.	Estudo de caso com a temática de comunicação e <i>debriefing</i> .	Instrumento quantitativo: <i>Interprofessional Collaborative Competencies Attainment Survey</i> (Archibald <i>et al.</i> , 2014). Aplicação: antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Herinek <i>et al.</i> (2022)	Citou, porém, não sinalizou um quadro/estrutura de referência colaborativa.	Não reportado.	Reuniões presenciais, treinamento de habilidades (não houve detalhamento das habilidades), palestras on-line, workshops e discussão mediada pelos tutores.	Não reportado.
Hudak <i>et al.</i> (2021)	Colaborativas (IPEC, 2016).	Aprendizagem Experiencial. Aprendizagem Social.	Leitura prévia de artigos, apresentações curtas seguidas de discussões para pequenos e grandes grupos em sala de aula, prática reflexiva, aprendizagem entre pares e prática deliberada de competências de facilitação com os estudantes.	Instrumento qualitativo: análise temática semântica. Instrumento quantitativo: Escala Likert. Aplicação: antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Jacobs <i>et al.</i>	Colaborativas (IPEC,	Não reportado.	Reuniões, <i>briefings</i> , palestras e	Instrumentos qualitativos: exercícios de

(2013)	2011).		workshops.	reflexão, questionários e relatórios de grupo. Aplicação: Não relata os momentos de aplicação das avaliações.
Julie <i>et al.</i> (2016)	Colaborativas (CIHC, 2010).	Aprendizagem Experiencial.	Oficinas, workshops, reuniões em pequenos grupos seguidas de apresentações.	Instrumentos qualitativos: discussões em pequenos grupos e análise temática. Aplicação: após iniciativa para o DD na EIP.
Legros <i>et al.</i> (2015)	Colaborativas (IPEC, 2011). Competências de Facilitação em EIP de Banfield e Lackie (2009), a seguir: 1. Compreensão dos princípios EIP/PCI; 2. Planejamento; 3. Modelação; 4. Reconhecimento de momentos ensináveis; 5. Ganhando experiência e; 6. Aprendendo com os mentores. Competências de Facilitação em EIP baseada em Freeth <i>et al.</i> (2005); e Competências de Sensibilidade Cultural e Segurança adaptadas de Dunn (2002).	Aprendizagem para adultos. Aprendizagem Experiencial. Abordagem Construtivista.	Discussão em grupo, <i>debriefing</i> , trocas de experiências e atividades de reflexão.	Instrumento qualitativo: feedback. Instrumentos quantitativos: questionários baseados em comportamentos de facilitação autorrelatada derivados de itens específicos da <i>Interprofessional Facilitation Scale</i> (IPFS). Aplicação: antes, durante, ao término e após um mês do encerramento da iniciativa para o DD na EIP.
McCutcheon <i>et al.</i> (2017)	Colaborativas (IPEC, 2011).	Aprendizagem Experiencial.	Modelo de ensino estruturado de objetivos interprofissionais (iOSTE), simulação, <i>debriefing</i> e palestras.	Instrumento qualitativo: avaliação por rubrica. Instrumento quantitativo: questionários. Aplicação: antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Mohammed <i>et al.</i> (2023)	Citou, porém, não sinalizou um quadro/estrutura de referência colaborativa.	Não reportado.	Aprendizagem baseada em projetos.	Instrumento quantitativo: <i>Perception of Interprofessional Collaboration Model Questionnaire</i> (Ødegård; Strype, 2009). Aplicação: antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Poirier;	Colaborativas (IPEC,	Aprendizagem	Seminários, pôsteres, mesa redonda	Instrumento qualitativo: questionários.

Wilhelm (2014)	2011).	Experiencial.	temática com aprendizagem ativa, simulações baseadas em casos e grupo de discussão colaborativo.	Aplicação: antes, no dia da atividade e após iniciativa para o DD na EIP.
Ratka <i>et al.</i> (2017)	Colaborativas (CIHC, 2010).	Aprendizagem Experiencial.	Palestras, workshops, seminários, estudos de caso, <i>Role-Play</i> , pacientes padronizados, discussões, pôsteres, plenário interativo e sessões de treinamentos <i>just-in-time</i> .	Instrumentos quantitativos: <i>Readiness for Interprofessional Learning Scale</i> (RIPLS) e <i>The interdisciplinary Education Perception scale</i> (IEPS) e <i>Interprofessional Facilitation Skills Checklist</i> . Aplicação: antes e após iniciativa para o DD na EIP.
Rider <i>et al.</i> (2023)	Colaborativas (CIHC, 2010; IPEC, 2016).	Aprendizagem Experiencial. Aprendizagem Significativa.	Atividades de aterramento incluindo <i>check-in</i> e <i>check-out</i> ; pequenos grupos, círculo, frente a frente com interação entre si; escrita e leitura de investigação apreciativa; reflexão narrativa com mediação de um facilitador; reflexão baseada em casos-exercícios; <i>Role-Play</i> , abordagem interprofissional para praticar habilidades de comunicação de más-notícias; <i>Role-play</i> para divulgação de erros; discussão e plano de ação para desenvolver competências interprofissionais (IPEC, 2016).	Instrumento qualitativo: questionário apreciativo com reflexão narrativa. Aplicação: após a iniciativa para o DD na EIP.
Schapiro <i>et al.</i> (2021)	Colaborativas (IPEC, 2016).	Aprendizagem para adultos.	Diagnóstico situacional para explorar o potencial de sucesso da difusão de inovações na instituição de origem do docente, webinários, módulos interativos on-line, treinamento para preencher instrumentos de planejamento, mentoria e feedback, aprendizado baseado em problemas, relatórios de processos e vídeos.	Instrumento quantitativo: <i>Interprofessional Facilitation Skills Checklist and Core Competencies for Interprofessional Practice Individual Competency Assessment Tool</i> . Avaliação: antes e após a iniciativa para o DD na EIP.
Shelton <i>et al.</i> (2022)	Citou, porém, não sinalizou um quadro/estrutura de referência colaborativa.	Não reportado.	Workshop e atividades on-line e simulação.	Instrumento quantitativo: <i>The Interdisciplinary Education Perception Scale</i> (IEPS). Avaliação: antes e após a iniciativa para o DD na EIP.
Stokes (2021)	Citou, porém, não sinalizou um quadro/estrutura de	Citou, porém, não detalhou.	A escrita intencional/pesquisa como estratégia de aprendizagem para	Instrumentos qualitativos: questionários para avaliar as mudanças de

	referência colaborativa.		desenvolver novos facilitadores, currículos/atividades de EIP, aplicação de princípios de aprendizagem ativa, orientação e liderança.	comportamentos baseados na tipologia Kirkpatrick. Aplicação: Não relata os momentos de aplicação das avaliações.
Thistlethwaite; Vlasses (2021)	Colaborativas (CIHC, 2010; IPEC, 2016).	Aprendizagem para adultos.	Métodos interativos (não houve detalhamento).	Não reportado.
Walters <i>et al.</i> (2022)	Colaborativas (IPEC, 2016).	Aprendizagem Experiencial.	Sessões em formato híbrido, atividades em pequenos grupos, estudo de caso, vídeos e <i>debriefing</i> .	Instrumentos qualitativos: avaliação de função formativa e grupos focais. Instrumentos quantitativos: avaliação de função somativa e questionários baseados nas competências colaborativas interprofissional (IPEC, 2016). Avaliação: antes e após a iniciativa para o DD na EIP.
Yorke <i>et al.</i> (2022)	Colaborativas (IPEC, 2016) e uma competência adicional - Humildade Intercultural.	Não reportado.	Atividades baseadas em estudo de casos.	Não reportado.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Os estudos constataram que as iniciativas para o DD na EIP empregaram modelos de competências interprofissionais reconhecidos internacionalmente na literatura (Barr, 1998; CIHC, 2010; IPEC, 2011, 2016) para orientar as atividades pedagógicas dos programas.

As competências essenciais para a prática colaborativa interprofissional (IPEC, 2011) constaram em sete estudos (Bashatah *et al.*, 2020; Coogle *et al.*, 2016; Eiff *et al.*, 2020; Jacobs *et al.*, 2013; Legros *et al.*, 2015; McCutcheon *et al.*, 2017; Poirier; Wilhelm, 2014). A versão atualizada das competências essenciais para a prática colaborativa interprofissional (IPEC, 2016) estava presente em seis estudos (Brashers *et al.*, 2019; Fusco; Ohtake, 2019; Hudak *et al.*, 2021; Schapmire *et al.*, 2016; Walters *et al.*, 2022; Yorke *et al.*, 2022). Outros três estudos selecionaram o quadro de competências interprofissionais colaborativas do Canadá com o intuito de subsidiar suas iniciativas pedagógicas para o DD na EIP (Christianson *et al.*, 2018; Julie *et al.*, 2016; Ratka *et al.*, 2017).

Apenas uma pesquisa utilizou as competências para a prática colaborativa em EIP elaborada por Barr em 1998 (Banfield; Lackie, 2009), entretanto, associou mais dois referenciais de competências para facilitação em EIP. Três estudos optaram por aplicar ambos os quadros/estruturas (CIHC, 2010; IPEC, 2016) para subsidiar seus estudos (Diggele *et al.*, 2020; Rider *et al.*, 2023; Thistlethwaite; Vlasses, 2021). No entanto, cinco estudos relataram a relevância das competências, mas não sinalizaram nenhum quadro/estrutura (Attril *et al.*, 2019; Botma, 2018; Herinek *et al.*, 2022; Mohammed *et al.*, 2023; Yorke *et al.*, 2022).

Sobre as competências para a facilitação em EIP, duas pesquisas apresentaram a inclusão de dois referenciais teóricos para facilitação sob a perspectiva da EIP. É importante ressaltar que esses referenciais foram publicados anteriormente aos quadros/estruturas de competências colaborativas consolidados (Banfield; Lackie, 2009; Legros *et al.*, 2015), porém, apresentam algumas características semelhantes.

Os dois referenciais adotados foram as competências de sensibilidade cultural e segurança: 1. Realizar esforços para modificar sua perspectiva de mundo; 2. Ter compreensão das questões culturais fundamentais; 3. Compreender a cultura dos profissionais com os quais trabalhamos; 4. Compreender as questões culturais fundamentais que dizem respeito ao processo saúde-doença; 5. Estabelecer uma relação de confiança com os usuários; 6. Proporcionar o acolhimento no contexto da

assistência de saúde; 7. Negociar as intervenções de saúde compreendida e com o consentimento dos usuários (Dunn, 2022).

As competências para facilitação na EIP elaboradas por Freeth *et al.* (2005) são: 1. Compromisso com a educação interprofissional e a prática colaborativa interprofissional; 2. Credibilidade em relação à educação interprofissional; 3. Modelagem positiva de papéis; 4. Compreensão profunda dos métodos de aprendizagem interativa e confiança para aplicação; 5. Conhecimento das dinâmicas de grupo; 6. Confiança e flexibilidade para utilizar as diferenças profissionais em grupo; 7. Equilíbrio entre as necessidades individuais e do grupo e disposição diante das dificuldades.

Dentre as 26 publicações incluídas nesta revisão, 15 abordaram teorias de aprendizagem para orientar as iniciativas para o DD na EIP em saúde. As teorias da aprendizagem evidenciadas foram: aprendizagem de adultos (Legros *et al.*, 2015; Schapmire *et al.*, 2021; Thistlethwaite; Vlasses, 2021), abordagem construtivista (Legros *et al.*, 2015), aprendizagem experiencial (Attril *et al.*, 2019; Banfield; Lackie, 2009; Diggele *et al.*, 2020; Fusco; Ohtake, 2019; Hudak *et al.*, 2021; Julie *et al.*, 2016; Legros *et al.*, 2015; McCutcheon *et al.*, 2017; Poirier; Wilhelm, 2014; Ratka *et al.*, 2017; Rider *et al.*, 2023; Walters *et al.*, 2022), aprendizagem baseada em competências (Botma, 2018), aprendizagem social (Hudak *et al.*, 2021) e aprendizagem significativa (Rider *et al.*, 2023).

Apenas um estudo não apresentou estratégias de ensino-aprendizagem e instrumentos referentes ao processo-avaliativo (Botma, 2018). Ademais, todos os estudos detalharam as estratégias de ensino-aprendizagem apresentadas no Quadro 2. Vinte e duas pesquisas demonstraram a aplicação de diferentes metodologias de ensino-aprendizagem ativas e interativas que favorecem a aprendizagem e a troca de experiências entre os docentes, supervisores/preceptores clínicos e profissionais da saúde (Attril *et al.*, 2019; Bashatah *et al.*, 2020; Brashers *et al.*, 2019; Christianson *et al.*, 2018; Coogle *et al.*, 2016; Diggele *et al.*, 2020; Eiff *et al.*, 2020; Fusco; Ohtake, 2019; Herinek *et al.*, 2022; Hudak *et al.*, 2021; Jacobs *et al.*, 2013; Julie *et al.*, 2016; Legros *et al.*, 2015; McCutcheon *et al.*, 2017; Poirier; Wilhelm, 2014; Ratka *et al.*, 2017; Rider *et al.*, 2023; Schapmire *et al.*, 2021; Shelton *et al.*, 2022; Stokes *et al.*, 2021; Thistlethwaite; Vlasses, 2022; Walters *et al.*, 2022). Três pesquisas apontaram apenas uma estratégia de ensino-aprendizagem para a oferta pedagógica sem diversificação das metodologias (Banfield; Lackie, 2009; Mohammed *et al.*, 2017;

Yorke *et al.*, 2022).

Os estudos disponibilizaram uma variedade de instrumentos qualitativos e quantitativos para avaliação, bem como os períodos em que os mesmos foram aplicados. Os instrumentos qualitativos de avaliação foram questionários, entrevistas, exercícios de reflexão, relatórios de grupo, avaliação por rubrica, análise temática/semântica, discussões em pequenos grupos interprofissionais, feedback presencial e autoavaliação. As ferramentas quantitativas foram as escalas Likert e os questionários validados, tais como: *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (Parsell; Bligh, 1999), *Interprofessional Facilitation Scale* (Sargeant *et al.*, 2010), *The Interdisciplinary Education Perception Scale* (McFadyen *et al.*, 2007), *The Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Care questionnaire* (Curran *et al.*, 2007), *Interprofessional Collaborative Competencies Attainment Survey* (Archibald *et al.*, 2014), *Perception of Interprofessional Collaboration Model Questionnaire* (Ødegård; Strype, 2009) e *Interprofessional Facilitation Skills Checklist and Core Competencies for Interprofessional Practice Individual Competency Assessment Tool* (IPEC, 2016).

Seis estudos usaram ferramentas qualitativas para avaliar as iniciativas para o DD na EIP em saúde isoladamente (Diggele *et al.*, 2020; Jacobs *et al.*, 2013; Julie *et al.*, 2016; Poirier; Wilhelm, 2014; Rider *et al.*, 2023; Stokes, 2021). Destes estudos, três não relataram o momento de aplicação dos instrumentos avaliativos (Diggele *et al.*, 2020; Jacobs *et al.*, 2013; Stokes, 2021) e dois aplicaram os instrumentos somente após a iniciativa para o DD na EIP (Julie *et al.*, 2016; Rider *et al.*, 2023).

Um estudo que aplicou o instrumento de avaliação apenas no final da iniciativa para o DD em EIP não apresentou detalhamento explícito dos objetivos de aprendizagem. No entanto, os participantes relataram reações positivas sobre a intervenção, modificação de atitudes ou percepção entre os participantes e aquisição de conhecimentos e habilidades de forma colaborativa (Julie *et al.*, 2016). Outro estudo não descreveu detalhadamente os instrumentos de avaliação, momentos de aplicação e níveis de resultados. Portanto, não houve clareza para identificar os objetivos de aprendizagem e as classificações dos resultados da intervenção (Jacobs *et al.*, 2013).

Ao todo, sete estudos aplicaram instrumentos qualitativos e quantitativos (Attril *et al.*, 2019; Brashers *et al.*, 2019; Eiff *et al.*, 2020, Hudak *et al.*, 2021; Legros *et al.*, 2015; McCutcheon *et al.*, 2017; Walters *et al.*, 2022). Destes, um estudo não forneceu

dados sobre o momento de aplicação dos instrumentos (Brashers *et al.*, 2019). Entretanto, dois estudos aplicaram os instrumentos em quatro ocasiões: antes, durante, após e depois da intervenção da iniciativa de DD na EIP (Eiff *et al.*, 2020; Legros *et al.*, 2015). Apesar de uma pesquisa ter aplicado uma avaliação um ano após a intervenção, os benefícios para os pacientes/clientes não foram avaliados devido à falta de financiamento para o estudo (Eiff *et al.*, 2020). Os outros autores aplicaram os instrumentos em dois momentos distintos: antes e depois da intervenção (Attril *et al.*, 2019; Hudak *et al.*, 2021; McCutcheon *et al.*, 2017; Walters *et al.*, 2022).

Os instrumentos quantitativos foram elencados por oito estudos, todos com dois momentos de aplicação, antes e após iniciativas para o DD na EIP em saúde (Bashatah *et al.*, 2020; Christianson *et al.*, 2018; Coogle *et al.*, 2016; Fusco; Ohtake, 2019; Mohammed *et al.*, 2023, Ratka *et al.*, 2017; Schapmire *et al.*, 2021; Shelton *et al.*, 2022).

5.2 ETAPA 2: CONSTRUIR E VALIDAR A PRIMEIRA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE

A amostra referente à etapa 2 do estudo (rodadas I e II) foi composta por sete participantes que representam ambos os sexos, sendo 2 (28,6%) do sexo masculino e 5 (71,4%) do sexo feminino, com idade entre 37 e 60 anos e média de idade de 45 anos. Os participantes representam quatro profissões da área da saúde, sendo 4 (57,1%) enfermeiros, 1 (14,3%) farmacêutico, 1 (14,3%) fonoaudiólogo e 1 (14,3%) psicólogo. A experiência profissional variou de 3 a 36 anos, com uma média de 19 anos. Em relação à última titulação acadêmica, todos eram doutores e trabalhavam como docentes e pesquisadores, sendo que 2 (28,6%) eram gestores e 1 (14,3%) prestava assistência direta aos usuários, famílias e comunidades.

5.2.1 Rodada I (Etapa 2)

O questionário elaborado para a rodada I (etapa 2) está disponível no Apêndice E. A Tabela 1 apresenta a distribuição da frequência da avaliação dos itens da primeira versão do quadro de competências da rodada I (etapa 2), cujo total de participantes foi n=7.

Tabela 1 – Consenso dos juízes quanto ao quadro de competências estruturado para a rodada I

Competências	Clareza	Concordância	Pertinência	Concordância
	n	%	n	%
Item I: Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP	5	71,4	5	71,4
Item II: Estratégias de ensino-aprendizagem	5	71,4	5	71,4
Item III: Processo-avaliativo	5	71,4	7	100
Item IV: Competências para facilitação em EIP	6	85,7	6	85,7

Legenda: Critério Clareza, 1- Discordo; 2- Concordo. / Critério Pertinência, 1- Discordo; 2- Concordo.
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

O item I, conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP, e o item II, estratégias de ensino-aprendizagem, não atingiram o consenso. O item III, processo-avaliativo, obteve consenso de 100% em relação ao critério pertinência, porém, não atingiu o consenso no critério clareza. O item IV, competências para facilitação em EIP, obteve consenso $\geq 80\%$ em ambos os critérios.

As sugestões dos juízes estão identificadas no Quadro 7 pela abreviatura “JE” seguida de um número.

Quadro 7 – Sugestões dos juízes - rodada I (Etapa 2)

Questionário/Rodada I	Sugestões dos juízes
Item I: Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP	JE1, JE2 e JE6 sugeriram acrescentar ao item I duas teorias e três abordagens da aprendizagem: - Teoria da aprendizagem significativa; - Teoria da aprendizagem experiencial; - Abordagem da aprendizagem sociocultural; - Abordagem da aprendizagem construtivista; - Abordagem da educação baseada em competências.
Item II: Estratégias de ensino-aprendizagem	Os juízes sugeriram alteração no âmbito da descrição/escrita do item: JE1: substituir o nome da competência do item II- estratégias de ensino-aprendizagem para item II- Níveis de ensino-aprendizagem; JE5: acrescentar ao nível de imersão a estratégia de ensino seminários; JE5: acrescentar ao nível de aprofundamento a estratégia de ensino para a elaboração compartilhada de planos de cuidado.
Item III: Processo-avaliativo	Os juízes sugeriram acrescentar dois itens: JE1: acrescentar as abordagens e finalidades das avaliações (diagnóstica, formativa e somativa);

Questionário/Rodada I	Sugestões dos juízes
	JE5: Estruturas de avaliação: 3P (presságio-processo-produto) e a tipologia de Kirkpatrick adaptada.
Item IV: Competências para facilitação em EIP	Os juízes sugeriram alteração no âmbito da descrição/escrita do item: JE1: incluir e explicitar nas competências a clara intenção pedagógica para desenvolver competências interprofissionais, de forma integrada com as outras competências específicas. JE2: substituir a palavra facilitação por docência.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

As sugestões dos membros do painel Delphi foram analisadas cuidadosamente, seguindo o referencial teórico-metodológico da EIP. Os itens I, II, III e IV, bem como os novos, foram submetidos a uma segunda rodada. Destacamos que, embora o item IV tenha sido aprovado em ambos os critérios de avaliação, ele também foi parte integrante do questionário para a rodada II. Isso se deve às modificações na descrição/escrita incorporadas ao texto do item.

5.2.1.1 Rodada II (Etapa 2)

Em seguida, será apresentada uma breve descrição das IV competências distribuídas em seis itens no Quadro 8 referentes à rodada II (etapa 2). O questionário completo está disponível no Apêndice F.

Quadro 8 – Primeira versão do quadro de competências reestruturado da rodada II submetido à análise dos juízes (Etapa 2)

Quadro de Competências Reestruturado (Rodada II)	
Item I: Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP	- Teoria da perspectiva psicodinâmica; - Teoria do contato; - Teoria das identidades sociais, profissionais e sociais; - Teoria da prática; - Teoria da aprendizagem significativa; - Teoria da aprendizagem experiencial; - Abordagem da aprendizagem sociocultural; - Abordagem da aprendizagem construtivista; - Abordagem da educação baseada em competências.
Item II: Níveis de ensino-aprendizagem	- Estratégias de exposição; - Estratégias de imersão; - Estratégias de aprofundamento.
Item III: Abordagens da avaliação	- Avaliação Diagnóstica; - Avaliação Formativa; - Avaliação Somativa.
Item IV: Estruturas de avaliação	- Modelo 3P (presságio-processo-produto); - Tipologia de Kirkpatrick adaptada.
Item V: Metodologias de avaliação da aprendizagem	- Instrumentos de avaliação qualitativos; - Instrumentos de avaliação quantitativos.

Quadro de Competências Reestruturado (Rodada II)	
Item VI: Competências para docência em EIP	1. Comprometer-se intencionalmente e explicitamente com os pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI; 2. Compreender os aspectos sócio-histórico-culturais necessários para facilitação da EIP no contexto das necessidades de saúde dos usuários e do sistema de saúde local; 3. Explicitar o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas nos objetivos das propostas de EIP; 4. Dominar e aplicar os métodos de aprendizagem e avaliação na perspectiva interativa e compartilhada para operacionalização da EIP.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A Tabela 2 apresenta a distribuição da frequência da avaliação dos itens da primeira versão do quadro de competências para a rodada II (etapa 2), cujo total de participantes foi n=5.

Tabela 2 – Consenso dos juízes quanto ao quadro de competências estruturado para a rodada II

Competências	Clareza n	%	Pertinência n	%
Item I: Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP	5	100	5	100
Item II: Níveis ensino-aprendizagem	5	100	5	100
Item III: Abordagens da avaliação	4	80	5	100
Item IV: Estruturas de avaliação	4	80	5	100
Item V: Metodologias de avaliação da aprendizagem	5	100	5	100
Item VI: Competências para docência em EIP	5	100	5	100

Legenda: Critério Clareza, 1- Discordo; 2- Concordo. / Critério Pertinência, 1- Discordo; 2- Concordo.
 Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A Tabela 3 apresenta o IVC dos itens da primeira versão do quadro de competências para a rodada II (Etapa 2).

Tabela 3 – Índice de validade de conteúdo de cada item (I-IVC) da primeira versão do quadro de competências para a rodada II (Etapa 2)

Competências	Clareza/ I-IVC	Pertinência/ I-IVC
Item I: Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP	1,0	1,0
Item II: Níveis ensino-aprendizagem	1,0	1,0
Item III: Abordagens da avaliação	0,8	1,0
Item IV: Estruturas de avaliação	0,8	1,0
Item V: Metodologias de avaliação da aprendizagem	1,0	1,0
Item VI: Competências para docência em EIP	1,0	1,0

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Os escores dos itens I, II, V e VI foram validados com 100% de consenso e I-IVC=1,0. Os escores dos itens III e IV foram validados com 80% de consenso e I-IVC=0,8. Dessa forma, finalizamos o método Delphi da etapa 2 com duas rodadas.

As sugestões dos juízes foram identificadas pela abreviatura “JE” seguida de um número. Para simplificar a leitura e a compreensão das sugestões, apresentamos o Quadro 9.

Quadro 9 – Sugestões dos juízes na rodada II (Etapa 2)

Sugestões dos juízes rodada II	
Item I: Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP	Não houve sugestões para esse item.
Item II: Níveis de ensino-aprendizagem	JE2 sugeriu acrescentar no nível de aprofundamento a estratégia das situações de aprendizagem nos contextos de prática do trabalho em saúde. JE4 sugeriu acrescentar no nível de aprofundamento estratégias de estágios curriculares ou extracurriculares.
Item III: Abordagens da avaliação	Não houve sugestões para esse item.
Item IV: Estruturas de avaliação	JE5 sugeriu separar o modelo presságio-processo-produto da avaliação adaptada de Kirkpatrick porque, no primeiro, me parece que o foco é na avaliação do “programa” de EIP e na segunda, a avaliação é da aprendizagem.
Item V: Metodologias de avaliação da aprendizagem	JE4 sugeriu acrescentar a avaliação 360 graus.
Item VI: Competências para docência em EIP	Não houve sugestões para esse item.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

5.2.1.1.1 Etapa 3: Construir e Validar a Segunda Versão do Quadro de Competências para o DD na EIP em Saúde

Os resultados alcançados na etapa 2 permitiram que a equipe de pesquisa do projeto principal FAPESP ao qual a tese está vinculada realizasse uma análise, organização e detalhamento das competências validadas, visando aprimorar e sistematizar os dados. O quadro está disponível no Apêndice G. A amostra referente à etapa 3 do estudo (rodadas I e II) foi composta por dez participantes que representam ambos os sexos, sendo 1 (10%) do sexo masculino e 9 (90%) do sexo feminino, com idade entre 33 e 63 anos e média de idade de 44 anos. Os participantes representam seis profissões da área da saúde, sendo 5 (50%) enfermeiros, 1 (10%) fisioterapeuta, 1 (10%) fonoaudiólogo, 1 (10%) médico, 1 (10%) dentista e 1 (10%) terapeuta ocupacional. A experiência profissional varia de 13 a 41 anos, com média de 18 anos. Em relação à última titulação, 9 (90%) são doutores, 1 (10%) mestre e, destes, 10 (100%) trabalham como docentes, 10 (100%) como pesquisadores e 2 (20%) também ocupam cargos de gestão concomitantemente.

O Quadro 10 apresenta a segunda versão do quadro de competências para o DD na EIP em saúde, dividido em 20 itens para a rodada I (etapa 3) que foi submetida à apreciação dos juízes especialistas.

Quadro 10 – Quadro de competências para o DD na EIP em saúde - rodada I (Etapa 3)

Item I: Domínio de Competência I Compromisso explícito com o fortalecimento do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional para a qualidade da atenção. - Compreensão dos pressupostos teóricos da EIP e PCI. - Compreensão dos pressupostos metodológicos da EIP e PCI.	Item II: Definição da Competência I Clara e explícita intencionalidade em fortalecer o trabalho em equipe e as práticas colaborativas interprofissionais em prol da qualidade da atenção à saúde dos usuários, famílias e comunidades, a partir de referenciais teóricos e metodológicos que contemplem os campos da educação e do trabalho em saúde.	Item III: Ações de Competência I Conhecer as diferentes formas de trabalho interprofissional em saúde e seus atributos. Identificar oportunidades formativas para a construção de competências interprofissionais colaborativas. Explicitar nos planos de ensino o compromisso com a formação voltada ao trabalho em equipe e nas competências para as PCI. Planejar as ações de ensino-aprendizagem e o processo avaliativo direcionados às competências para as PCI. Aplicar referenciais teórico-metodológicos coerentes com a EIP e a PCI. Monitorar o processo ensino-aprendizagem e o processo avaliativo direcionados às competências da EIP e PCI. Avaliar os efeitos das ações de ensino-aprendizagem e o processo avaliativo às competências para as PCI nos participantes, grupos e/ou instituição.
Item IV: Domínio de Competência Compreensão dos aspectos sócio-histórico-culturais necessários para facilitação da EIPC no contexto das necessidades de saúde dos usuários e do sistema de saúde local.	Item V: Definição da Competência Reconhece e considera a influência do macro, meso e micro determinantes. Macro determinantes: políticas do sistema de saúde, de formação profissional, regulação das profissões da saúde e da assistência social. Meso determinantes: princípios e políticas dos serviços de educação e de saúde em que os educandos e trabalhadores atuam, considerando o projeto de desenvolvimento institucional (PDI) e projetos pedagógicos dos cursos (PPC). Micro determinantes: crenças, valores e saberes empregados na prática e facilitação dos processos de ensino-aprendizagem-avaliação à luz da concepção da determinação social do processo saúde-doença dos usuários/famílias/comunidades e do trabalho em saúde.	Item VI: Ações da Competência Macro determinantes Macro determinantes: Reconhecer as políticas e ações de apoio institucional governamental no âmbito dos sistemas de educação e de saúde. Compreender a influência da regulação das relações profissionais nas práticas de educação e de saúde.

Item VII: Ações da Competência Meso determinantes Meso determinantes: Buscar apoio institucional local para promover a sustentabilidade da EIPC. Considerar a influência das características institucionais nos processos de EIPC na formação profissional e no trabalho em saúde. Identificar parceiros da EIPC para promoção de seu fortalecimento. Reconhecer a necessidade do constante desenvolvimento docente, facilitadores e preceptores de cenários de prática em EIPC. Prospectar a inclusão da EIPC nas atividades de formação (nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, nas atividades curriculares de extensão, nos cenários de prática, nos serviços de saúde). Exercer influência para a implementação da EIPC em seu contexto.	Item VIII: Ações da Competência Micro determinantes Micro determinantes: Considerar os aspectos necessários para a socialização interprofissional na formação e no trabalho em saúde. Reconhecer a importância da dupla identidade profissional, considerando identidade profissional específica e interprofissional. Compreender as relações de poder presentes nas interações interprofissionais que interferem no cuidado e na formação integrada. Promover o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença dos usuários na formação e no trabalho em saúde. Participar politicamente para o enfrentamento dos desafios para o avanço da EIPC.	Item IV: Domínio de Competência Explicitar o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas nos objetivos das propostas de EIP.
Item X: Definição de Competência Compreende as competências interprofissionais colaborativas a partir dos domínios centrais: 1. Cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades. 2. Comunicação interprofissional. E dos quatro domínios que se operacionalizam a partir dos centrais mencionados anteriormente: 3. Clareza dos papéis profissionais. 4. Dinâmica do trabalho em equipe. 5. Resolução de conflitos interprofissionais. 6. Liderança colaborativa.	Item XI: Ações de competência 1. Cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades: Apoiar a participação dos usuários, famílias e comunidades no planejamento, implementação e avaliação do cuidado e no controle social/político. Respeitar e valorizar os saberes, valores, cultura e diversidade dos usuários, famílias e comunidades. Promover o estabelecimento de relação respeitosa e horizontalizada com os usuários independentemente de suas vulnerabilidades e diversidade social.	Item XII: Ações de competência 2. Comunicação interprofissional: Estabelecer comunicação pautada no mútuo entendimento com usuários, famílias e comunidades. Adotar postura acolhedora por meio de escuta ativa e estabelecimento de confiança e vínculo com os usuários. Promover a participação ativa dos usuários no processo de tomada de decisão sobre o cuidado. Utilizar tecnologias da informação eficazes que favoreçam a interação entre os membros das equipes e usuários para melhoria dos cuidados interprofissionais.
Item XIII: Ações de competência 3. Clareza dos papéis profissionais: Promover o reconhecimento e valorização do seu próprio papel profissional e dos diferentes papéis profissionais.	Item XIV: Ações de competência 4. Dinâmica do trabalho em equipe: Reconhecer a necessidade de que equipes estabeleçam objetivos comuns, interdependência,	Item XV: Ações de competência 5. Resolução de conflitos interprofissionais: Identificar situações comuns que possam ocasionar desacordos interprofissionais. Valorizar o potencial construtivo dos conflitos.

Estabelecer relação horizontalizada com profissionais de diferentes profissões. Valorizar a construção de práticas articuladas e interdependentes entre as profissões da saúde para a melhoria dos resultados do cuidado, por meio de diferentes formas de trabalho interprofissional (trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede).	integração, parceria, clareza de papéis e responsabilidades. Valorizar relações de confiança e respeito entre os membros da equipe. Aplicar processos de coprodução e tomada de decisões compartilhadas para a qualidade do cuidado. Estabelecer integração entre diferentes equipes da rede de atenção à saúde, sempre que necessário, considerando as necessidades de saúde dos usuários.	Conhecer e compreender estratégias para lidar com os conflitos. Promover um clima seguro para expressão de diferentes opiniões e pontos de vista. Padronizar estratégias para a resolução de conflitos com participação ativa dos envolvidos.
XVI. Liderança colaborativa Promover interdependência e corresponsabilização pelos processos escolhidos e resultados alcançados. Favorecer liderança e tomadas de decisões compartilhadas entre as diferentes áreas profissionais e usuários. Reconhecer o papel da liderança na facilitação do trabalho em equipe integrado. Valorizar a contribuição de cada membro da equipe para o alcance de metas compartilhadas.	Item XVII: Domínio de competência Dominar e aplicar os métodos de ensino-aprendizagem e o processo avaliativo na perspectiva interativa e compartilhada para operacionalização da EIP.	Item XVIII: Definição de competência Planejamento da ação didática para um programa, disciplinas, cursos e ações de educação permanente em saúde na perspectiva da EIP com definição de objetivos gerais e específicos, experiências educacionais que possibilitam atingir esses objetivos, avaliação.
Item XIX: Ações de Competência Elaborar um plano de aprendizagem pautado em competências PCI (objetivos e resultados esperados). Selecionar as abordagens e/ou teorias da aprendizagem de forma congruente com os princípios e valores da EIP. Organizar o sequenciamento dos conteúdos relacionados às competências PCI em cada nível de aprendizagem (exposição, imersão e aprofundamento).	Item XX: Ações de Competência Priorizar as metodologias ativas e interativas na seleção diversificada das estratégias de ensino. Garantir três momentos no processo ensino-aprendizagem (revisão, conteúdo novo e síntese). Definir os momentos, instrumentos avaliativos e suas finalidades (diagnóstica, formativa, somativa e 360 graus) de acordo com os objetivos do processo ensino-aprendizagem.	

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A Tabela 4 apresenta a distribuição da frequência da avaliação dos 20 itens do quadro de competências da rodada I, cujo total de participantes foi n=9 (etapa 3).

Tabela 4 – Consenso dos juízes quanto ao quadro de competências estruturado para a rodada I (Etapa 3)

Itens	Clareza n	%	Pertinência n	%
Item I	9	100	9	100
Item II	8	90	9	100
Item III	8	90	9	100
Item IV	6	70	9	100
Item V	8	90	8	90
Item VI	7	80	8	90
Item VII	7	80	8	90
Item VIII	7	80	7	80
Item IX	9	100	9	100
Item X	9	100	9	100
Item XI	7	80	8	90
Item XII	6	70	8	90
Item XIII	8	90	8	90
Item XIV	8	90	8	90
Item XV	6	70	8	90
Item XVI	7	80	7	80
Item XVII	8	90	8	90
Item XVIII	9	100	9	100
Item XIX	9	100	9	100
Item XX	7	80	9	100

Legenda: Critério Clareza, 1- Discordo; 2- Concordo. / Critério Pertinência, 1- Discordo; 2- Concordo.
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Na primeira rodada, foram apresentadas aos especialistas quatro competências organizadas em 20 itens. Destes, 17 obtiveram consenso de 80% a 100% de concordância. Em relação aos itens IV, XII e XV que não atingiram o consenso, o nível de concordância foi de 70%.

As sugestões dos juízes foram identificadas pela abreviatura “JE” seguida de um número e estão apresentadas no Quadro 11.

Quadro 11 – Sugestões dos juízes na rodada I (Etapa 3)

Instrumento da primeira rodada	Sugestões dos juízes
Item I: Domínio da Competência 1	O juiz sugeriu mudanças no âmbito da descrição/escrita: JE1: substituir o verbo do domínio afetivo para o domínio cognitivo.
Item II: Definição da Competência 1	JE1: alterações no âmbito da descrição/escrita.
Item IV: Domínio da Competência 2	O juiz sugeriu mudanças no âmbito da descrição/escrita: JE6: retirar o termo sistema de saúde.
Item V: Definição da Competência 2	Os juízes sugeriram mudanças no âmbito da descrição/escrita: JE4: retirar a profissão assistente social; JE6: retirar o termo sistema de saúde local.
Item VI: Ações das Competências Macro	O juiz sugeriu mudanças no âmbito da descrição/escrita: JE6: retirar a palavra institucional.
Item VII: Ações das Competências Meso	JE1: sugeriu acrescentar como ação de competência: Mapear mudanças necessárias no processo de trabalho em saúde a partir da adoção da EIPC. Interagir com representantes institucionais de forma a facilitar a implementação da EIPC em seu contexto. JE6: sugeriu substituir a palavra prospectar por examinar.
Item VIII: Ações das Competências Micro	JE6: inserir na ação de competência “usuários, famílias e comunidades”. Adequação: Promover o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença dos usuários, famílias e comunidades na formação e no trabalho em saúde. JE8: inserir importância da comunicação como parte do processo de socialização. Adequação: Estimular o exercício da comunicação interprofissional para o mútuo entendimento das diferentes áreas.
Item IX: Domínio da competência 3	O juiz sugeriu mudança no âmbito da descrição/escrita: JE1: adotar metodologias de ensino e de avaliação que indiquem a necessidade de respeito e valorização dos saberes. Adequação: Elaborar os objetivos de aprendizagem e os resultados esperados com a explícita intenção das competências interprofissionais colaborativas.
Item XII: Ações da Competência Comunicação Interprofissional	O juiz sugeriu mudança no âmbito da descrição/escrita: JE6: retirar tecnologias eficazes, manter apenas tecnologias, devido à dificuldade de mensurar a eficácia das tecnologias.
Item XV: Ações da competência Resolução de conflitos interprofissionais	Os juízes sugeriram mudança no âmbito da descrição/escrita: JE5: inserir situações conflituosas na equipe ao invés de potencial construtivo dos conflitos. JE7: substituir a palavra desacordos por discordância; Adequação: identificar situações comuns que possam ocasionar discordâncias interprofissionais.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

O Quadro 12 apresenta a segunda versão do quadro de competências para a rodada II (etapa 3), aprimorado após a incorporação das sugestões dos juízes.

Quadro 12 – Quadro de competências para DD na EIP em saúde - rodada II (Etapa 3)

Quadro de competências reestruturado para a rodada II (Etapa 3)	
Item I: Domínio da Competência 1 Sistematização dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI.	Item II: Definição da Competência 1 Clara e explícita intencionalidade em fortalecer o trabalho em equipe e as práticas colaborativas interprofissionais em prol da qualidade da atenção à saúde dos usuários, famílias e comunidades, a partir da sistematização dos referenciais teóricos e metodológicos que contemplem os campos da educação e do trabalho em saúde.
Item IV: Domínio da Competência 2 Compreensão dos aspectos sócio-histórico-culturais necessários para facilitação da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (EIPC) no contexto das necessidades de saúde dos usuários e do sistema de saúde.	Item V: Definição da Competência 2 Reconhece e considera a influência dos macro, meso e micro determinantes. Macro determinantes: políticas do sistema de saúde, de formação profissional e regulação das profissões da saúde. Meso determinantes: princípios e políticas dos serviços de educação e de saúde em que os educandos e trabalhadores atuam, considerando o projeto de desenvolvimento institucional (PDI) e projetos pedagógicos dos cursos (PPC). Micro determinantes: crenças, valores e saberes empregados na prática e facilitação dos processos de ensino-aprendizagem-avaliação à luz da concepção da determinação social do processo saúde-doença dos usuários/famílias/comunidades e do trabalho em saúde no sistema de saúde local.
Item VI: Ações da Competência Macro determinantes Reconhecer as políticas e ações de apoio governamental no âmbito dos sistemas de educação e de saúde. Compreender a influência da regulação das relações profissionais nas práticas de educação e de saúde.	Item VII: Ações da Competência Meso determinantes Identificar os parceiros da EIPC para a promoção do seu fortalecimento. Reconhecer a necessidade do constante desenvolvimento docente, facilitadores e preceptores de cenários de prática em EIPC. Considerar a influência das características institucionais nos processos de EIPC na formação profissional e no trabalho em saúde. Buscar apoio institucional local para promover a sustentabilidade da EIPC. Examinar a inclusão da EIPC nas atividades de formação (nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, nas atividades curriculares de extensão, nos cenários de prática e nos serviços de saúde). Mapear mudanças necessárias no processo de trabalho em saúde a partir da adoção da EIPC. Interagir com representantes institucionais de forma a facilitar a implementação da EIPC em seu contexto.

Item VIII: Ações da Competência Micro determinantes Considerar os aspectos necessários para a socialização interprofissional na formação e no trabalho em saúde. Reconhecer a importância da dupla identidade profissional, considerando identidade profissional específica e interprofissional. Compreender as relações de poder presentes nas interações interprofissionais que interferem no cuidado e na formação integrada. Promover o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença dos usuários, famílias e comunidades na formação e no trabalho em saúde. Participar politicamente para o enfrentamento dos desafios para o avanço da EIPC. Estimular o exercício da comunicação interprofissional para o mútuo entendimento das diferentes áreas.	Item IX: Domínio da Competência 3 Elaborar os objetivos de aprendizagem e resultados esperados das propostas de EIP com a explícita intenção de desenvolvimento das competências interprofissionais colaborativas.
Item XII: Ações da Competência 3/ Comunicação Interprofissional Estabelecer comunicação pautada no mútuo entendimento com usuários, famílias e comunidades. Adotar postura acolhedora por meio de escuta ativa e estabelecimento de confiança e vínculo com os usuários. Promover a participação ativa dos usuários no processo de tomada de decisão sobre o cuidado. Utilizar tecnologias da informação que favoreçam a interação entre os membros das equipes e usuários para melhoria dos cuidados em saúde.	Item XV: Ações da Competência 3/ Resolução de conflitos interprofissionais Valorizar o potencial construtivo de situações conflituosas na equipe. Conhecer e compreender estratégias para lidar com os conflitos. Identificar situações comuns que possam ocasionar discordâncias interprofissionais. Promover um clima seguro para expressão de diferentes opiniões e pontos de vista. Padronizar estratégias para a resolução de conflitos com participação ativa dos envolvidos.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A Tabela 5 apresenta a distribuição da frequência da avaliação dos itens da segunda versão do quadro de competências para a rodada II (etapa 3).

Tabela 5 – Consenso dos juízes quanto ao quadro de competências estruturado para a rodada II (Etapa 3)

Itens	Clareza n	%	Pertinência n	%
Item I	5	100	5	100
Item II	5	100	5	100
Item IV	5	100	5	100
Item V	4	80	4	80
Item VI	5	100	5	100
Item VII	5	100	5	100
Item VIII	5	100	5	100
Item IX	5	100	5	100
Item XII	5	100	5	100
Item XV	4	80	5	100

Legenda: Critério Clareza, 1- Discordo; 2- Concordo. / Critério Pertinência, 1- Discordo; 2- Concordo.
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A Tabela 6 apresenta o IVC dos itens da segunda versão do quadro de competências para a rodada II (etapa 3).

Tabela 6 – Índice de Validade de Conteúdo de cada item (I-IVC) da segunda versão do quadro de competências para a rodada II (Etapa 3)

Itens	Clareza/ I-IVC	Pertinência/ I-IVC
Item I	1,0	1,0
Item II	1,0	1,0
Item IV	1,0	1,0
Item V	0,8	0,8
Item VI	1,0	1,0
Item VII	1,0	1,0
Item VIII	1,0	1,0
Item IX	1,0	1,0
Item XII	1,0	1,0
Item XV	0,8	1,0

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Os resultados dos itens I, II, IV, VI, VII, VIII, IX e XII foram validados com 100% de concordância e I-IVC=1,0. Os resultados dos itens V e XV foram validados com 80% de concordância e I-IVC=0,8 no I-IVC. Assim, obtivemos o consenso de todos os itens, finalizando o método Delphi da etapa 3 com duas rodadas.

As sugestões dos juízes foram identificadas pela abreviatura “JE” seguida de

um número no Quadro 13.

Quadro 13 – Sugestões dos juízes na rodada II (Etapa 3)

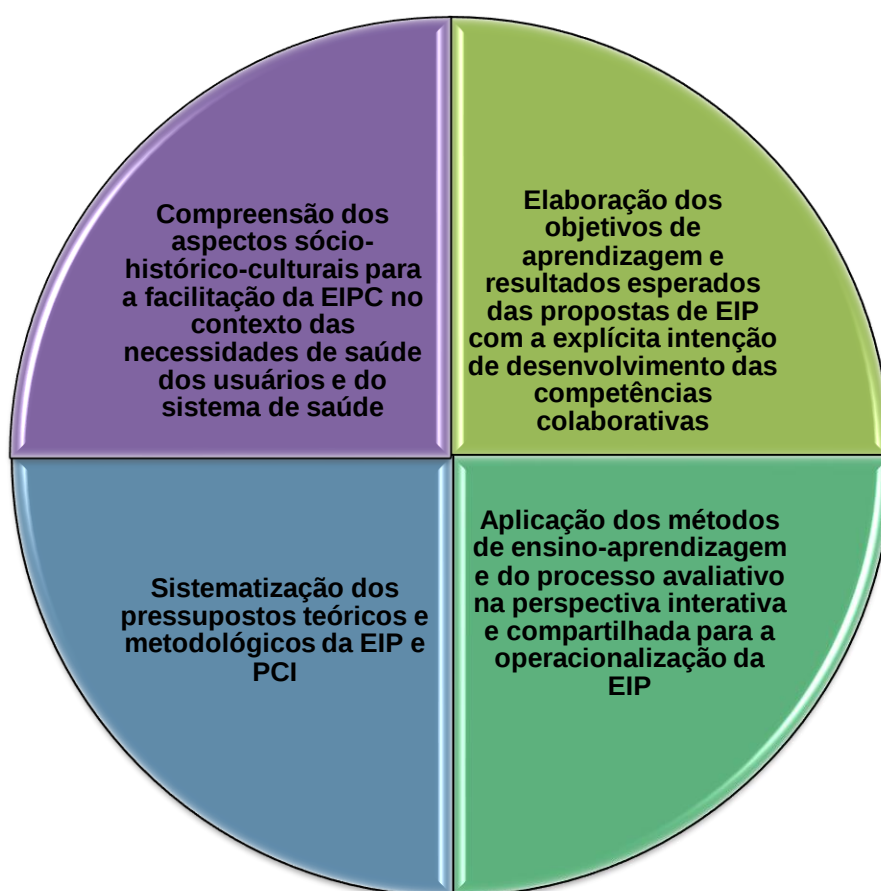
Instrumento da rodada II	Sugestões dos juízes
Item VI - Ações da Competência Macro determinantes Reconhecer as políticas e ações de apoio governamental no âmbito dos sistemas de educação e de saúde. Compreender a influência da regulação das relações profissionais nas práticas de educação e de saúde.	O juiz sugeriu: JE5: Como está escrito macro nas ações de competência, sugiro a retirada da expressão “Macro determinantes” do quadro visando não gerar dificuldades na compreensão.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

5.3 PRODUTO FINAL DA SEGUNDA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE (ETAPA 3)

A Figura 8 ilustra os domínios das quatro competências para o DD na EIP em saúde que foram validadas como produto final na etapa 3.

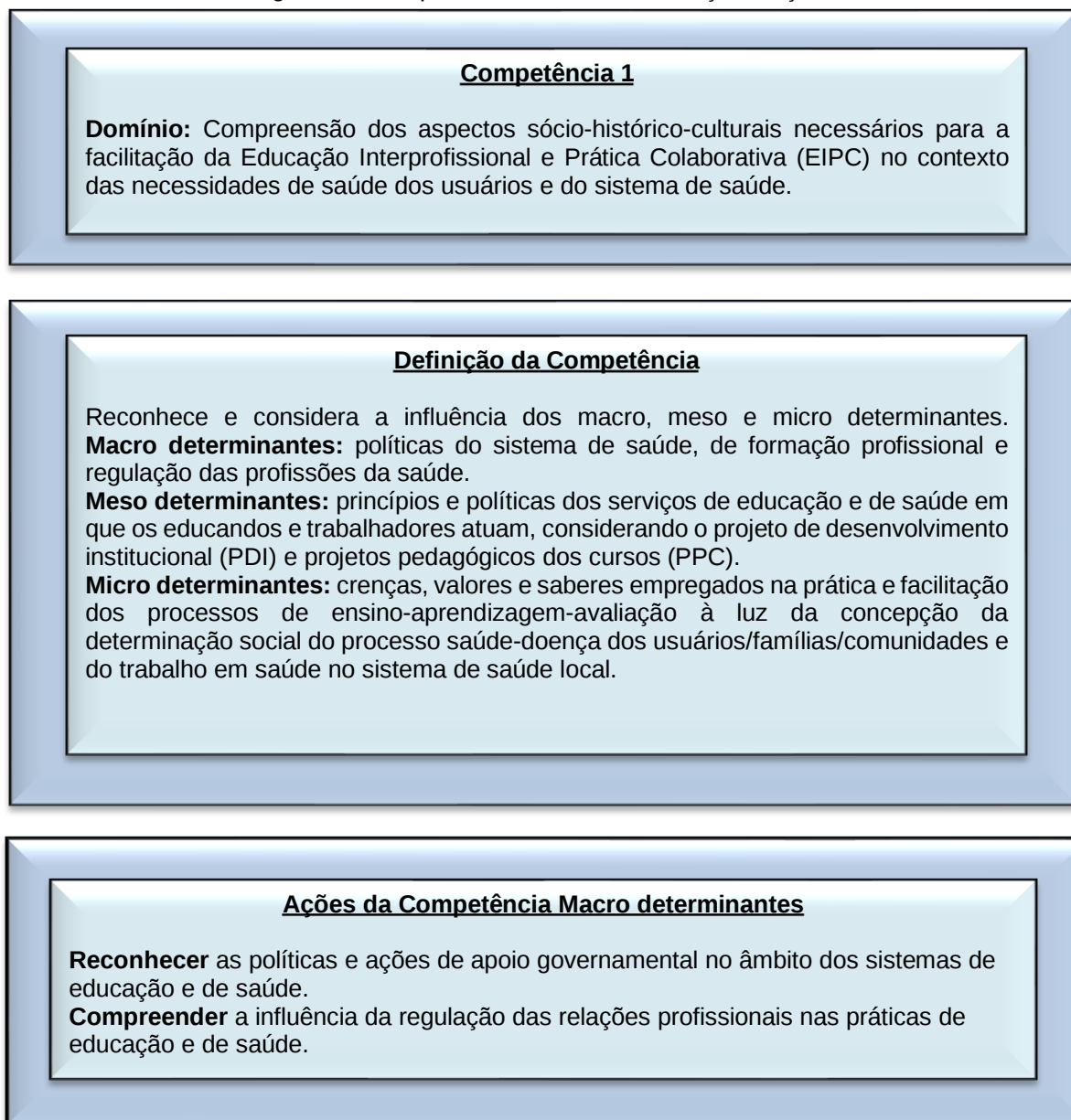
Figura 8 – Domínios das quatro competências validadas na etapa 3 (produto final)



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A Figura 9 apresenta o domínio, a definição e as ações da competência 1.

Figura 9 – Competência 1, domínio, definição e ações



Ações da Competência Meso determinantes

Identificar os parceiros da EIPC para a promoção do seu fortalecimento.

Reconhecer a necessidade do constante desenvolvimento docente, facilitadores e preceptores de cenários de prática em EIPC.

Considerar a influência das características institucionais nos processos de EIPC na formação profissional e no trabalho em saúde.

Buscar apoio institucional local para promover a sustentabilidade da EIPC.

Examinar a inclusão da EIPC nas atividades de formação (nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de graduação e pós-graduação em saúde, nas atividades curriculares de extensão, nos cenários de prática e nos serviços de saúde).

Mapear mudanças necessárias no processo de trabalho em saúde a partir da adoção da EIPC.

Interagir com representantes institucionais de forma a facilitar a implementação da EIPC em seu contexto.

Ações da Competência Micro determinantes

Considerar os aspectos necessários para a socialização interprofissional na formação e no trabalho em saúde.

Reconhecer a importância da dupla identidade profissional, considerando identidade profissional específica e interprofissional.

Compreender as relações de poder presentes nas interações interprofissionais que interferem no cuidado e na formação integrada.

Promover o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença dos usuários, famílias e comunidades na formação e no trabalho em saúde.

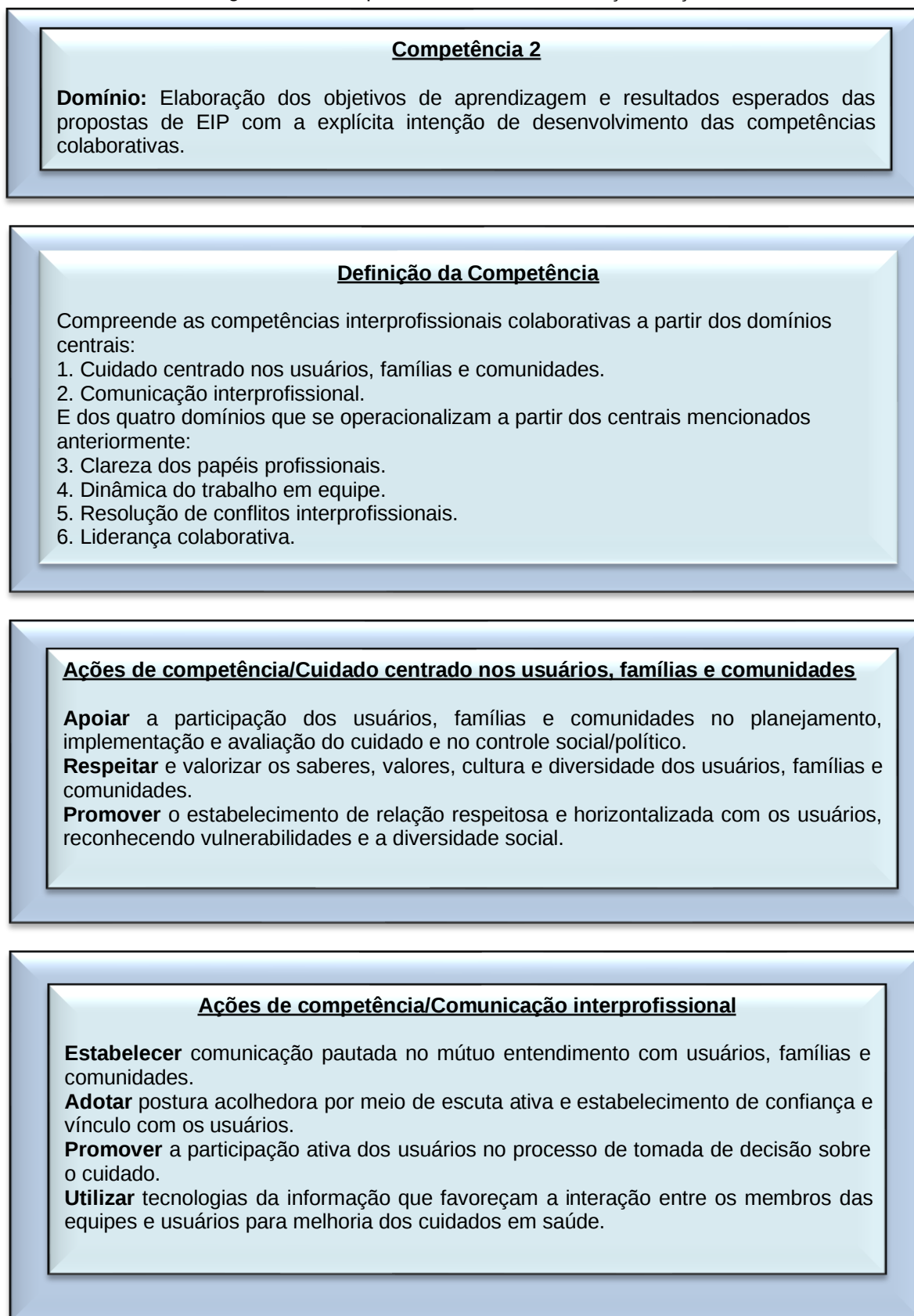
Participar politicamente para o enfrentamento dos desafios para o avanço da EIPC.

Estimular o exercício da comunicação interprofissional para o mútuo entendimento das diferentes áreas.

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A Figura 10 apresenta o domínio, a definição e as ações da competência 2.

Figura 10 – Competência 2, domínio, definição e ações



Ações de competência/Clareza dos papéis profissionais

Valorizar a construção de práticas articuladas e interdependentes entre as profissões da saúde para a melhoria dos resultados do cuidado, por meio de diferentes formas de trabalho interprofissional (trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede).

Estabelecer relação horizontalizada com profissionais de diferentes profissões.

Promover o reconhecimento e valorização do seu próprio papel profissional e dos diferentes papéis profissionais.

Ações de competência/Dinâmica do trabalho em equipe

Reconhecer a necessidade de que equipes estabeleçam objetivos comuns, interdependência, integração, parceria, clareza de papéis e responsabilidades.

Valorizar relações de confiança e respeito entre os membros da equipe.

Aplicar processos de coprodução e tomada de decisões compartilhadas para a qualidade do cuidado.

Estabelecer integração entre diferentes equipes da rede de atenção à saúde, sempre que necessário, considerando as necessidades de saúde dos usuários.

Ações de competência/Resolução de conflitos interprofissionais

Conhecer e compreender estratégias para lidar com os conflitos.

Valorizar o potencial construtivo de situações conflituosas na equipe.

Identificar situações comuns que possam ocasionar discordâncias interprofissionais.

Promover um clima seguro para expressão de diferentes opiniões e pontos de vista.

Padronizar estratégias para a resolução de conflitos com participação ativa dos envolvidos.

Ações de competência/Liderança colaborativa

Promover interdependência e corresponsabilização pelos processos escolhidos e resultados alcançados.

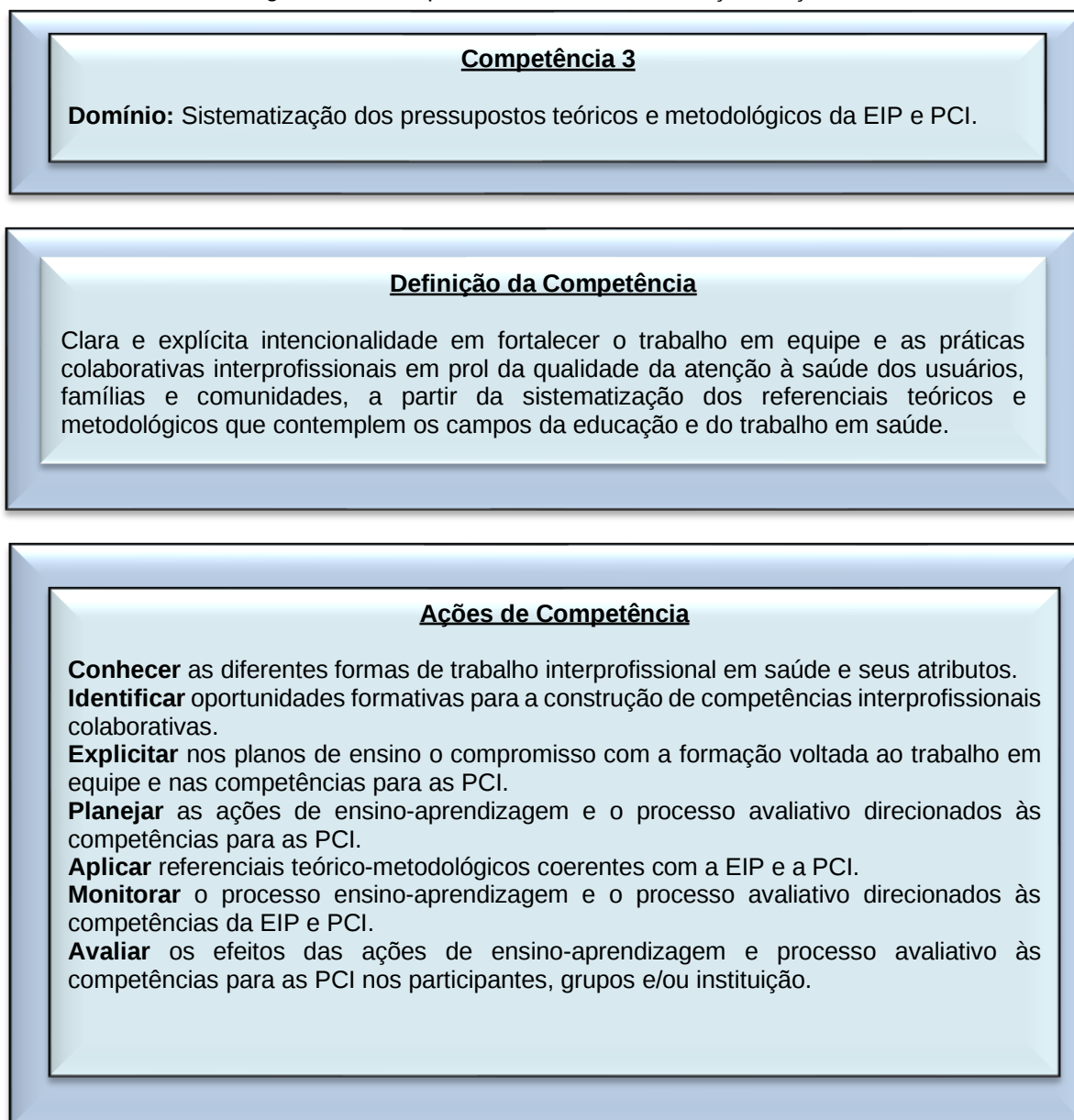
Favorecer liderança e tomadas de decisões compartilhadas entre as diferentes áreas profissionais e usuários.

Reconhecer o papel da liderança na facilitação do trabalho em equipe integrado.

Valorizar a contribuição de cada membro da equipe para o alcance de metas compartilhadas.

A Figura 11 apresenta o domínio, a definição e as ações da competência 3.

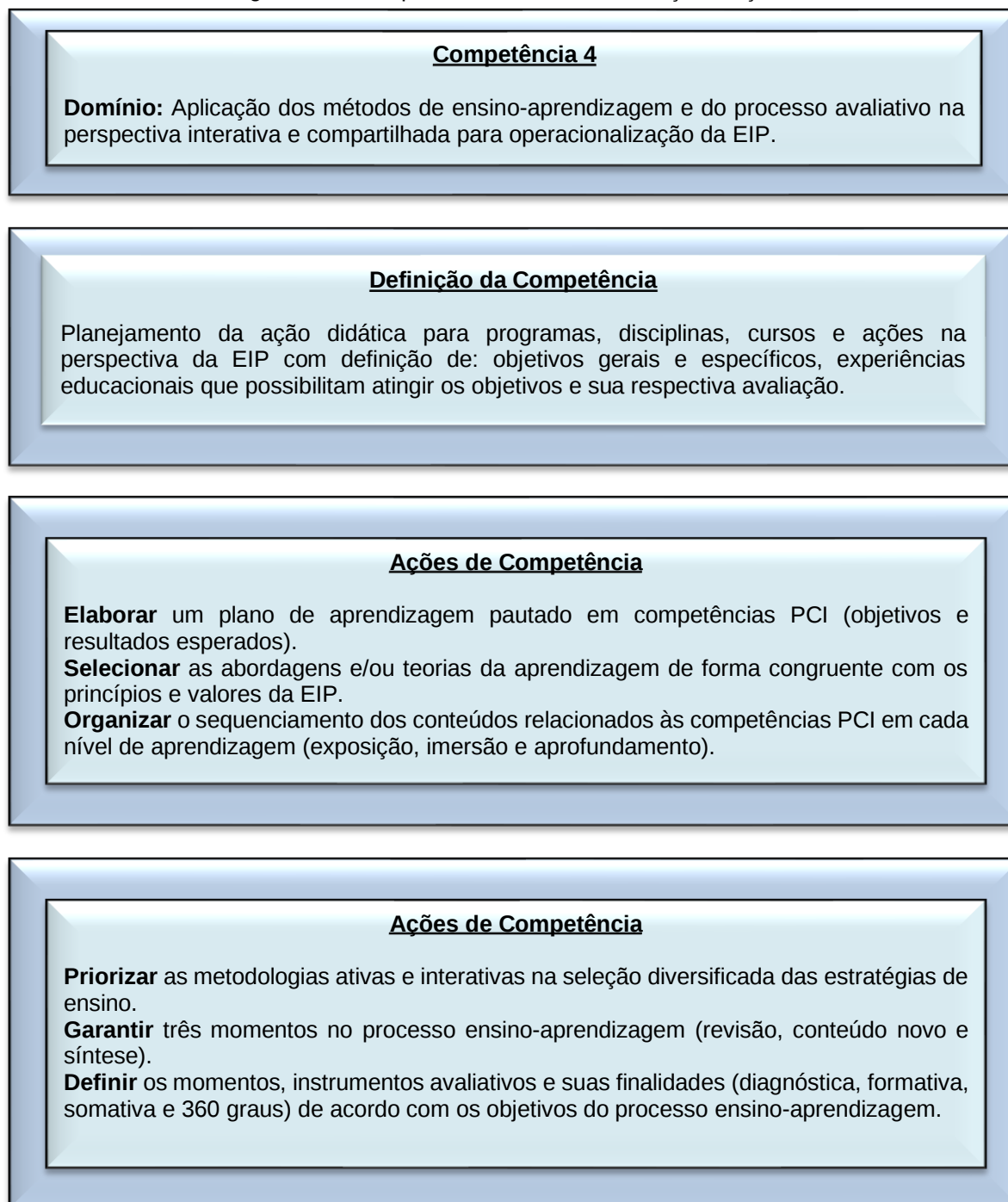
Figura 11 – Competência 3, domínio, definição e ações



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A Figura 12 apresenta o domínio, a definição e as ações da competência 4.

Figura 12 – Competência 4, domínio, definição e ações



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

6 DISCUSSÃO

6.1 DISCUSSÃO DA REVISÃO DE ESCOPO (ETAPA 1)

Esta revisão de escopo revelou o investimento dos docentes, supervisores/preceptores clínicos dos cenários de prática, profissionais de saúde e educadores interprofissionais em competências colaborativas interprofissionais e de facilitação na EIP, bem como em competências para o DD na EIP em saúde, tais como teorias de aprendizagem, estratégias de ensino-aprendizagem e instrumentos para o processo de avaliação. As competências colaborativas interprofissionais foram elaboradas visando identificar os conhecimentos, habilidades, atitudes, comportamentos e julgamentos necessários para atingir a excelência e aplicá-los em situações de colaboração (CIHC, 2010).

A estrutura de competências fundamentais para a prática colaborativa (IPEC, 2011) foi atualizada devido aos avanços na pesquisa, à disseminação das competências colaborativas em iniciativas da EIP, ao impacto desse quadro de competências e às mudanças ocorridas no sistema de saúde desde a publicação deste relatório em 2011. Sendo assim, foi necessário rever o quadro de competências (IPEC, 2016).

Diante do que foi apresentado, a IPEC ampliou o relatório anterior com as recomendações sobre as competências fundamentais e subcompetências para a prática colaborativa interprofissional. A primeira alteração incorporada foi: competência interprofissional colaborativa apresentada como um domínio em si. Logo, as quatro competências centrais (valores/ética; papéis e responsabilidade; comunicação entre profissionais e equipes e trabalho em grupo) foram incorporadas a uma competência única, e devem ter como princípio o cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades. A segunda alteração é uma resposta direta às mudanças no sistema de saúde, uma vez que essas atualizações se concentraram em aumentar as competências para atingir as metas atuais das necessidades de saúde e promover melhorias e equidade em saúde (IPEC, 2016).

As competências colaborativas em EIP apresentadas em todos os estudos estão consistentes aos quadros/estruturas de competências da literatura (CIHC, 2010; IPEC, 2011, 2016). Os modelos de competências colaborativas

interprofissionais identificados no presente estudo têm os domínios da comunicação e do trabalho em equipe em comum e podemos dizer que expressam a intencionalidade de fortalecer a força de trabalho em saúde na interprofissionalidade. Todavia, é importante frisar que apenas os quadros de competências CIHC (2010) e IPEC (2016) têm o domínio do cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades.

Em relação à heterogeneidade inerente aos docentes nas iniciativas de DD em EIP, devem ser consideradas as características profissionais do corpo docente, como: regime de trabalho parcial ou integral, qualificações e responsabilidades de ensino que podem variar e influenciar diretamente no ponto de vista e nos métodos de facilitação na EIP (Legros *et al.*, 2015). Além disso, podem surgir dificuldades para identificar as oportunidades reais de EIP nos cenários de prática, dado os diferentes repertórios e experiências profissionais dos facilitadores envolvidos (Tanzer; Dintzner, 2018).

Uma pesquisa prévia constatou que supervisores/preceptores clínicos identificaram oportunidades para a prática colaborativa interprofissional, no entanto, os docentes não tiveram a mesma percepção e necessitam trabalhar em conjunto com os supervisores/preceptores clínicos nos cenários de prática para identificar e aproveitar essas oportunidades (Julie *et al.*, 2016).

A literatura sugere uma estratégia para lidar com as possíveis dificuldades que possam surgir devido à percepção dos membros do corpo docente quanto às oportunidades reais de EIP. A designação de líderes e mentores experientes em facilitação na EIP visa promover uma padronização e proporcionar a oportunidade de experimentação de diferentes métodos de ensino-aprendizagem e dinâmicas de trabalho em equipe (Legros *et al.*, 2015). O envolvimento de líderes pode contribuir para a valorização dos diferentes saberes dos educadores interprofissionais para reconhecer e permitir que os estudantes vivenciem a EIP nos cenários de prática.

Como apontado em nossos resultados, um estudo conduzido revelou que muitas das publicações sobre intervenções pedagógicas em EIP não apresentam um detalhamento preciso sobre a teoria de aprendizagem escolhida para guiar as intervenções (Reeves, 2016a). Isso pode ocorrer devido à falta de detalhamento e entendimento acerca das teorias de aprendizagem que podem ser empregadas nas iniciativas educacionais da EIP. A escassez de dados disponíveis na literatura também está associada à falta de diretrizes claras sobre a pedagogia adequada,

objetivos de aprendizagem, resultados de aprendizagem e impacto das iniciativas relacionadas à EIP no corpo docente (Freeman *et al.*, 2010), o que pode dificultar a elaboração de quadros teóricos para o DD na EIP em saúde.

Nossos resultados foram evidenciados por algumas teorias da aprendizagem selecionadas pelos autores dos estudos desta revisão, aplicadas de forma independente ou combinada. As teorias da aprendizagem são aproximações parciais e restritas a aspectos e áreas concretas da aprendizagem e dificilmente constituem um corpo integrado de conhecimentos capazes de explicar o sentido global dos fenômenos complexos que ocorrem na aprendizagem (Camillo; Medeiros, 2018).

A teoria da aprendizagem de adultos define que cada indivíduo é responsável e protagonista do seu próprio aprendizado, responsabilidade que, na aprendizagem interprofissional, é compartilhada entre os indivíduos e o grupo. Os princípios da educação para adultos enfatizam a aprendizagem cooperativa, colaborativa, reflexiva e socialmente construída entre as pessoas (Barr, 2013), conforme os princípios e valores da EIP, que incluem colaboração, interação, respeito mútuo, parcerias e responsabilização (Barr; Low, 2011).

As experiências para o DD na EIP também revelaram a abordagem Vygotskyana Construcionista. No construtivismo, o ser humano é visto como alguém que se transforma, assim como é transformado mediante relações e interações, entre o ser humano, o meio social e cultural no qual está inserido. Dessa forma, o ser humano está sempre aprendendo e se transformando mediante as interações sociais (Heimann *et al.*, 2013).

A teoria do construtivismo pode ser a base para a elaboração, oferta e processo de avaliação de iniciativas de DD em EIP, sendo que estudantes e/ou profissionais de saúde precisam se relacionar constantemente. Sendo assim, é necessário ter atenção para incentivar experiências de aprendizagem que propiciem interações entre os profissionais e/ou estudantes para a construção dos conhecimentos (Legros *et al.*, 2015; Thistlethwaite; Vlasses, 2021).

Outra perspectiva apresentada nos resultados desta revisão é a da aprendizagem experiencial, na qual o conhecimento é construído e modificado por meio das experiências. Assim sendo, o conhecimento não é considerado um elemento inalterável e imutável como na abordagem tradicional. A experiência resulta da interação entre o mundo exterior e interno do ser, criando situações e conhecimentos que permitem a criação e a recriação do conhecimento (Ruoff *et al.*,

2016). Durante a construção e reconstrução de novos saberes com base em vivências, pode haver conflitos que podem resultar no aprimoramento de percepções, compreensão e novas competências. Nesse processo, os membros da comunidade de aprendizado trabalham em conjunto no entendimento dos fenômenos, na tomada de decisões e na resolução de problemas de suas práticas (Barr *et al.*, 2016), aspectos estes que reforçam a necessidade de a EIP possibilitar vivências em cenários reais de práticas de saúde.

Todas as pesquisas detalharam as ações para o DD na EIP, enfatizando as metodologias ativas e interativas segundo os princípios e valores da EIP, que destacam a importância da interação intencional entre estudantes, educadores, supervisores/preceptores e docentes (Freeman *et al.*, 2010; Thistlethwaite; Vlasses, 2021). A metodologia ativa proporciona um processo de ensino e aprendizado crítico e reflexivo, no qual o estudante se compromete com o seu processo de aprendizagem. A adaptação desses métodos pode gerar oportunidades para aprimorar competências colaborativas interprofissionais (Barr; Low, 2013), enquanto a utilização de metodologias ativas pode tornar o aprendizado mais atrativo e favorecer um aprendizado mais aprimorado (Reeves, 2016a).

O CAIPE propõe a implementação de estratégias avaliativas dinâmicas, diversificadas e contínuas ao longo da ação em EIP (Barr; Low, 2013). O processo de avaliação de uma oferta educacional em EIP deve ser pensado com cautela na fase de elaboração do projeto. Além da definição dos instrumentos de avaliação que devem estar alinhados aos objetivos e resultados de aprendizagem, outro aspecto relevante do processo de avaliação é o estabelecimento dos momentos de aplicação dos instrumentos (Reeves *et al.*, 2015).

A síntese sobre o processo de avaliação das iniciativas de DD em EIP em saúde destacaram os níveis de avaliação relacionados à reação, modificação de atitudes/percepções, aquisição de conhecimentos e habilidades e a mudança de comportamento. Com isso, novos estudos são necessários para avaliar as iniciativas de DD em EIP a longo prazo, bem como seu impacto na comunidade ou na organização e os benefícios para usuários, famílias e comunidades.

Espera-se que o mapeamento dessas competências possa contribuir para a fundamentação teórica na elaboração, entrega e avaliação de novas iniciativas para o DD na EIP em saúde.

6.1.1 Discussão da Primeira e Segunda Versão dos Quadros de Competências para o DD na EIP em Saúde (Etapa 2 e Etapa 3)

Na rodada I (etapa 2), os especialistas sugeriram a inclusão de duas teorias e três abordagens da aprendizagem, sendo: 1. Teoria da aprendizagem significativa; 2. Teoria da aprendizagem experiencial; 3. Abordagem da aprendizagem sociocultural; 4. Abordagem da aprendizagem construtivista; 5. Abordagem da educação baseada em competências.

Isso pode ser explicado pelo fato de a EIP estar alinhada aos fundamentos da teoria da aprendizagem para adultos. Dessa forma, diferentes teorias e abordagens da aprendizagem estão consistentes com os aspectos teóricos conceituais e metodológicos da EIP. Os fundamentos da teoria da aprendizagem para adultos enfatizam a cooperação, a aprendizagem colaborativa, a reflexão e a construção social (Barr, 2013). Sob esse ponto de vista, estudos recentes demonstraram a aplicação da teoria da aprendizagem para adultos para apoiar as práticas pedagógicas dos programas de DD na EIP em saúde (Schapmire *et al.*, 2021; Williams *et al.*, 2021).

A aprendizagem interprofissional se dá pelo envolvimento ativo dos estudantes com os papéis, crenças, valores e culturas de diferentes áreas profissionais, visando alcançar a aprendizagem e objetivos compartilhados (Thistlethwaite; Vlasses, 2021). Dessa forma, a abordagem sociocultural está em conformidade com os princípios da EIP. A abordagem de aprendizagem sociocultural enfatiza as características do contexto social, econômico, político e cultural na qual o estudante está inserido. Essa abordagem é direcionada para a democratização da cultura. Dentre vários autores dessa abordagem, é possível mencionar os trabalhos de Paulo Freire que buscam a valorização, o protagonismo dos estudantes, o reconhecimento dos conhecimentos prévios, a reflexão, a conscientização, a colaboração, o diálogo e a implicação com a mudança das relações sociais (Freire, 2011; Leite; Prado; Peres, 2010; Mizukami, 1986).

Ao item II, com base nas sugestões fornecidas pelos especialistas, a expressão “estratégias de ensino-aprendizagem” foi substituída por “níveis de ensino-aprendizagem”. Além disso, incluiu-se a estratégia de seminários no nível de imersão e no nível de aprofundamento e a estratégia de elaboração do plano de cuidados compartilhados. As inclusões foram fundamentadas nas definições dos níveis de

ensino-aprendizagem apresentadas na literatura sobre EIP (Charles; Bainbridge; Gilbert, 2010; NOSM, 2015). Em relação aos novos itens propostos pelos especialistas, observa-se que foram sugeridos ao item III a adição de abordagens da avaliação e estruturas de avaliação. Em congruência com esses novos itens, um estudo que buscou evidências sobre como avaliar a EIP demonstrou entre os principais resultados aspectos relacionados à avaliação, a saber: 1. A avaliação pode ser classificada em três tipos: diagnóstica, formativa e somativa; 2. As estruturas de avaliação, tais como o modelo 3P (presságio-processo-produto) e a tipologia de Kirkpatrick (Reeves; Barr, 2016).

Para o item IV, com base nas sugestões, a palavra “facilitação” foi substituída por “docentes”. De maneira mais ampla, é possível considerar como membros do corpo docente todos os que atuam na educação e no ensino dos estudantes (Steinert, 2014), incluindo preceptores, supervisores de estágio e facilitadores. Esse conceito abrangente é fundamental para estabelecer deveres e direitos iguais para todos os envolvidos na educação dos estudantes, por se tratar de educadores para a EIP independentemente de sua vinculação profissional com as universidades, centros formadores e/ou serviços de saúde.

Adicionalmente, ao item IV, houve uma alteração de descrição/escrita a partir dessa sugestão: incluir e explicitar nas competências a clara intenção pedagógica dos pressupostos da EIP. A sugestão está de acordo com a literatura, dado que estudos evidenciaram que os pressupostos da EIP devem ser incorporados de maneira intencional e clara às práticas pedagógicas (Costa, 2014; 2019; Shelton; Thomason; Hensarling, 2022; Thistlethwaite; Vlasses, 2021). Devido à relevância, a sugestão foi aceita e incorporada à descrição/escrita do item.

No que diz respeito à rodada II (etapa 2), os especialistas analisaram seis itens apresentados anteriormente no Quadro 8. Os especialistas apresentaram duas sugestões para o item II, a saber: incluir situações de aprendizado em contextos de trabalho em saúde e estágios curriculares ou extracurriculares. Um estudo realizado demonstrou que a aprendizagem interprofissional ocorre, muitas vezes, no ambiente de trabalho, quando os profissionais de saúde revisam o seu trabalho, juntos, ou encontram algo incomum que os leva a parar, observar com mais atenção algum aspecto de preocupação ou procurar informações uns com os outros (Thistlethwaite; Vlasses, 2021). As estratégias recomendadas foram incorporadas ao item, uma vez que corroboram com as definições dos níveis de ensino-aprendizagem apresentadas

na literatura (Charles; Bainbridge; Gilbert, 2010; NOSM, 2015).

Recomendou-se acrescentar um novo item para organizar a estrutura de avaliação. O juiz propôs separar a tipologia de Kirkpatrick das outras estruturas por considerar que a tipologia seria adequada somente para avaliar os resultados dos programas DD na EIP. Ao pesquisar na literatura, foram encontrados estudos que indicaram a utilização da tipologia de Kirkpatrick para avaliar se os estudantes alcançaram os resultados esperados, bem como para avaliar os efeitos das ações educativas direcionadas ao DD na EIP (Blakeney *et al.*, 2021; Marrs, 2021; Reeves, 2016a; Reeves; Barr, 2016; Stokes *et al.*, 2021). Assim, optamos por não adicionar o item, pois acreditamos que a tipologia em questão pode ser útil no processo de avaliação do estudante. Em relação à avaliação de programas de DD na EIP, entendemos que seja necessária uma adaptação na tipologia de Kirkpatrick, para que seja aplicável de modo pertinente à avaliação do DD.

No item V, foi proposto acrescentar a metodologia de avaliação 360 graus. Também conhecida como *Multisource Feedback* (feedback de múltiplas fontes ou avaliação 360 graus), é uma metodologia de avaliação baseada na coleta sistemática de dados e no feedback sobre o desempenho do profissional ou do estudante (Romão *et al.*, 2019). A metodologia de avaliação 360 graus permite que o avaliado compare suas percepções pessoais sobre si (autoavaliação) com as percepções das pessoas com quem interage durante a avaliação (Pontes, 2021), tais como docentes, usuários, pares e membros da equipe de saúde. Além disso, a utilização de diferentes métodos de avaliação da aprendizagem pode contribuir para a avaliação de competências relacionadas à comunicação, fundamentais para todos os profissionais da área da saúde (Lima, 2019).

Em relação à rodada I (etapa 3), os especialistas examinaram a segunda versão do quadro de competências para o DD na EIP, composto por quatro competências organizadas em domínio da competência, definição da competência e ações de competência, distribuídas em 20 itens conforme apresentado anteriormente no Quadro 10.

Foi apresentada uma sugestão para o item I para substituir o verbo “comprometer-se” pelo verbo “sistematizar”. Ao analisar a sugestão, notamos que o verbo sistematizar, classificado no domínio cognitivo, está de acordo com o domínio dos verbos que foram descritos para as ações de competência.

É importante salientar que, ao elaborar o quadro de competências para o DD

na EIP, utilizamos a taxonomia desenvolvida por Bloom e colaboradores, que classifica os domínios de aprendizado em três áreas: cognitivo, afetivo e psicomotor (Gil, 2023; Gil; Pessoni, 2020). Portanto, adequamos as descrições/escritas do domínio de competência item I e da definição de competência item II por estarem interligadas.

Ao item IV, foi requisitada a substituição da expressão “sistema de saúde local” por “sistema de saúde”. A fim de tornar a descrição/escrita do texto mais coerente com os determinantes (macro, meso e micro), procedemos à alteração sugerida no domínio da competência item IV e na definição da competência item V por estarem interligadas.

No item V, foi retirada a expressão “assistente social”, pois é uma profissão reconhecida como integrante da área da saúde no país (BVS, 2022). De maneira semelhante, foi retirada a palavra “institucional” da ação de competência da dimensão macro item VI, devido aos aspectos institucionais serem contemplados na dimensão de meso determinantes (Oandasan; Reeves, 2005).

O juiz sugeriu para o item VII duas ações de competência no nível meso determinante, sendo: identificar as mudanças necessárias no processo de trabalho em saúde a partir da EIP e PCI e interagir com os representantes institucionais para obter apoio para implementação da EIP e PCI. Sob esse ponto de vista, um estudo mostrou que as ações sugeridas são condizentes com a dimensão meso (Oandasan; Reeves, 2005). Portanto, as alterações na descrição/escrita do item em questão foram realizadas.

As sugestões para o item IX foram relacionadas à adoção de métodos de ensino-aprendizagem e processos avaliativos que demonstrem a importância de respeitar e valorizar os saberes da EIP. De maneira semelhante, uma pesquisa de DD na EIP evidenciou que algumas das competências a serem trabalhadas com o corpo docente são os valores, propósitos e resultados da EIP (Williams; Johnson; Cruz, 2021). É importante salientar que, antes de estabelecer os métodos de ensino-aprendizagem e os modelos de avaliação adequados, é preciso estabelecer objetivos de aprendizagem, competências e resultados esperados (Gil, 2023; Gil; Pessoni, 2020), corroborando a necessidade de um quadro ou estrutura de competências para o DD na EIP.

Somente após essas definições fundamentais, o docente deve prosseguir para as outras etapas do planejamento. No planejamento, o docente deve estabelecer um

encadeamento lógico entre os objetivos de aprendizagem, competências, sequenciamento dos conteúdos, níveis de aprendizagem, teorias/abordagens da aprendizagem, métodos de ensino-aprendizagem e procedimentos de avaliação (Gil, 2023).

No produto final do quadro de competências elaborado na etapa 3, quatro competências foram validadas: 1. Compreensão dos aspectos sócio-histórico-culturais para a EIP e PCI no contexto das necessidades de saúde, dos usuários e sistemas de saúde; 2. Elaboração dos objetivos de aprendizagem e resultados esperados das propostas de EIP com a explícita intenção de desenvolvimento das competências colaborativas; 3. Sistematização dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI; 4. Aplicação dos métodos de ensino-aprendizagem e do processo avaliativo na perspectiva interativa e compartilhada para operacionalização da EIP.

A competência 1 abrange a compreensão dos elementos sócio-histórico-culturais fundamentais para a facilitação na EIP e PCI no contexto das demandas de saúde dos usuários e do sistema de saúde. Adicionalmente, os docentes da EIP devem compreender as variáveis que podem auxiliar ou dificultar uma ação em EIP, relacionadas às dimensões macro, meso e micro determinantes.

O nível macro determinante diz respeito às políticas governamentais de trabalho em saúde e educação profissional. Essas políticas pretendem direcionar e dar consistência às mudanças na dimensão meso e micro determinantes (Costa, 2019).

No âmbito meso determinante, estão incluídos projetos pedagógicos, conteúdos curriculares, metodologias de ensino-aprendizagem, bem como todos os aspectos institucionais e organizacionais. No nível micro determinante, o foco é dado às interações interpessoais que orientam o aperfeiçoamento das competências colaborativas interprofissionais (Costa, 2019; Oandasan; Reeves, 2005). Estudo recente, por sua vez, indicou a relevância de o corpo docente da EIP estar capacitado sobre as dimensões determinantes para conduzir atividades que preparem os estudantes para lidar com as barreiras que podem impedir a colaboração (Cimino *et al.*, 2022).

Na competência 2, conforme discutido previamente, optamos por utilizar a tradução para o português brasileiro do quadro de Competências Interprofissionais Colaborativas (CIHC) elaborado por um grupo do Canadá. A estrutura é composta

por dois domínios de competências centrais e quatro domínios de competências que operam a partir dos domínios centrais, sendo: 1. Cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidade; 2. Comunicação interprofissional; 3. Clareza dos papéis profissionais; 4. Dinâmica do trabalho em equipe; 5. Resolução de conflitos interprofissionais; 6. Liderança colaborativa (CIHC, 2010). Os pilares desta estrutura são os domínios da assistência centrada nos usuários, famílias e comunidades, bem como a comunicação interprofissional (CIHC, 2010), fundamentais para os diferentes tipos de trabalho interprofissional. O cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades visa romper com o paradigma hegemônico do modelo biomédico e superar a fragmentação do cuidado (Zhao *et al.*, 2016).

Estudos recentes demonstraram a adoção de uma estrutura de competências interprofissionais para auxiliar as iniciativas de DD na EIP (Christianson; Bainbridge; Halupac, 2018; Diggele *et al.*, 2020; Rider *et al.*, 2023). A CIHC (2010) incentiva os docentes da interprofissionalidade a adotarem a estrutura como um ponto de partida para o planejamento pedagógico. A estrutura facilita a compreensão do que influencia a PCI, a fim de planejar atividades de ensino-aprendizagem que favoreçam o desenvolvimento de competências colaborativas (CIHC, 2010).

Ademais, Cimino *et al.* (2022) explicam que os docentes devem aprimorar as mesmas competências colaborativas interprofissionais que serão modeladas aos estudantes em suas futuras ações educativas na EIP. Sendo assim, não podemos simplesmente supor que essas competências serão adquiridas naturalmente pelos docentes da EIP. Dessa forma, para que a EIP alcance seu objetivo de formar profissionais capazes de trabalhar em equipe colaborativamente e centrada nos usuários, famílias e comunidades, é imprescindível promover a formação docente na mesma direção.

A competência 3 diz respeito à sistematização dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI, bem como a clara intenção de fortalecer o trabalho em equipe interprofissional e as práticas colaborativas. Com isso, o docente precisa conhecer as diferentes formas de trabalho interprofissional para, assim, identificar oportunidades para o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas.

Xyrichis *et al.* (2018) enfatizaram que, enquanto não houver uma definição clara sobre os diferentes tipos de trabalho interprofissional, o progresso na

identificação de qual forma de trabalho será mais eficiente e em quais circunstâncias será mais lento. Desse modo, os autores elaboraram uma tipologia composta por quatro níveis e cinco subcategorias: 1. Trabalho em equipe; 2. Colaboração (colaboração consultiva e parceria colaborativa); 3. Coordenação (colaboração coordenada, coordenação delegativa, coordenação consultiva); 4. Redes.

A classificação e a compreensão da diversidade do trabalho interprofissional permitem aos docentes estabelecerem uma relação entre a teoria e a prática, bem como preparar os estudantes para seus papéis e responsabilidades (Thistlethwaite; Vlasses, 2021).

Além de identificar as oportunidades de ensino aos estudantes, os educadores devem aprimorar suas competências de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das atividades educativas sob a perspectiva da EIP. Corroborando essa afirmação, pesquisas sinalizam que os programas de DD em EIP devem capacitar o corpo docente para planejar, implementar e avaliar atividades educativas em EIP (Blakeney *et al.*, 2021; Marrs *et al.*, 2021; Shelton; Tomason; Hensarling, 2022).

A competência 4 versa sobre a aplicação dos métodos de ensino-aprendizagem e do processo avaliativo na perspectiva interativa para operacionalização da EIP. Uma pesquisa realizada por Shelton, Thomason e Hensarling (2022) sinaliza que as propostas educativas voltadas para a comunidade ou para o DD na perspectiva da EIP devem ter como diretrizes a identificação clara das competências interprofissionais que serão trabalhadas, o plano de avaliação, a inclusão da atividade no currículo e as possibilidades de bolsas de estudo. Há uma valorização crescente das metodologias ativas aplicadas em iniciativas de DD na EIP. Entretanto, os estudos apontam o uso de metodologias ativas, mas não distinguem as metodologias ativas que devem ser aplicadas nos níveis de ensino-aprendizagem de exposição, imersão e aprofundamento (Blakeney *et al.*, 2021; Diggele *et al.*, 2020; Rider *et al.*, 2023; Stokes *et al.*, 2021).

A presente tese espera que o quadro construído e validado possa contribuir nos planejamentos, implementações e avaliações de ofertas educacionais direcionadas ao DD na EIP em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da inexistência de um quadro de competências que possa fundamentar as iniciativas para o desenvolvimento docente na educação interprofissional, a presente tese visou a construção e validação de um quadro de competências para o desenvolvimento docente sob a perspectiva da educação interprofissional. Para isso, foi necessária a divisão do estudo em três etapas.

Na primeira etapa, uma revisão de escopo evidenciou dois grupos de competências. O primeiro grupo é baseado em conhecimentos didático-pedagógicos, como as teorias e abordagens da aprendizagem, as estratégias de ensino-aprendizado e o processo avaliativo, para estabelecer um encadeamento lógico e eficaz do planejamento pedagógico. O segundo grupo se fundamenta nas competências colaborativas, com o intuito de desenvolver as mesmas competências que serão modeladas pelos educadores ao conduzirem as suas ações educativas na EIP, bem como aprimorar a compreensão dos fatores que influenciam as práticas colaborativas.

A segunda e a terceira etapa do estudo permitiram a construção e a validação de dois quadros de competências. O quadro da segunda etapa teve como foco principal as competências de facilitação que dizem respeito aos saberes didático-pedagógicos e as competências para o DD na EIP. Na terceira etapa, o quadro foi composto pelas competências validadas na etapa anterior, sistematizadas em domínios, definições e ações das competências.

O produto final consistiu na validação de um quadro composto por quatro competências que abordaram, respectivamente: 1. Compreensão dos aspectos sócio-histórico-culturais para a EIP e prática colaborativa interprofissional (PCI) no contexto das necessidades de saúde, dos usuários e sistemas de saúde; 2. Elaboração dos objetivos de aprendizagem e resultados esperados das propostas de EIP com a explícita intenção de desenvolvimento das competências colaborativas; 3. sistematização dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI; 4. Aplicação dos métodos de ensino-aprendizagem e do processo avaliativo na perspectiva interativa e compartilhada para operacionalização da EIP.

O quadro final de competências para o DD em EIP em saúde, construído e validado nesta tese, contribuirá para o embasamento, direcionamento, planejamento e a implementação de programas de DD em EIP visando avançar na

interprofissionalidade necessária para uma formação comprometida com a qualidade do cuidado em saúde. Trata-se de uma ferramenta que instrumentalizará facilitadores da EIP em diferentes contextos e práticas a fomentar, institucionalizar a EIP, promover inserções curriculares e vivências teórico-práticas no contexto do ensino e da extensão. Além disso, o quadro sistematizado pode contribuir para uma uniformização das ações para o DD na EIP, uma vez que visa atingir níveis padronizados de proficiência, garantindo que todos os estudantes alcancem o mesmo nível de aprofundamento ao final da ação educativa.

Podemos citar como limitações do estudo o longo período de coleta de dados do método Delphi, o que consequentemente atrasou a análise dos dados. Estudos adicionais são imprescindíveis para a utilização do quadro de competências validado em iniciativas para o DD na área da EIP em saúde, bem como para avaliar as oportunidades educacionais oferecidas em EIP a curto, médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, L.; HEAN, S.; O' HALLORAN, C.; PITT, R.; HAMMICK, M. Faculty Development for Interprofessional Education and Practice. *In*: STEINERT, Y. (ed.). **Faculty development in the health professions: A focus on research and practice**. Canada: Springer, 2014. p. 287–307.
- ANTUNES, M. M. **Método Delphi**: Um guia teórico e prático para pesquisa aplicada. Curitiba: CRV, 2023.
- ARAÚJO, C. M. M.; ALMEIDA, L. S. Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, p. 1–10, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne212>.
- ARCHIBALD, A.; TRUMPOWER, D. MACDONALD, C. J. Validation of the interprofessional collaborative competency attainment survey (ICCAS). **Journal Interprofessional Care**, [s. l.], v. 1, p. 1–6, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.917407>.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
- ATTRILL, S.; DYMMOTT, A.; WRAY, A. Clinical supervisor training: using critical incidents to identify learning outcomes. **Journal The Clinical Teacher**, [s. l.], v. 17, p. 401–407, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/tct.13104>.
- BANFIELD, V.; LACKIE, K. Performance-based competencies for culturally responsive interprofessional collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 611–620, 2009. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820902921654>.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARR, H. Competent to collaborate towards a competence-based model for interprofessional education. **Journal Interprofessional Care**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 181–188, 1998. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561829809014104>.
- BARR, H. **Interprofessional education**: the genesis of a global movement. Fareham: Center for the advancement of interprofessional care, 2015. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>. Acesso em: 03 jan. 2024.
- BARR, H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. **Journal Interprofessional Care**, [s. l.], v. 1, n. 27, p. 4–9, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.698328>.
- BARR, H.; HUTCHINGS, M.; MACHIN, A.; HELME, M.; GRAY, R.; REEVES, S. **Interprofessional Education Guidelines 2016**. London: CAIPE; 2016. Disponível

em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/barr-h-gray-r-helme-m-low-h-reeves-s-2016-interprofessional-education-guidelines>. Acesso em: 11 set. 2023.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à educação interprofissional**. Tradução de José Rodrigues Freire Filho. London: CAIPE, 2013.

BARR, H.; LOW, H. **Principles of interprofessional education**. London: CAIPE, 2011.

BASHATAH, A. S.; AL-AHMARY, K. A.; ARIFI, M. A.; ASIRI, Y. A.; ALRUTHIA, Y.; METWALLY, A. S.; KING, C. A.; WILLIAMS, B. Interprofessional cooperation: an interventional study among Saudi healthcare teaching staff at King Saud University. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, [s. l.], v. 13, p. 1537–1544. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S279092>.

BASTOS, T. B. M. C.; BOSCAROLI, C. A competência docente e sua complexidade de conceituação: Uma revisão sistemática. **Revista Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 37, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-4698235498>.

BERGHOUT, T. How are nurse educators prepared to teach interprofessional practice? **Journal Nurse Education Today**, [s. l.], v. 98, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104745>.

BLAKENEY, E. A. R.; OWEN, J. A.; OTTIS, E.; BRASHERS, V.; SUMMERSIDE, N.; HAZLIP, J.; DYER, C.; HALL, L.; ZIERLER, B. K. Measuring the impact of the national Train-the-Trainer Interprofessional Team Development Program (T3-ITDP) on the implementation of interprofessional education and interprofessional collaborative practice. **Journal of Interprofessional Education Practice**, [s. l.], v. 24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100442>.

BOTMA, Y. Consensus on interprofessional facilitator capabilities. **Journal of interprofessional Care**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 277–279, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1544546>.

BRASHERS, V.; HAZLIP, J.; OWEN, J. A. The ASPIRE Model: Grounding the IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice within a foundational framework. **Journal Interprofessional Care**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 128–132, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1624513>

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao. Acesso em: 03 jan. 2024.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 03 jan.

2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n. 1, de 13 de janeiro de 2014**. Brasília: Ministério da Educação; 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/20138-ces-2014> Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017**. Brasília: Ministério da Educação; 2017. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%206%2C%20DE%2019%20DE%20OUTUBRO%20DE%202017%20\(*\),vista%20o%20disposto%20no%20Art.](http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%206%2C%20DE%2019%20DE%20OUTUBRO%20DE%202017%20(*),vista%20o%20disposto%20no%20Art.) Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n. 3, de 21 de junho de 2021**. Brasília: Ministério da Educação; 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file> Acesso em: 14 abr. 2024.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Profissões da Saúde**. 2022. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/category/profissoes-da-saude/>. Acesso em: 03 jan. 2024.

CÂMERA, A. M. C. S.; CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G., AZEVEDO, G. D.; COSTA, M. V.; BELLINI, M. I. B.; PEDUZZI, M.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S.; REEVES, S. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 9-12, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0700>

CAMILLO, C. M.; MEDEIROS, L. M. **Teorias da educação**. Santa Maria: UFSM, NTE, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/18360/Curso_Lic-Ed-Camp_Teorias-Educ.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 26 dez. 2023.

CENTRE FOR INTERPROFESSIONAL EDUCATION. **A framework for the development of interprofessional education values and core competencies**. 2012. Disponível em: <https://ipe.utoronto.ca/general-curriculum>. Acesso em: 26 dez. 2023.

CHARLES, G.; BAINBRIDGE, L.; GILBERT, J. The University of British Columbia model of interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 9–18, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820903294549>.

CHRISTIANSON, T. M.; BAINBRIDGE, L.; HALUPA, C. A pilot study on interprofessional education: how prepared are faculty to teach? **Journal Professional Development in Education**, [s. l.], 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/19415257.2018.1474490>.

CIETIS. Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional. **6º CIETIS**, 2023. Disponível em: <https://cietis.etwas.com.br/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A National Interprofessional Competence Framework**. Vancouver: CIHC, 2010. Disponível em: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Acesso em: 12 dez. 2023.

CIMINO, F. M.; VARPIO, L.; KONOPASKY, A. W.; BARKER, A.; STALMEIJER, R. E.; MA, T. L. Can we realize our collaborative potential? A critical review of faculty roles and experiences in interprofessional education. **Journal Academic Medicine**, [s. l.], v. 97, n. 11, p. 87–95, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004909>.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 925–936, 2015.

COOGLE, L. C.; HACKETT, L.; OWENS, M. G.; ANSELLO, E. F.; MATHEWS, J. H. Perceived self-efficacy gains following an interprofessional faculty development programme in geriatrics education. **Journal Interprofesional Care**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 483–492, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1177003>

COSTA, M. V. D. **A educação interprofissional como abordagem para reorientação da formação profissional em saúde-2014**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

COSTA, M. V. A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. In: SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P (org.). **Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola**. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, RedEscola, 2019.

COSTA, M. V. D. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 7–13. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf> Acesso em: 04 jan. 2023.

COSTA, M. V. D.; PEDUZZI, M.; FREIRE FILHO, J. R. SILVA, C. B. G. **Educação Interprofissional em Saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018. Disponível em: <https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/educacao-interprofissional-em-saude.pdf> Acesso em: 04 jan. 2023.

COSTA, D. A. S.; SILVA, R. F.; LIMA, V.V.; RIBEIRO, E. C. O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões de saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Revista Interface comunicação, saúde e comunicação**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>

CURRAN, V.; SHARPE, D.; FORRISTALL, J. Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. **Journal Medical education**, [s. l.], v. 41, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02823.x>

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 6, p.1613–1624, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>

DIGGELE, C. V.; ROBERTS, C.; BURGESS, A. Interprofessional education: tips for design and implementation. **Journal BCM Medical Education**, [s. l.], v. 20, p. 455–461, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>.

DUNN, A. M. Culture competence and the primary care provider. **Journal of Pediatric Health Care**, [s. l.], v.16, n. 3, p. 105–111, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1067/mph.2002.118245>

EIFF, M. P.; MILLER, M. F.; VALENZUELA, S.; SASEEN, J. J.; ZIERLER, B.; CARRACCIO, C.; MCDONALD, F. S.; GREEN, L.; CARNEY, P. A. A model for accelerating educational and clinical transformation in primary care by building interprofessional faculty teams: findings from PACER. **Journal of Interprofessional Education and Practice**, [s. l.], v. 19, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100336>

EL-AWAISI, A.; ANDERSON, E.; BARR, H.; WILBY, K. J.; WILUR, K.; BAINBRIDGE, L. Important steps for introducing interprofessional education into health professional education. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 11, n. 6, p. 546–551, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.09.004>.

FERLA, A. A.; TOASSI, R. F. C. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 7–13.

FREEMAN, S.; WRIGHT, A.; LINDQVIST, S. Facilitator training for educators involved in interprofessional learning. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 375–385, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820903373202>.

FREETH, M. H.; REEVES, S.; KOPPEL, I. Effective interprofessional education – development, delivery and evaluation. **Journal Learn Health Soc Care**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 167–171, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00128.x>

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? Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 7–13.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Editora Paz e Terra: São Paulo, 2011.

FREITAS, M. A. O.; SEIFFERT, O. M. L. B. Formação docente e o ensino de pós-

graduação em saúde: Uma experiência na UNIFESP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60 n. 6, p. 635–640, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600004>.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z. A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, [s. l.], v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).

FUSCO, N. M.; OHTAKE, P. J. Training the trainers: A preceptor development program targeting interprofessional collaboration competencies. **Currents in Pharmacy Teaching & Learning**, [s. l.], v. 11, n. 11, p. 1138–1843, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2019.07.007>

GIL, A. C. **Metodologia do ensino superior**: presencial, a distância e híbrido. 6. ed. Barueri: Atlas, 2023.

GIL, A. C.; PESSONI, A. Estratégias para o alcance de objetivos afetivos no ensino remoto. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.24493>.

GURAYA, S. Y.; CHEN, S. The impact and effectiveness of faculty development program in fostering the faculty's knowledge, skills, and professional competence: A systematic review and meta-analysis. **Journal Saudi of Biological Sciences**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 688–697, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2017.10.024>.

HEIMANN, C.; PRADO, C.; MORAES, R. R. S. P.; VIDAL, G. V.; LIBERAL, D.; OLIVEIRA, G. K. S.; BARATA, M. V. A construção do conhecimento da enfermagem baseada no método construtivista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 997–1000, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400032>

HERINEK, D.; WOODWARD-KRON, R.; HUBER, M.; HELMER, S. M.; KORNER, M.; EWERS, M. Interprofessional peer-assisted learning and tutor training practices in health professions education—A snapshot of Germany. **Plos One**, Índia, v. 17, n. 12, e0278872, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278872>

HUDAK, N. M.; ROSS, E.; BYNUM, W. Professional development for facilitators of interprofessional education: Participation and outcomes of a pilot program. **Journal Interprofessional Education & Practice**, [s. l.], v. 24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100431>

IPEC. Interprofessional Education Collaborative Group. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. **Core competencies for interprofessional practice**: report on an expert panel. Washington, 2011. Disponível em: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2011-Original.pdf> Acesso em: 04 jan. 2023.

IPEC. Interprofessional Education Collaborative Group. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. **Core competencies for interprofessional practice**: report on an expert panel. Washington, 2016. Disponível em:

<https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf> Acesso em: 04 jan. 2024.

IPEC. Interprofessional Education Collaborative Group. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. **Core competencies for interprofessional practice:** report on an expert panel. Washington, 2023. Disponível em: <https://www.ipecollaborative.org/2021-2023-core-competencies-revision> Acesso em: 04 jan. 2024.

JACOBS, J. L.; SAMARASEKERA, D. D.; CHUI, W. K.; CHAN, S. Y.; WONG, L. L.; LIAW, S. Y.; TAN, M. L.; CHAN, S. Building a successful platform for interprofessional education for health professions in an Asian university. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 35, n. 5, p. 343–247, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2013.775414>

JULIE, H.; HESS-APRIL, L.; WILKINSON, J.; CASSIEM, W.; RHODA, A. Academics' knowledge and experiences of interprofessional education and practice. **African Journal of Health Professions Education**, [s. l.], v. 8, p. 222–224, 2016. DOI: <http://doi.org/10.7196%2FAJHPE.2016.v8i2.845>

KHALILI, H.; LISING, D.; GILBERT, J.; THISTLETHWAITE, J.; PFEIFLE, A.; MAXWELL, B.; BAŞER KOLCU, I.; NAJJAR, G.; MACMILLAN, K.; SCHNEIDER, C. R.; KOLCU, G.; EL-AWAISI, A.; WARD, H.; RODRIGUES, F. J. **Building resilience in health care in the time of COVID-19 through collaboration** - A call to action. Interprofessional Research. Global Publication 2021. Disponível em: <https://interprofessionalresearch.global/wp-content/uploads/2021/02/IPR-Global-Health-Care-Resilience-Call-To-Action-24-02-21.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2024.

KHALILI, H.; THISTLETHWAITE, J.; EL-AWAISI, A.; PFEIFLE, A.; GILBERT, J.; LISING, D.; MACMILLAN, K.; MAXWELL, B.; GRIMONPRE, R.; XYRICHIS, A. **Orientação sobre pesquisa global em educação interprofissional e prática colaborativa:** Documento de trabalho. Publicação conjunta do Interprofessional Research. Global e da Interprofessional. Global 2019. Disponível em: https://interprofessionalresearch.global/wp-content/uploads/2019/10/Orienta%C3%A7%C3%A3o-sobre-pesquisa-global-em-educa%C3%A7%C3%A3o-interprofissional-e-pr%C3%A1tica-colaborativa-Documento-de-trabalho_FINAL-WEB.pdf. Acesso em: 03 jan. 2024.

KIRKPATRICK, D. L.; KIRKPATRICK, J. D. **Como implementar os quatro níveis de avaliação de treinamento de equipes**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2010.

KUENZER, A. Z. **As mudanças no mundo do trabalho e a educação:** novos desafios para a gestão. São Paulo: Cortez, 2001.

LEGROS, T. A.; AMERONGEN, H. M.; COOLEY, J. H.; SCHLOSS, E. P. Using learning theory interprofessional facilitation competencies and behavioral indicators to evaluate facilitator training. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 29, n. 6, p. 596–602, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1040874>

LEITE, M. M. J.; PRADO, C.; PERES, H. H. C. **Educação em saúde:** desafios para uma prática inovadora. São Paulo: Difusão Editora, 2010.

LESLIE, W. H.; ZIERLER, B. K. Interprofessional education and practice guide n. 1: Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 3–7, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.937483>.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 2013.

LIMA, P. H. F. **Sistematização da avaliação 360° com feedback na Residência Multiprofissional em Saúde - 2019**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

LUCKESI, C. C. **Avaliação em educação**: questões epistemológicas e práticas. São Paulo: Cortez, 2018.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método Delphi: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. **Revista Proposições**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 389–415, 2018.

MARRS, S. A.; ANSELLO, E. F.; SLATTUM, P. W.; DAVIS, K.; PARSONS, P. L.; ZIMMERMAN, K.; COOGLE, C. L. Infusing geriatrics expertise in health professions education through interprofessional faculty development. **Journal Gerontology & Geriatrics Education**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 429–441, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/02701960.2021.1883599>.

MCCUTCHEON, L. R. M.; WHITCOMB, K.; COX, D. C.; KLEIN, M. S.; BURLEY, H.; YOUNGBLOOD, T.; RAEHL, C. Interprofessional objective structured teaching exercise (iOSTE) to train preceptors. **Currents in Pharmacy Teaching & Learning**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 605–6015, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2017.03.023>

MCFADYEN, A. K.; MACLAREN, W. M.; WEBSTER, V. S. The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): An alternative remodelled sub-scale structure and its reliability. **Journal Interprofessional Care**, [s. l.], n. 21, v. 24, p. 433–443, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820701352531>.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino**: as abordagens do sucesso. São Paulo: EPU, 1986.

MOHAMMED, C. A.; CHATURVEDI, A.; KAMATH, M. G.; UMMER, S. V.; BAJAJ, G. Influential factors affecting perceptions of interprofessional collaboration for advancing health outcomes: Insights and recommendations from an international fellowship program. **Journal Clinical Epidemiology and Global Health**, [s. l.], v. 24, p. 101411, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101411>

MUNARETO, L. F.; CORREA, H. L.; CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 9–24, 2013.

NORTHERN ONTARIO SCHOOL OF MEDICINE. **Interprofessional Learning**

Guide. Canada, 2015.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 19, p. 39–48, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820500081703>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS, Editora Freelance, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Educação interprofissional em saúde**: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, DC: 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34370> Acesso em: 04 jan. 2024.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z.; ELMAGARMID, A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 1–10, 2016.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D.; *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Journal BMJ**, [s. l.], v. 372, n. 71, 2021. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PAIGNON, A.; SCHWÄRZLER, P.; KERRY, M.; STAMM, D.; BIANCHI, M.; XYRICHIS, A.; GILBERT, J.; CORNWALL, J.; THISTLETHWAITE, J.; IPECAT, I.; HUBER, M. Interprofessional educators' competencies, assessment, and training – IPECat: protocol of a global consensus study. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 36, n. 5, p. 765–769, 2022. DOI: <http://doi.org/10.1080/13561820.2021.2001445>.

PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning. **Journal of Medical Education**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 95–100, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x>

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 1, n. 22, p. 1525–1534, 2018.

PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. *In*: KURCGANT, P. (org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 103–114.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A. C.; KHALIL, H. Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). *In*: AROMATARIS, E.; MUNN Z. (ed.). **JBI manual for evidence synthesis**. London: JBI, 2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

PETERS, M. D.; MARNIE, C.; TRICCO, A. C.; POLLOCK, D.; MUNN, Z.; ALEXANDER, L. *et al.* Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evid Implement**. London, v.19, n.1, p. 3-10, 2021.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

POIRIER, T.; WILHELM, M. An interprofessional faculty seminar focused on interprofessional education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [s. l.], v. 78, n. 4, p. 80, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5688/ajpe78480>.

PONTES, B. R. **Avaliação de desempenho - métodos clássicos e contemporâneos**: Avaliação por objetivos, competências e equipes. São Paulo: LTr, 2021.

RATKA, A.; ZOREK, J. A.; MEYER, S. M. Overview of faculty development programs for interprofessional education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [s. l.], v. 81, n. 5, p. 96, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5688/ajpe81596>.

REEVES, S.; BARR, H. Twelve steps to evaluating interprofessional education. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 601–605, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.10.012>.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Revista Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185–196, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

REEVES, S.; BOET, S.; ZIERLER, B.; KITTO, S. Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: Evaluating interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 305–312, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.1003637>.

REEVES, S.; FLETCHER, S.; BARR, H.; BIRCH, I.; BOET, S.; DAVIES, N.; MCFAYDEN, A.; RIVERA, J.; KITTO, S. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide N° 39. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 38, p. 656–658, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 1–3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>.

RIDER, E. A.; CHOU, C.; ABRAHAM, C.; WEISSMANN, P.; LITZELMAN, D. K.; HATEM, D.; BRANCH, W. Longitudinal faculty development to improve interprofessional collaboration and practice: a multisite qualitative study at five US academic health centres. **BMJ Open**, [s. l.], v. 13, n. 4, e069466, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069466>.

ROMÃO, G. S.; COELHO, R. A.; BRITO, M. B.; BARCELOS, I. D. E.; SÁ, M. F. S.

Profissionalismo na Residência Médica. **Femina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 6, p. 413–418, 2019.

RUOFF, A. B.; KAHL, C.; OLIVEIRA, S. N.; MELO, L. V.; ANDRADE, S. R.; PRADO, M. L. Experiential learning and knowledge creation: applications in nursing. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 20, p. 1–6, 2016. DOI: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20160056>.

SARGEANT, J.; HILL, T.; BREAU, L. Development and testing of a scale to assess Interprofessional Education (IPE) facilitation skills. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [s. l.], v. 1 n. 30, p. 126–131, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/chp.20069>.

SCARPARO, A. F.; LAUS, A. M.; AZEVEDO, A. L. C.; FREITAS, M. R. I.; GABRIEL, C. S.; CHAVES, L. D. P. Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242–251, 2012.

SCHAPMIRE, T. J.; HEAD, B. A.; FURMAN, C. D.; JONES, C.; PETERS, B.; SHAW, M. A.; WOGGON, F.; ZIEGLER, C.; PFEIFER, M. P. The interprofessional education exchange: the impact of a faculty development program in interprofessional palliative oncology education on trainee competencies, skills, and satisfaction. **Palliative Medicine Reports**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 296–304, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1089/pmr.2021.0045>.

SHELTON, L. R.; THOMASON, A. R.; HENSARLING, R. W. Faculty fellowship in interprofessional education: An atypical approach to faculty development. **Journal of Interprofessional Education Practice**, [s. l.], v. 28, p. 100528, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100528>.

SILVA, J. A. M.; COSTA, M. V.; MININEL, V. A.; ROSSIT, R. A. S.; XYRICHIS, A. The effectiveness of faculty development activities for interprofessional education: A systematic review protocol. **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 630–633, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929105>.

SILVER, I. I.; LESLIE, K. Faculty development for continuing interprofessional education and collaborative practice. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 262–267, 2017.
SOUZA, A. C.; BAHIA, E. M. S.; VITORINO, E. V. Dimensões da competência em informação sob a perspectiva de Zarifian. **Revista Perspectivas em Ciências da Informação**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 56–76, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/3903>.

STEINERT, Y. **Faculty development in the health professions**: A focus on research and practice. Canada: Springer, 2014.

STEINERT, Y. Faculty development: From rubies to oak. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 42, n. 4, p. 429–435, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1688769>.

STOKES, C. K. The impact of interprofessional faculty development on scholarly activity. **Journal of Interprofessional Education Practice**, [s. l.], v. 23, 100419,

2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100419>.

TANZER, K. D.; DINTZNER, M. R. The IPE performance report: A tool for preceptor development. **Currents in Pharmacy Teaching & Learning**, [s. l.], v. 10, n. 5, p. 584–595, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.02.004>.

THISTLETHWAITE, J. E.; FORMAN, D.; MATTHEWS, L. R.; ROGERS, G. D.; STEKETEE, C.; YASSINE, T. Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. **Journal Academic Medicine**, [s. l.], v. 89, n. 6, p. 869–875, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000249>.

THISTLETHWAITE, J. E.; VLASSES, P. H. Interprofessional education. In: DENT, J. A.; HARDEN, R. M.; HUNT, D. (org.). **A practical guide for medical teachers**. 6. ed. London: Elsevier, 2021.

THOPSEN, N. N.; MEIRELES, E.; PEDUZZI, M. TOASSI, R. F. C. Educação interprofissional na graduação em odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. **Revista Odontologia UNESP**, [s. l.], v. 47, n. 5, p. 309–320, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.08518>.

WATERS, L.; MARRS, S. A.; TOMPKINS, C. I.; FIX, R.; FINUCANE, S.; COOGLE, C. L.; GRUNDEN, K.; IHARA, E.; MCINTYRE, M.; PARSONS, P.; SLATTUM, P. Creating Interprofessional Readiness to Advance Age-Friendly U.S. Healthcare. **Journal Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 9, p. 5258, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095258>

WILLIAMS, A. S.; JOHNSON, A. D.; CROSS, B. L. Meta-techniques for faculty development: A continuous improvement model for building capacity to facilitate in a large interprofessional program. **Journal of Interprofessional Education Practice**, [s. l.], v. 24, p. 100444, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100444>.

WHO. World Health Organization. **Global competency framework for universal health Coverage**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240034662> Acesso em: 04 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: WHO, 2016. Disponível: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241511131> Acesso em: 04 jan. 2024.

XYRICHIS, A.; REEVES, S.; ZWARENSTEIN, M. Examining the nature of interprofessional practice: an initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). **Journal of Interprofessional Care**, [s. l.], v. 32, p. 416–425, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576>.

YORKE, M. A.; HOELSCHER, D.C.; STALBURG, C. M.; DANIELS, T.; AEBERSOLD, M.; PATTERSON, V.; KEUNE, K.; CAPELLARI, E. C.; DUFFY, E.; THIEL, M. Interprofessional education faculty development survey: Perspectives on

IPE and collaborative practice and COVID-19. **Journal Interprofessional Education & Practice**, [s. l.], v. 29, p. 100529, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100529>

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência**: trajetórias histórica, desafios atuais e propostas. 2. ed. São Paulo: Senac, 2003.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. Avaliação da aprendizagem do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 3, p. 39–43, 2007.

ZHAO, J.; GAO, S.; WANG, J.; LIU, X.; HAO, Y. Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care. **International Journal of Nursing Sciences**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 398–402, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.009>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE PARTICIPANTES DA ETAPA 2 E ETAPA 3 DO ESTUDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 510/2016 do CNS)

“COMPETÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOCENTE NA

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE”

Eu, Daniella Rosaly Leite, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar o (a) convido a participar da pesquisa **“COMPETÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOCENTE NA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE”** orientada pela Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e Co-orientadora: Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit. O objetivo deste estudo é analisar o processo de construção, implementação e avaliação de uma proposta de desenvolvimento docente na perspectiva da educação interprofissional em saúde. Sua participação se refere à fase de planejamento com foco na validação dos conhecimentos pedagógicos e das competências de facilitação para um programa desenvolvimento docente (DD) pela ótica da educação interprofissional (EIP) em saúde. Você foi selecionado (a) por ser um profissional da área da saúde e/ou docente de Instituição de Ensino Superior, pesquisador e membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS). Sua participação consistirá em: Participar individualmente do preenchimento de um questionário on-line para avaliar a clareza e a pertinência acerca dos conhecimentos pedagógicos e das competências de facilitação para uma iniciativa de DD na perspectiva da EIP. O questionário será enviado via e-mail de uma a seis vezes, até obter o consenso dos participantes de 80% para cada item analisado. Esse processo de coleta de dados é conhecido como técnica Delphi, na qual um painel de especialistas em Educação Interprofissional associado a ReBETIS, poderá contribuir para análise dos itens que foram obtidos por meio de uma revisão de escopo realizada na primeira fase do presente projeto. Você levará cerca de 15

minutos para preencher cada questionário. As perguntas não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar riscos emocionais como cansaço, aborrecimento ou desconforto, como resultado da exposição de opiniões pessoais que envolvem suas próprias ações no trabalho. Diante dessas situações, você poderá interromper sua participação a qualquer momento e/ ou retirar o seu consentimento de participação na pesquisa. Em caso de encerramento da participação no método Delphi por qualquer motivo descrito, se for do seu desejo a pesquisadora poderá encaminhá-lo a serviços de saúde do SUS que atendem por demanda, para assistência integral imediata. Destaca-se o reconhecimento dos riscos característicos do ambiente virtual (utilização da internet) em função das limitações das tecnologias utilizadas e limitações para assegurar total confidencialidade, com potencial risco de sua violação. Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões acerca do objeto de estudo. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. Você terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, conforme o Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002), sobretudo nos artigos 927 a 954, Capítulos I (Da Obrigação de Indenizar) e II (Da Obrigação de Indenizar), Título IX (Da Responsabilidade Civil). Todas as informações obtidas por meio da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Você receberá uma via deste termo por e-mail, rubricada em todas as páginas pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa

da Universidade Federal de São Carlos (**CAAE: 44395821.0.0000.5504**). Endereço para contato: Rodovia Washington Luís, Km 235- Prédio da Pró Reitoria de Pesquisa, área Sul. Horário de Atendimento ao Público-Balcão e Telefone: Segunda à Sexta das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br. Pesquisador responsável: Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, telefone de contato (16)3351-8334, e-mail: jaqueline.alc@ufscar.br Endereço para contato: Rodovia Washington Luís, Km 235, caixa postal 676. São Carlos-SP. Cep: 13565-905.

Nome do Pesquisador: Daniella Rosaly Leite.

Participante da Pesquisa / Responsável Legal: Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit.

APÊNDICE B – CONVITE PARTICIPAÇÃO DO PAINEL DE JUÍZES DELPHI

Convite Participação Painel de Juízes Delphi Rodadas I e II (Etapa 2 e Etapa 3)

Prezado (a) XXXX,

Eu, Daniella Rosaly Leite, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, convido-o (a) a participar da pesquisa **“COMPETÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOCENTE NA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE”**, coordenada pela Prof.^a Dr.^a Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e supervisionada pela Dr.^a Rosana Aparecida Salvador Rossit. A presente pesquisa visa construir e validar um perfil de competências para o desenvolvimento docente sob a perspectiva da educação interprofissional em saúde. Para participar do painel de juízes Delphi, você deverá: preencher um questionário estruturado pelo *Google Forms*® para avaliar os critérios de clareza e pertinência das competências, construídas a partir de uma revisão de escopo desenvolvida na etapa anterior dessa pesquisa. O questionário será enviado por *e-mail* de uma a seis vezes, até que os participantes tenham o consenso de $\geq 80\%$ para cada competência analisada. Essa técnica de coleta de dados é chamada de método Delphi, na qual um grupo de especialistas em Educação Interprofissional associados à ReBETIS terá a oportunidade de colaborar com a presente pesquisa. Levará cerca de 15 minutos para preencher cada questionário, solicitamos que preencha o formulário dentro de 15 dias. Aproveitamos a oportunidade para expressar nossos protestos de estima, agradecer a colaboração e permanecer à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Atenciosamente,

São Carlos-SP, ____ de _____ de 2024.

Daniella Rosaly Leite

Doutoranda em Ciências da Saúde – UFSCar

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS RODADAS I E II (ETAPA 2 E ETAPA 3)

A fim de obter dados sobre o perfil sociodemográfico dos participantes do painel de juízes Delphi, criamos variáveis para identificação, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Caracterização dos especialistas membros do painel Delphi rodadas I e II (etapa 2 e 3).

CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS MEMBROS DO PAINEL DELPHI
• Idade: • (Anos)
• Sexo: • Feminino () Masculino () Prefiro não declarar ()
• Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde: • Sim () Não ()
• Tempo de Associação à Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde: • (Anos)
• Local de trabalho: • (Especificar)
• Cargo/Atuação Profissional: • Gestão () Assistência () Docência () Pesquisador () Outros/ Especificar
• Tempo de Atuação Profissional: • (Anos)
• Graduação em Ciências da Saúde: • (Especificar)
• Última titulação acadêmica: • Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () .

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

APÊNDICE D – ORIENTAÇÕES GERAIS AOS JUÍZES PARA PREENCHER E ANALISAR OS QUESTIONÁRIOS DAS RODADAS I E II (ETAPA 2 E ETAPA 3)

Aos especialistas que participaram das rodadas I e II (etapa 2 e etapa 3), solicitou-se que analisassem os critérios de clareza e pertinência de cada item. Os participantes tinham a oportunidade de apresentar sugestões e, caso houvesse observações sobre os itens, foram incentivados a fazê-lo no espaço destinado a isso no formulário. Solicitou-se aos especialistas que verificassem se os itens estavam elaborados de maneira adequada, clara e compreensível e expressassem o objetivo a ser avaliado. Com relação à pertinência, foi requisitado que avaliassem se os itens estavam adequados para atingir os objetivos almejados conforme as instruções apresentadas no quadro a seguir.

- **Clareza:** atributo daquilo que é inteligível; fácil de ser compreendido ou entendido.
- **Pertinência:** característica do que é concernente, apropriado e relevante.

Para os itens em que houver discordância haverá espaço para realizar suas considerações e ao final do instrumento você poderá adicionar sugestões. Mesmo que você não tenha justificativas a apresentar fique à vontade para acrescentar sugestões que julgar pertinentes.

Orientação para avaliação dos critérios de clareza e pertinência de cada item rodadas I e II (etapa 2 e etapa 3).

Critérios	1	2
Clareza	Item não claro e/ou Item necessita de grande revisão para ser claro.	Item claro e/ou Item necessita de pequena revisão para ser claro.
Pertinência	Item não pertinente e/ou Item necessita de grande revisão para ser pertinente.	Item pertinente e/ou Item necessita de pequena revisão para ser pertinente.

Legenda: Critério Clareza, 1- Discordo; 2- Concordo. / Critério Pertinência, 1- Discordo; 2- Concordo.
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

**APÊNDICE E – PRIMEIRA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS
ESTRUTURADO PARA RODADA I QUE FOI ANALISADO PELOS JUÍZES
(ETAPA 2)**

Primeira Versão: Quadro de Competências Rodada I (Etapa 2)	
Item I: Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP.	- Teoria da aprendizagem de adultos; - Teoria da perspectiva psicodinâmica; - Teoria do contato; - Teoria das identidades sociais, profissionais e sociais; - Teoria da prática.
Item II: Estratégias de ensino-aprendizagem.	- Estratégias de exposição; - Estratégias de imersão; - Estratégias de aprofundamento.
Item III: Processo-avaliativo.	- Instrumentos de avaliação qualitativos; - Instrumentos de avaliação quantitativos.
Item IV: Competências para facilitação em EIP.	- Compromisso com os pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI; - Compreensão dos métodos de aprendizagem e avaliação na perspectiva interativa e compartilhada para construção da EIP. - Compreensão dos aspectos socioculturais necessários para facilitação da EIP. - Domínio e aplicação das competências interprofissionais colaborativas.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Questionário da Rodada I-Etapa 2

Item I - Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP: as ações em EIP devem ser fundamentadas nas teorias e/ou abordagens da aprendizagem que auxiliem no desenvolvimento das competências colaborativas. Os referenciais pedagógicos apresentados foram construídos com base nos resultados obtidos em uma revisão de escopo anterior, com o objetivo de estabelecer um quadro de competências para DD na EIP em saúde, conforme descrito abaixo:

Teoria de aprendizagem para adultos: Os princípios da aprendizagem para adultos enfatizam a aprendizagem cooperativa, colaborativa, reflexiva e socialmente

construída entre os indivíduos (Barr, 2013; Freeman; Wright; Lindqvist, 2010). Para Freire (2011) a educação para adultos precisa considerar a motivação para aprender, as vivências anteriores, saberes prévios e diálogo. Dessa forma, as bases da aprendizagem para adultos estão em conformidade com os princípios e valores da EIP, colaboração, interatividade, respeito mútuo, parcerias, corresponsabilização entre os profissionais (CAIPE, 2011).

Teoria da aprendizagem psicodinâmica: de Bion direcionada para análise das interações e barreiras entre pessoas e grupos (Barr, 2013).

Teoria da aprendizagem do contato: de Allport direcionada para atitudes e percepções de preconceitos e estereótipos entre as profissões (Barr, 2013).

Teoria da aprendizagem das identidades sociais, profissionais e relacionais: de Turner direcionada para compreensão dos conflitos, nas quais possuem ênfase no campo da sociologia das profissões (Barr, 2013).

Teoria da aprendizagem da prática: de Bordieu direcionada para o estabelecimento de uma identidade profissional baseada em práticas compartilhadas de aprendizagem (Barr, 2013).

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

Item II - Estratégias de ensino-aprendizagem

Estratégias de exposição: As estratégias de exposição são aplicadas para apresentar conceitos, valores e princípios da EIP e da PCI (El-Awaisi *et al.*, 2016; NOSM, 2015). Essas incluem: workshops, simpósios, dinâmicas de quebra-gelo, pôsteres, palestras, reuniões, sessões de treinamento e módulos on-line.

Estratégias de imersão: As estratégias de imersão são consideradas espaços de interação para aprendizagem colaborativa em EIP (El-Awaisi *et al.*, 2016; NOSM, 2015). Essas incluem metodologias ativas de ensino-aprendizagem: oficinas, mesas redondas temáticas com aprendizagem ativa, simulações baseadas em casos, *briefing e debriefing*, exame clínico objetivo estruturado interprofissional, *role-play*, simulações com pacientes padronizados, painéis interativos, estudos de caso, aprendizagem baseada em problemas, seminários, trabalhos em pequenos grupos para tomada de decisões, discussões em grupos e/ou reflexões colaborativas.

Estratégias de aprofundamento: As estratégias de aprofundamento são consideradas como a fase em que a EIP é inserida em atividades de ensino prático (El-Awaisi *et al.*, 2016; NOSM, 2015).

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

Item III - Processo-avaliativo

Instrumentos de avaliação qualitativos: feedback, discussões em pequenos grupos, observação participante, avaliação por pares, exercícios de reflexão, relatórios em grupo, avaliação por rubrica, entrevistas, portfólios e diários de campo.

Instrumentos de avaliação quantitativos: teste de verificação, questionários, escalas de autopercepção, testes de conhecimento, Escala Interdisciplinar de Percepção da Educação (IEPS) (Mcfadyen; Maclaren; Webster, 2007), *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) ou questionário de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional (Parsell; Bligh, 1999) e a *Interprofessional Facilitation Scale* (IPFS) (Sargeant *et al.*, 2010), dentre os quais apenas a RIPLS encontra-se validada no Brasil (Peduzzi *et al.*, 2015; Tompsen *et al.*, 2018), entre outros.

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

Item IV - Competências para facilitação em EIP

1. Compromisso com os pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI;
2. Compreensão dos métodos de aprendizagem e avaliação na perspectiva interativa e compartilhada para construção da EIP.
3. Compreensão dos aspectos sócios-culturais necessários para facilitação da EIP.
4. Domínio e aplicação das competências interprofissionais colaborativas.

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

**APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO REFERENTE AO QUADRO DE
COMPETÊNCIAS PARA A RODADA II (ETAPA 2)**

Questionário referente ao quadro de competências para a rodada II (Etapa 2)	
Item I: Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP.	- Teoria da perspectiva psicodinâmica; - Teoria do contato; - Teoria das identidades sociais, profissionais e sociais; - Teoria da prática; - Teoria da aprendizagem significativa; - Teoria da aprendizagem experiencial; - Abordagem da aprendizagem sociocultural; - Abordagem da aprendizagem construtivista e; - Abordagem da educação baseada em competências.
Item II: Níveis de ensino-aprendizagem.	- Estratégias de exposição; - Estratégias de imersão; - Estratégias de aprofundamento.
Item III: Abordagens da avaliação.	- Avaliação Diagnóstica; - Avaliação Formativa; - Avaliação Somativa.
Item IV: Estruturas de avaliação.	- Modelo 3P (presságio-processo-produto); - Tipologia de Kirkpatrick adaptada.
Item V: Metodologias de avaliação da aprendizagem.	- Instrumentos de avaliação qualitativos; - Instrumentos de avaliação quantitativos.
Item VI: Competências para docência em EIP.	1. Comprometer-se intencionalmente e explicitamente com os pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI; 2. Compreender os aspectos sócio-histórico-cultural necessários para facilitação da EIP no contexto das necessidades de saúde dos usuários e do sistema de saúde local; 3. Explicitar o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas nos objetivos das propostas de EIP; 4. Dominar e aplicar os métodos de aprendizagem e avaliação na perspectiva interativa e compartilhada para operacionalização da EIP.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Questionário da Rodada II - Etapa 2

Item I - Conhecimentos pedagógicos para o ensino-aprendizagem em EIP: as ações em EIP devem ser fundamentadas nas teorias e/ou abordagens da aprendizagem que auxiliem no desenvolvimento das competências colaborativas. Os referenciais pedagógicos apresentados foram construídos com base nos resultados

obtidos em uma revisão de escopo anterior, com o objetivo de estabelecer um quadro de competências para DD na EIP em saúde, conforme descrito abaixo:

Teoria da aprendizagem psicodinâmica: de Bion direcionada para análise das interações e barreiras entre pessoas e grupos (Barr, 2013).

Teoria da aprendizagem do contato: de Allport direcionada para atitudes e percepções de preconceitos e estereótipos entre as profissões (Barr, 2013).

Teoria da aprendizagem das identidades sociais, profissionais e relacionais: de Turner direcionada para compreensão dos conflitos, nas quais possuem ênfase no campo da sociologia das profissões (Barr, 2013).

Teoria da aprendizagem da prática: de Bordieu direcionada para o estabelecimento de uma identidade profissional baseada em práticas compartilhadas de aprendizagem (Barr, 2013).

Teoria da aprendizagem significativa: de Ausebel direcionada para assimilação e atribuição de significados por meio da interação de conceitos prévios do estudante com os inclusores na estrutura cognitiva do educando (Leite; Prado; Peres, 2010).

Teoria da aprendizagem experiencial: de Kolb direcionada para a aprendizagem de adultos por meio da combinação da experiência, percepção, cognição e comportamento. Enfatiza o relacionamento do trabalho, aprendizagem, atividades cotidianas e a construção desses conhecimentos para conceber a teoria (Leite; Prado; Peres, 2010).

Abordagem da aprendizagem sociocultural: direcionada para democratização da cultura fundamentada nos trabalhos de Paulo Freire que indicam a valorização, protagonismo dos educandos, reconhecimento de saberes prévios, reflexão, conscientização, cooperação, diálogo e trabalho em grupo (Freire, 2011; Leite; Prado; Peres, 2010; Mizukami, 1986).

Abordagem da aprendizagem construtivista: direcionada para o protagonismo do estudante ativo e construtor do próprio conhecimento em todas as fases da sua vida, busca conhecer e compreender o que se passa a sua volta. Porém, não o faz de maneira imediatista, mas sim, de maneira gradativa e com a mediação do docente (Freire, 2011; Leite; Prado; Peres, 2010; Mizukami, 1986)

Abordagem da educação baseada em competências: direcionada a oposição da educação tradicional e do ensino por disciplinas. Busca desenvolver competências que permitam ao estudante extrapolar o sucesso escolar e favorecer o

desenvolvimento pessoal e profissional com a finalidade de promover o encontro entre formação e trabalho.

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

Item II - Níveis de ensino-aprendizagem: estratégias de exposição, estratégia de imersão e estratégias de aprofundamento.

Estratégias de exposição: as estratégias de exposição são aplicadas para apresentar conceitos, valores e princípios da EIP e da PCI (El-Awaisi *et al.*, 2016; NOSM, 2015). Essas incluem: workshops, simpósios, dinâmicas de quebra-gelo, pôsteres, palestras, reuniões, sessões de treinamento e módulos on-line.

Estratégias de imersão: as estratégias de imersão são consideradas espaços de interação para aprendizagem colaborativa em EIP (El-Awaisi *et al.*, 2016; NOSM, 2015). Essas incluem metodologias ativas de ensino-aprendizagem: oficinas, mesas redondas temáticas com aprendizagem ativa, simulações baseadas em casos, *briefing e debriefing*, exame clínico objetivo estruturado interprofissional, *role-play*, simulações com pacientes padronizados, painéis interativos, estudos de caso, aprendizagem baseada em problemas, seminários, trabalhos em pequenos grupos para tomada de decisões, discussões em grupos e/ou reflexões colaborativas.

Estratégias de aprofundamento: as estratégias de aprofundamento são consideradas como a fase em que a EIP é inserida em atividades de ensino prático e nas situações de aprendizagem dentro dos contextos de prática do trabalho em saúde (El-Awaisi *et al.*, 2016; NOSM, 2015), em campos de estágio curriculares ou extracurriculares tais como: atendimentos compartilhados, elaboração compartilhada de planos de cuidado, discussão de casos clínicos, reuniões de equipe e grupos educativos com os usuários, famílias e comunidades.

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

Item III - Abordagens da avaliação: o processo-avaliativo de uma ação para o DD na EIP em saúde deve ser considerado e planejado precocemente na fase de construção do projeto, bem como as abordagens de avaliação, estruturas de

avaliação, os momentos de aplicação dos instrumentos avaliativos e objetivos de aprendizagem (Reeves *et al.*, 2015).

Diagnóstica: Objetiva-se identificar os conhecimentos prévios dos estudantes para alcançar os objetivos de aprendizagem propostos (Libâneo, 2013; Zeferino; Passari, 2007).

Formativa: Objetiva-se informar aos estudantes os resultados da aprendizagem durante o processo educativo (Libâneo, 2013; Zeferino; Passari, 2007). Dessa forma, possibilita a reformulação das práticas e assegura o alcance dos resultados esperados. Na EIP oportuniza a compreensão dos efeitos iniciais da iniciativa de ensino-aprendizagem para desenvolver e fortalecer o programa (Reeves *et al.*, 2016).

Somativa: Objetiva-se avaliar se os estudantes adquiriram as competências essenciais para avançar nas próximas etapas do processo de aprendizagem. Geralmente atribui-se notas ou conceitos, ou seja, trata-se de uma avaliação classificatória (Libâneo, 2013; Zeferino; Passari, 2007). Auxilia compreender o impacto final de uma iniciativa para o DD em EIP na saúde de EIP (Reeves *et al.*, 2016).

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

Item IV - Estruturas de avaliação: os autores Reeves e Barr (2016) identificaram algumas estruturas de avaliação na EIP mediante um estudo.

Modelo presságio-processo-produto (3P) esse modelo enfatiza todos os elementos que compõem a experiência educacional (Reeves; Barr, 2016), sendo:

Presságio: são os elementos que restringem ou influenciam o projeto e a entrega da EIP, como o clima político, o apoio administrativo, a experiência do professor e as ideias pré-concebidas dos estudantes (Reeves; Barr, 2016).

Processo: está relacionado com a entrega da EIP, tomada de decisão, interações interprofissionais, abordagens de ensino-aprendizagem e nível de envolvimento do estudante (Reeves; Barr, 2016).

Produto: está relacionado com os resultados da EIP, utiliza-se a tipologia Kirkpatrick adaptada por Barr *et al.*, (2005) de 6 níveis de resultados (Reeves; Barr, 2016; Reeves, 2016).

Tipologia de Kirkpatrick adaptada por Barr et al., (2005) de 6 níveis de resultados:

Nível 1: Reação dos estudantes.

Nível 2a: Modificação de atitudes/ percepções.

Nível 2b: Aquisição de conhecimento e habilidades.

Nível 3: Mudança comportamental.

Nível 4 a: Mudança na prática organizacional.

Nível 4 b: Benefícios para clientes/ familiares.

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

Item V - Metodologias de avaliação da aprendizagem: as avaliações das expectativas de aprendizagem dos estudantes e/ou das iniciativas para o DD na EIP em saúde podem ser realizadas por meio de instrumentos qualitativos ou quantitativos.

Instrumentos de avaliação qualitativos: feedback, discussões em pequenos grupos, observação participante, avaliação por pares ou avaliação 360°, exercícios de reflexão, relatórios em grupo, avaliação por rubrica, entrevistas, portfólios e diários de campo.

Instrumentos de avaliação quantitativos: teste de verificação, questionários, escalas de autopercepção, testes de conhecimento, Escala Interdisciplinar de Percepção da Educação (IEPS) (Mcfadyen; Maclaren; Webster, 2007), *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) ou questionário de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional (Parsell; Bligh, 1999) e a *Interprofessional Facilitation Scale* (IPFS) (Sargeant et al., 2010), dentre os quais apenas a RIPLS encontra-se validada no Brasil (Peduzzi et al., 2015; Tompsen et al., 2018), entre outros.

Momentos de aplicação dos processos avaliativos, também foram sinalizados na revisão de escopo tais como: Avaliação aplicada Pré-intervenção e Pós-intervenção de DD em EIP e Avaliação aplicada Pós-Intervenção DD em EIP.

Avaliação aplicada pré-intervenção e pós-intervenção de DD em EIP: Trata-se de ações avaliativas que ocorrem antes da intervenção educativa e ao final da intervenção de uma atividade em EIP. Esse *design* de avaliação é considerado mais robusto quando comparado a avaliação pós-curso. Suas vantagens estão nas

possibilidades de identificar alterações decorrentes de um curso interprofissional com mais acurácia, pois ocorre a coleta de dados em momentos distintos. Entretanto, essa ação avaliativa ainda é limitada por não ter um grupo controle para poder atribuir com segurança as mudanças à intervenção em EIP (Reeves; Barr, 2016).

Avaliação aplicada pós-intervenção DD em EIP: Trata-se de ações avaliativas que ocorrem ao final da intervenção em EIP relacionada às informações acerca da evolução do processo de aprendizagem do corpo docente. Esse processo apresenta como vantagem o baixo custo, a rapidez, e a facilidade de conduzir, mas é considerada uma forma “fraca” de avaliação. Uma vez que, sem outra avaliação de base, aplicada no momento anterior ao curso, torna-se difícil afirmar que os resultados estão relacionados diretamente a um curso interprofissional (Reeves; Barr, 2016).

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

Item VI - Competências para docência em EIP: são IV principais competências que foram sistematizadas pela equipe de pesquisa para a próxima (etapa 3) desse estudo.

1. Comprometer-se intencionalmente e explicitamente com os pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI;
2. Compreender os aspectos sócio-histórico-culturais necessários para facilitação da EIP no contexto das necessidades de saúde dos usuários e do sistema de saúde local;
3. Explicitar o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas nos objetivos das propostas de EIP;
4. Dominar e aplicar os métodos de aprendizagem e avaliação na perspectiva interativa e compartilhada para operacionalização da EIP.

Clareza: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Pertinência: 1. Discordo () 2. Concordo ().

Sugestões: _____

**APÊNDICE G – SEGUNDA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA A RODADA I ANALISADO PELOS JUÍZES
(ETAPA 3)**

Quadro de competências para DD na EIP em saúde rodada I (Etapa 3).

Item I: Domínio de Competência I Compromisso explícito com o fortalecimento do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional para a qualidade da atenção. -Compreensão dos pressupostos teóricos da EIP e PCI. -Compreensão dos pressupostos metodológicos da EIP e PCI.	Item II: Definição da Competência I Clara e explícita intencionalidade em fortalecer o trabalho em equipe e as práticas colaborativas interprofissionais, em prol da qualidade da atenção à saúde dos usuários, famílias e comunidades, a partir de referenciais teóricos e metodológicos que contemplem os campos da educação e do trabalho em saúde.	Item III: Ações de Competência I Conhecer as diferentes formas de trabalho interprofissional em saúde e seus atributos. Identificar oportunidades formativas para a construção de competências interprofissionais colaborativas. Explicitar nos planos de ensino o compromisso com a formação voltada ao trabalho em equipe e nas competências para as PCI. Planejar as ações de ensino-aprendizagem e o processo avaliativo direcionados às competências para as PCI. Aplicar referenciais teórico-metodológicos coerentes com o movimento da EIP e PCI. Monitorar o processo ensino-aprendizagem e o processo avaliativo direcionados às competências da EIP e PCI. Avaliar os efeitos das ações de ensino-aprendizagem e processo avaliativo às competências para as PCI nos participantes, grupos e/ou instituição.
Item IV: Domínio de Competência	Item V: Definição da Competência	Item VI: Ações da Competência Macro determinantes

Compreensão dos aspectos sócio-histórico-culturais necessários para facilitação da EIPC no contexto das necessidades de saúde dos usuários e do sistema de saúde local.	Reconhece e considera a influência do macro determinantes, meso determinantes e micro determinantes. Macro determinantes: políticas do sistema de saúde, de formação profissional, regulação das profissões da saúde e da assistência social. Meso determinantes: princípios e políticas dos serviços de educação e de saúde em que os educandos e trabalhadores atuam, considerando o projeto de desenvolvimento institucional (PDI) e projetos pedagógicos dos cursos (PPC). Micro determinantes: crenças, valores e saberes empregados na prática e facilitação dos processos de ensino-aprendizagem-avaliação à luz da concepção da determinação social do processo saúde-doença dos usuários/famílias/comunidades e do trabalho em saúde.	Macro determinantes: Reconhecer as políticas e ações de apoio institucional governamental no âmbito dos sistemas de educação e de saúde. Compreender a influência da regulação das relações profissionais nas práticas de educação e de saúde.
Item VII: Ações da Competência Meso determinantes Meso determinantes: Buscar apoio institucional local para promover a sustentabilidade da EIPC. Considerar a influência das características institucionais nos processos de EIPC na formação profissional e no trabalho em saúde. Identificar parceiros da EIPC para promoção de seu fortalecimento.	Item VIII: Ações da Competência Micro determinantes Micro determinantes: Considerar os aspectos necessários para a socialização interprofissional na formação e no trabalho em saúde. Reconhecer a importância da dupla identidade profissional, considerando identidade profissional específica e interprofissional.	Item IX: Domínio de Competência Explicitar o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas nos objetivos das propostas de EIP.

Reconhecer a necessidade do constante desenvolvimento docente, facilitadores e preceptores de cenários de prática em EIPC. Prospectar a inclusão da EIPC nas atividades de formação (nos Projeto Pedagógico dos Cursos de graduação e pós-graduação em saúde, nas atividades curriculares de extensão, nos cenários de prática, nos serviços de saúde). Exercer influência para a implementação da EIPC em seu contexto.	Compreender as relações de poder presentes nas interações interprofissionais que interferem no cuidado e na formação integrada. Promover o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença dos usuários na formação e no trabalho em saúde. Participar politicamente para o enfrentamento dos desafios para o avanço da EIPC.	
Item X: Definição de Competência Compreende as competências interprofissionais colaborativas a partir dos domínios centrais: 1. Cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades. 2. Comunicação interprofissional. E dos quatro domínios que se operacionalizam a partir dos centrais mencionados anteriormente: 3. Clareza dos papéis profissionais. 4. Dinâmica do trabalho em equipe. 5. Resolução de conflitos interprofissionais. 6. Liderança colaborativa.	Item XI: Ações de competência 1. Cuidado centrado nos usuários, famílias e comunidades: Apoiar a participação dos usuários, famílias e comunidades no planejamento, implementação e avaliação do cuidado e no controle social/político. Respeitar e valorizar os saberes, valores, cultura e de diversidade dos usuários, famílias e comunidades. Promover o estabelecimento de relação respeitosa e horizontalizada com os usuários independentemente de suas vulnerabilidades e diversidade social.	Item XII: Ações de competência 2. Comunicação interprofissional: Estabelecer comunicação pautada no mútuo entendimento com usuários, famílias e comunidades. Adotar postura acolhedora por meio de escuta ativa e estabelecimento de confiança e vínculo com os usuários. Promover a participação ativa dos usuários no processo de tomada de decisão sobre o cuidado. Utilizar tecnologias da informação eficazes que favoreçam a interação entre os membros das equipes e usuários para melhoria dos cuidados interprofissionais.

Item XIII: Ações de competência 3. Clareza dos papéis profissionais: Promover o reconhecimento e valorização do seu próprio papel profissional e dos diferentes papéis profissionais. Estabelecer relação horizontalizada com profissionais de diferentes profissões. Valorizar a construção de práticas articuladas e interdependentes entre as profissões da saúde para a melhoria dos resultados do cuidado, por meio de diferentes formas de trabalho interprofissional (trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede).	Item XIV: Ações de competência 4. Dinâmica do trabalho em equipe: Reconhecer a necessidade de que equipes estabeleçam objetivos comuns, interdependência, integração, parceria, clareza de papéis e responsabilidades. Valorizar relações de confiança e respeito entre os membros da equipe. Aplicar processos de coprodução e tomada de decisões compartilhadas para a qualidade do cuidado. Estabelecer integração entre diferentes equipes da rede de atenção à saúde, sempre que necessário, considerando as necessidades de saúde dos usuários.	Item XV: Ações de competência 5. Resolução de conflitos interprofissionais: Identificar situações comuns que possam ocasionar desacordos interprofissionais. Valorizar o potencial construtivo dos conflitos. Conhecer e compreender estratégias para lidar com os conflitos. Promover um clima seguro para expressão de diferentes opiniões e pontos de vista. Padronizar estratégias para a resolução de conflitos com participação ativa dos envolvidos.
Item XVI: Ações de competência 6. Liderança colaborativa: Promover interdependência e corresponsabilização pelos processos escolhidos e resultados alcançados. Favorecer liderança e tomadas de decisões compartilhadas entre as diferentes áreas profissionais e usuários. Reconhecer o papel da liderança na facilitação do trabalho em equipe integrado. Valorizar a contribuição de cada membro da equipe para o alcance de metas compartilhadas.	Item XVII: Domínio de competência Dominar e aplicar os métodos de ensino-aprendizagem e o processo avaliativo na perspectiva interativa e compartilhada para operacionalização da EIP.	Item XVIII: Definição de competência Planejamento da ação didática para um programa, disciplinas, cursos e ações de educação permanente em saúde na perspectiva da EIP com definição de: objetivos gerais e específicos, experiências educacionais que possibilitam atingir esses objetivos, avaliação.

Item XIX: Ações de Competência Elaborar um plano de aprendizagem pautado em competências PCI (objetivos e resultados esperados). Selecionar as abordagens e/ou teorias da aprendizagem de forma congruente com os princípios e valores da EIP. Organizar o sequenciamento dos conteúdos relacionado às competências PCI em cada nível de aprendizagem (exposição, imersão e aprofundamento).	Item XX: Ações de Competência Priorizar as metodologias ativas e interativas na seleção diversificada das estratégias de ensino. Garantir três momentos no processo ensino-aprendizagem (revisão, conteúdo novo e síntese). Definir os momentos, instrumentos avaliativos e suas finalidades (diagnóstica, formativa, somativa e 360 graus) de acordo com os objetivos do processo ensino-aprendizagem.	
--	---	--

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

APÊNDICE H – QUADRO COMPARATIVO RODADAS I E II (ETAPA 3)

O quadro abaixo é composto por duas colunas, sendo a primeira dedicada ao texto apresentado no questionário da rodada I (etapa 3) e a segunda coluna dedicada ao questionário da rodada II (etapa 3). Na rodada II, foram analisados X itens que não foram validados anteriormente e/ou foram modificados conforme as sugestões dos especialistas.

Quadro comparativo entre os questionários da rodada I e II (etapa 3).

Questionário Rodada I- (Etapa 3)	Questionário Reestruturado Rodada II – (Etapa 3)
Item I - Domínio da Competência 1 Compromisso explícito com o fortalecimento do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional para a qualidade da atenção. Compreensão dos pressupostos teóricos da EIP e PCI. Compreensão dos pressupostos metodológicos da EIP e PCI.	Item I - Domínio da Competência 1 Sistematização dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP e PCI.
Item II - Definição da Competência 1 Clara e explícita intencionalidade em fortalecer o trabalho em equipe e as práticas colaborativas interprofissionais, em prol da qualidade da atenção à saúde dos usuários, famílias e comunidades, a partir de referenciais teóricos e metodológicos que contemplem os campos da educação e do trabalho em saúde.	Item II - Definição da Competência 1 Clara e explícita intencionalidade em fortalecer o trabalho em equipe e as práticas colaborativas interprofissionais, em prol da qualidade da atenção à saúde dos usuários, famílias e comunidades, a partir da sistematização dos referenciais teóricos e metodológicos que contemplem os campos da educação e do trabalho em saúde.
Item IV - Domínio da Competência 2 Compreensão dos aspectos sócio-histórico-culturais necessários para facilitação da EIPC no contexto das necessidades de saúde dos usuários e do sistema de saúde local.	Item IV - Domínio da Competência 2 Compreensão dos aspectos sócio-histórico-culturais necessários para facilitação da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (EIPC) no contexto das necessidades de saúde dos usuários e do sistema de saúde.
Item V - Definição da Competência 2 Reconhece e considera a influência do macro determinantes, meso determinantes e micro determinantes. Macro determinantes: políticas do sistema de saúde, de formação profissional, regulação das profissões	Item V - Definição da Competência 2 Reconhece e considera a influência do macro determinantes, meso determinantes e micro determinantes. Macro determinantes: políticas do sistema de saúde, de formação profissional e regulação das profissões da saúde.

da saúde e da assistência social. Meso determinantes: princípios e políticas dos serviços de educação e de saúde em que os educandos e trabalhadores atuam, considerando o projeto de desenvolvimento institucional (PDI) e projetos pedagógicos dos cursos (PPC). Micro determinantes: crenças, valores e saberes empregados na prática e facilitação dos processos de ensino-aprendizagem-avaliação à luz da concepção da determinação social do processo saúde-doença dos usuários/famílias/comunidades e do trabalho em saúde no sistema de saúde local.	-Meso determinantes: princípios e políticas dos serviços de educação e de saúde em que os educandos e trabalhadores atuam, considerando o projeto de desenvolvimento institucional (PDI) e projetos pedagógicos dos cursos (PPC). -Micro determinantes: crenças, valores e saberes empregados na prática e facilitação dos processos de ensino-aprendizagem-avaliação à luz da concepção da determinação social do processo saúde-doença dos usuários/famílias/comunidades e do trabalho em saúde no sistema de saúde local.
Item VI - Ações da Competências Macro Macro determinantes: Reconhecer as políticas e ações de apoio institucional governamental no âmbito dos sistemas de educação e de saúde. Compreender a influência da regulação das relações profissionais nas práticas de educação e de saúde.	Item VI - Ações da Competências Macro Macro determinantes: Reconhecer as políticas e ações de apoio governamental no âmbito dos sistemas de educação e de saúde. Compreender a influência da regulação das relações profissionais nas práticas de educação e de saúde.
Item VII - Ações da Competências Meso: Buscar apoio institucional local para promover a sustentabilidade da EIPC. Considerar a influência das características institucionais nos processos de EIPC na formação profissional e no trabalho em saúde. Identificar parceiros da EIPC para promoção de seu fortalecimento. Reconhecer a necessidade do constante desenvolvimento docente, facilitadores e preceptores de cenários de prática em EIPC. Prospectar a inclusão da EIPC nas atividades de formação (nos Projeto Pedagógico dos Cursos de graduação e pós-graduação em saúde, nas atividades curriculares de extensão, nos cenários de prática e nos serviços de saúde). Exercer influência para a implementação da EIPC em seu contexto.	Item VII - Ações da Competências Meso: Identificar os parceiros da EIPC para a promoção do seu fortalecimento. Reconhecer a necessidade do constante desenvolvimento docente, facilitadores e preceptores de cenários de prática em EIPC. Considerar a influência das características institucionais nos processos de EIPC na formação profissional e no trabalho em saúde. Buscar apoio institucional local para promover a sustentabilidade da EIPC. Examinar a inclusão da EIPC nas atividades de formação (nos Projeto Pedagógico dos Cursos de graduação e pós-graduação em saúde, nas atividades curriculares de extensão, nos cenários de prática e nos serviços de saúde). Mapear mudanças necessárias no processo de trabalho em saúde a partir da adoção da EIPC.

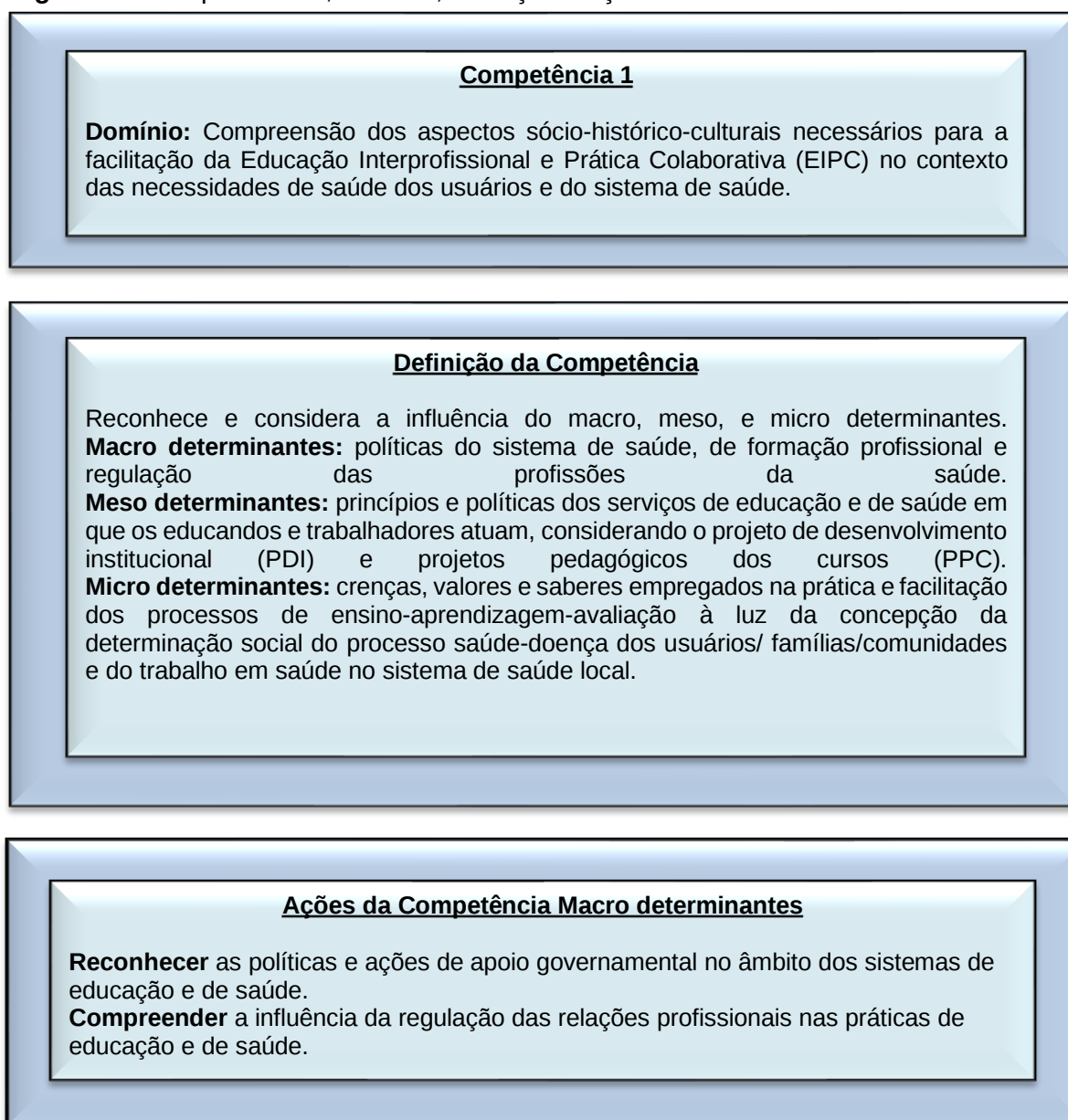
	Interagir com representantes institucionais de forma a facilitar a implementação da EIPC em seu contexto.
Item VIII - Ações da Competências Micro: Considerar os aspectos necessários para a socialização interprofissional na formação e no trabalho em saúde. Reconhecer a importância da dupla identidade profissional, considerando identidade profissional específica e interprofissional. Compreender as relações de poder presentes nas interações interprofissionais que interferem no cuidado e na formação integrada. Promover o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença dos usuários na formação e no trabalho em saúde. Participar politicamente para o enfrentamento dos desafios para o avanço da EIPC.	Item VIII - Ações da Competências Micro: Considerar os aspectos necessários para a socialização interprofissional na formação e no trabalho em saúde. Reconhecer a importância da dupla identidade profissional, considerando identidade profissional específica e interprofissional. Compreender as relações de poder presentes nas interações interprofissionais que interferem no cuidado e na formação integrada. Promover o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença dos usuários, famílias e comunidades na formação e no trabalho em saúde. Participar politicamente para o enfrentamento dos desafios para o avanço da EIPC. Estimular o exercício da comunicação interprofissional para o mútuo entendimento das diferentes áreas.
Item IX - Domínio da Competência 3 Explicitar o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas nos objetivos das propostas de EIP.	Item IX - Domínio da Competência 3 Elaborar os objetivos de aprendizagem e resultados esperados das propostas de EIP com a explícita intenção de desenvolvimento das competências interprofissionais colaborativas.
Item XII - Ações da Competência 3/ Comunicação interprofissional Estabelecer comunicação pautada no mútuo entendimento com usuários, famílias e comunidades. Adotar postura acolhedora por meio de escuta ativa e estabelecimento de confiança e vínculo com os usuários. Promover a participação ativa dos usuários no processo de tomada de decisão sobre o cuidado. Utilizar tecnologias da informação eficazes que favoreçam a interação entre os membros das equipes e usuários para melhoria dos cuidados interprofissionais.	Item XII - Ações da Competência 3/ Comunicação interprofissional Estabelecer comunicação pautada no mútuo entendimento com usuários, famílias e comunidades. Adotar postura acolhedora por meio de escuta ativa e estabelecimento de confiança e vínculo com os usuários. Promover a participação ativa dos usuários no processo de tomada de decisão sobre o cuidado. Utilizar tecnologias da informação que favoreçam a interação entre os membros das equipes e usuários para melhoria dos cuidados em saúde.

Item XV - Ações da Competência 3/ Resolução de conflitos interprofissionais Valorizar o potencial construtivo dos conflitos. Identificar situações comuns que possam ocasionar desacordos interprofissionais. Conhecer e compreender estratégias para lidar com os conflitos. Promover um clima seguro para expressão de diferentes opiniões e pontos de vista. Padronizar estratégias para a resolução de conflitos com participação ativa dos envolvidos.	Item XV - Ações da Competência 3/ Resolução de conflitos interprofissionais Valorizar o potencial construtivo de situações conflituosas na equipe. Conhecer e compreender estratégias para lidar com os conflitos. Identificar situações comuns que possam ocasionar discordâncias interprofissionais. Promover um clima seguro para expressão de diferentes opiniões e pontos de vista. Padronizar estratégias para a resolução de conflitos com participação ativa dos envolvidos.
--	---

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

APÊNDICE I – PRODUTO FINAL DA SEGUNDA VERSÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS PARA O DD NA EIP EM SAÚDE (ETAPA 3)

Figura 9 – Competência 1, domínio, definição e ações.



Ações da Competência Meso determinantes

Identificar os parceiros da EIPC para a promoção do seu fortalecimento.

Reconhecer a necessidade do constante desenvolvimento docente, facilitadores e preceptores de cenários de prática em EIPC.

Considerar a influência das características institucionais nos processos de EIPC na formação profissional e no trabalho em saúde.

Buscar apoio institucional local para promover a sustentabilidade da EIPC.

Examinar a inclusão da EIPC nas atividades de formação (nos Projeto Pedagógico dos Cursos de graduação e pós-graduação em saúde, nas atividades curriculares de extensão, nos cenários de prática e nos serviços de saúde).

Mapear mudanças necessárias no processo de trabalho em saúde a partir da adoção da EIPC.

Interagir com representantes institucionais de forma a facilitar a implementação da EIPC em seu contexto.

Ações da Competência Micro determinantes

Considerar os aspectos necessários para a socialização interprofissional na formação e no trabalho em saúde.

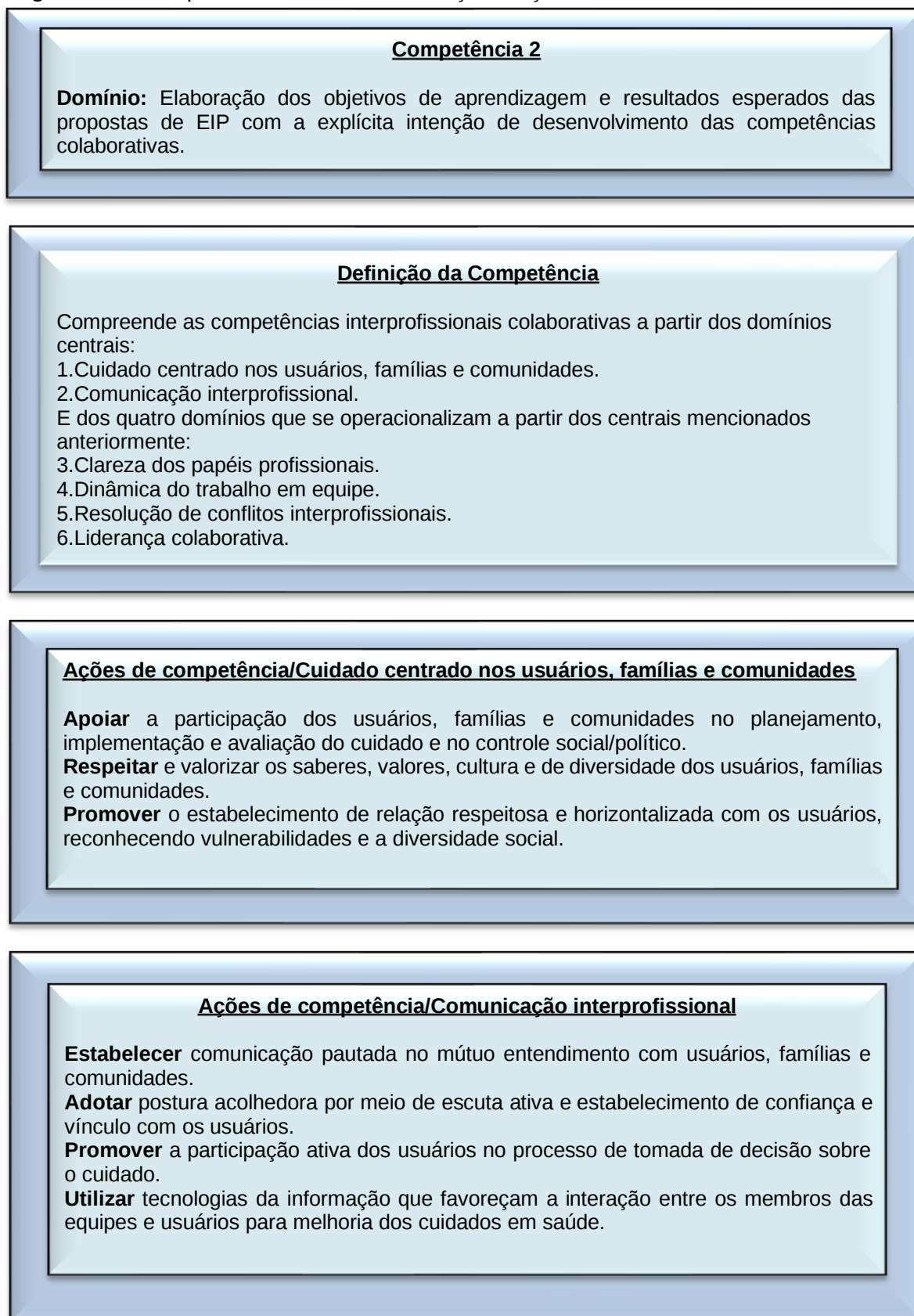
Reconhecer a importância da dupla identidade profissional, considerando identidade profissional específica e interprofissional.

Compreender as relações de poder presentes nas interações interprofissionais que interferem no cuidado e na formação integrada.

Promover o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença dos usuários, famílias e comunidades na formação e no trabalho em saúde.

Participar politicamente para o enfrentamento dos desafios para o avanço da EIPC.

Estimular o exercício da comunicação interprofissional para o mútuo entendimento das diferentes áreas.

Figura 10 – Competência 2, domínio, definição e ações

Ações de competência/Clareza dos papéis profissionais

Valorizar a construção de práticas articuladas e interdependentes entre as profissões da saúde para a melhoria dos resultados do cuidado, por meio de diferentes formas de trabalho interprofissional (trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede).

Estabelecer relação horizontalizada com profissionais de diferentes profissões.

Promover o reconhecimento e valorização do seu próprio papel profissional e dos diferentes papéis profissionais.

Ações de competência/Dinâmica do trabalho em equipe

Reconhecer a necessidade de que equipes estabeleçam objetivos comuns, interdependência, integração, parceria, clareza de papéis e responsabilidades.

Valorizar relações de confiança e respeito entre os membros da equipe.

Aplicar processos de coprodução e tomada de decisões compartilhadas para a qualidade do cuidado.

Estabelecer integração entre diferentes equipes da rede de atenção à saúde, sempre que necessário, considerando as necessidades de saúde dos usuários.

Ações de competência/Resolução de conflitos interprofissionais

Conhecer e compreender estratégias para lidar com os conflitos.

Valorizar o potencial construtivo de situações conflituosas na equipe.

Identificar situações comuns que possam ocasionar discordâncias interprofissionais.

Promover um clima seguro para expressão de diferentes opiniões e pontos de vista.

Padronizar estratégias para a resolução de conflitos com participação ativa dos envolvidos.

Ações de competência/Liderança colaborativa

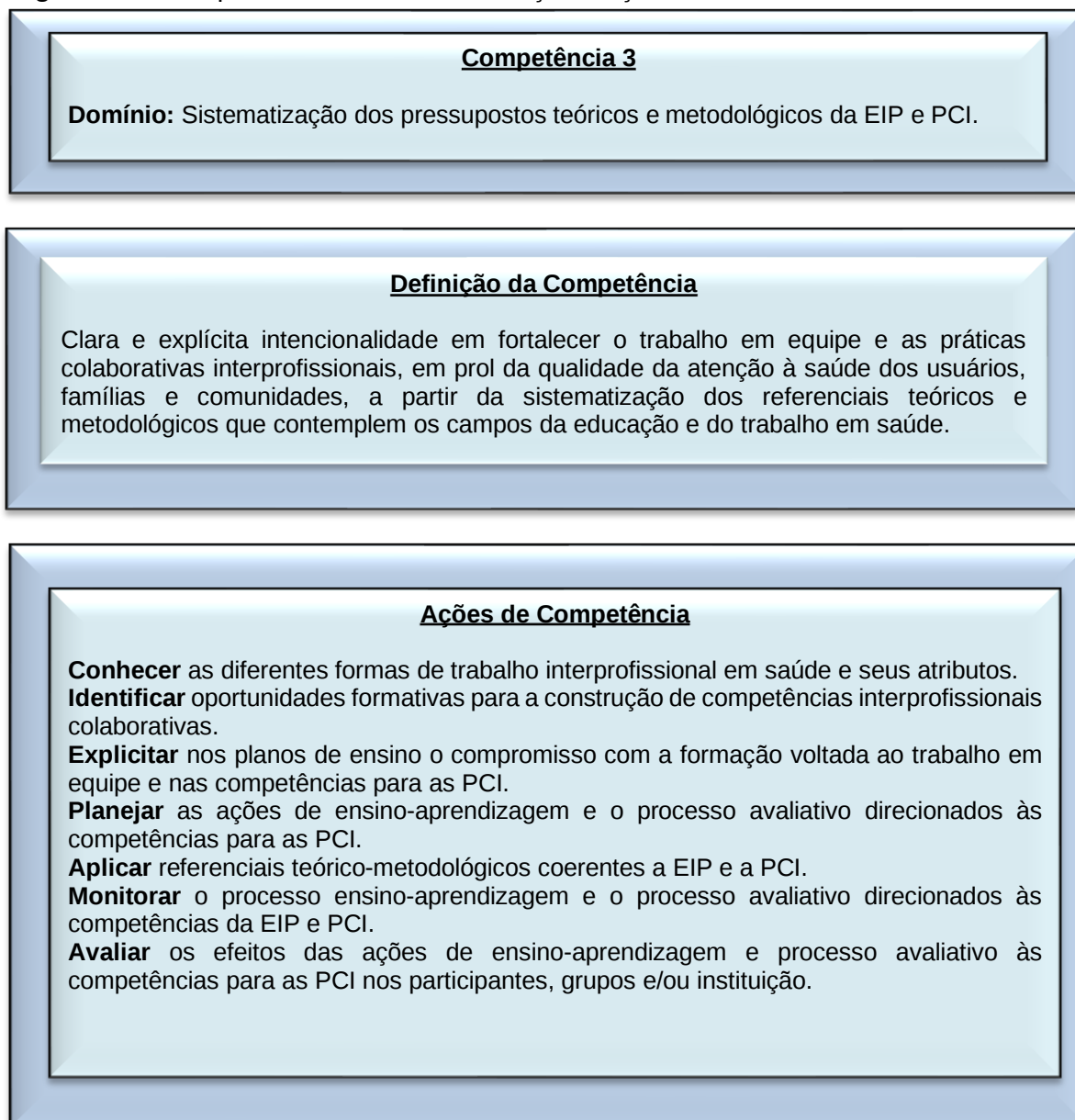
Promover interdependência e corresponsabilização pelos processos escolhidos e resultados alcançados.

Favorecer liderança e tomadas de decisões compartilhadas entre as diferentes áreas profissionais e usuários.

Reconhecer o papel da liderança na facilitação do trabalho em equipe integrado.

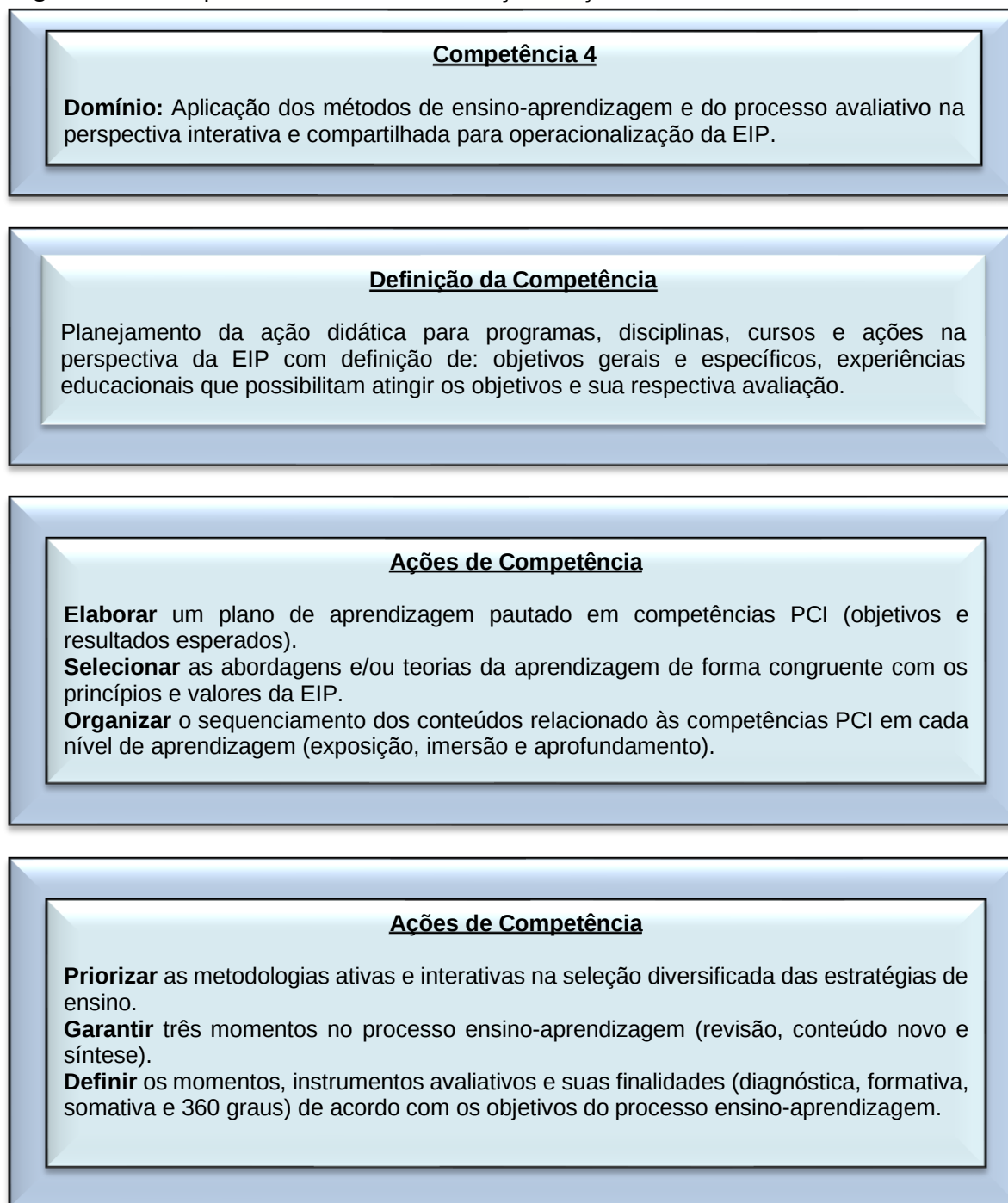
Valorizar a contribuição de cada membro da equipe para o alcance de metas compartilhadas.

Figura 11 – Competência 3, domínio, definição e ações.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Figura 12 – Competência 4, domínio, definição e ações.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

APÊNDICE J – PRODUTO FINAL GLOSSÁRIO (ETAPA 3)

Ações de Competência: São os descritores de competência que identificam conhecimentos, habilidades, atitudes e julgamentos (CIHC, 2010).

Competência: Capacidade que uma pessoa possui de integrar conhecimentos, habilidades, atitudes e julgamentos para o desempenho de atividades necessárias para uma determinada ocupação ou função em diversos ambientes e contextos complexos (CIHC, 2010).

Competências interprofissionais: Descreve a integração de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e julgamentos que permitem aos profissionais de saúde mobilizar esses componentes em todas as ocasiões de colaboração (CIHC, 2010).

Domínio de Competências: Um conjunto interativo de atividades que constituem uma estrutura descritiva geral (WHO, 2022).

Dupla Identidade profissional e interprofissional: O indivíduo desenvolve sentimento de pertence a equipes da própria profissão e a equipes interprofissionais (Khalili *et al.*, 2019).

Educação Interprofissional e Prática colaborativa (EIPC): termo utilizados para descrever o campo dos estudos científicos acerca da educação interprofissional (EIP) e da prática colaborativa interprofissional (PCI), conforme a definição separada neste documento (Khalili *et al.*, 2019).

Educação Interprofissional em Saúde (EIP): A educação interprofissional é definida como ocasiões em que estudantes de duas ou mais profissões aprendem entre si, sobre os outros e com os outros, a fim de promover a colaboração eficaz com a intencionalidade de melhorar a prestação dos serviços de saúde aos clientes/usuários, familiares e comunidades (OMS, 2010).

Estrutura de Competências: Uma apresentação organizada e estruturada de um conjunto de competências inter-relacionadas (WHO, 2022).

Prática Colaborativa Interprofissional (PCI): A Prática Colaborativa Interprofissional ocorre quando profissionais de diferentes profissões prestam assistência à saúde integradamente e com alta qualidade nos diversos âmbitos que intercorrem a prestação dos cuidados em saúde (OPAS, 2017).

Socialização Interprofissional: A socialização interprofissional é o processo pelo qual os indivíduos desenvolvem uma identidade profissional e interprofissional (dupla identidade) a partir da aquisição de crenças, valores, comportamentos e compromissos profissionais e interprofissionais, visando melhorar a qualidade da atenção e dos serviços prestados (Khalili *et al.*, 2019).

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento docente na perspectiva da Educação Interprofissional em Saúde

Pesquisador: Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44395821.0.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.797.382

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo **Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1664775.pdf, de 28/05/2021)**.

Desenho:

O presente projeto trata-se de um estudo de métodos mistos (MMs) definido pela combinação de técnicas quantitativas e qualitativas nos procedimentos de coleta e análise de dados em uma pesquisa. O pressuposto central que justifica a abordagem dos MMs é que a articulação entre os elementos da pesquisa promove melhores possibilidades analíticas (CRESWELL; CLARK, 2011; CRESWELL, 2015). No presente projeto define-se como população os 330 docentes vinculados aos cursos de bacharelados em Enfermagem, Fisioterapia, Gerontologia, Medicina, Terapia Ocupacional e Psicologia da UFSCar-São Carlos em colaboração dos 1.000 trabalhadores da saúde da Secretaria Municipal de São Carlos-SP e os 279 membros da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (REBETIS), constituída por educadores, pesquisadores e estudantes vinculados à temática da educação interprofissional. Os procedimentos adotados para coleta de dados serão: 1) Revisão de escopo, 2) método Delphi para validação das competências na fase de planejamento; 3) Implementação da iniciativa de DD em EIP; 4) Avaliação da ação de DD em EIP. Após a revisão de escopo será a etapa de planejamento fase em que será delineado os objetivos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: oephumanos@ufscar.br