

2020

AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Escala de Avaliação da Colaboração
Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR): versão
traduzida, adaptada e validada para o contexto
brasileiro (BISPO; ROSSIT, 2019)

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo
Universidade Estadual de Alagoas – UNCISAL

Rosana Ap. Salvador Rossit
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP



AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe

(AITCS II-BR): versão traduzida, adaptada e validada para o

contexto brasileiro (BISPO; ROSSIT, 2019)

1ª Edição

São Paulo - SP

2020



Produção Técnica

AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL: Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR): Versão traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro (BISPO; ROSSIT, 2019)

Autores

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo
Rosana Ap. Salvador Rossit

Revisão e Diagramação

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo
Rosana Ap. Salvador Rossit

Capa

Rosana Ap. Salvador Rossit

B622

Bispo, Emanuella Pinheiro de Farias; Rossit, Rosana Aparecida
Salvador

Avaliação da Colaboração Interprofissional: Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) / 1ª ed. - São Paulo [SP]: Universidade Estadual de Alagoas; Universidade Federal de São Paulo/Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, 2020.

31 fls.

ISBN nº 978-65-00-06932-7

1. Educação Interprofissional. 2. Ensino. 3. Formação. 4. Aprendizado Colaborativo. 5. Equipe de assistência ao paciente

I. Bispo, Emanuella Pinheiro de Farias / II. Rossit, Rosana Aparecida Salvador. III. Título.

CDD 610



Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Avaliação da Colaboração Interprofissional de [Emanuella Pinheiro de Farias Bispo; Rosana Aparecida Salvador Rossit](#) está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), em 31 de julho de 2020, Baseado no trabalho disponível em <http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>

Código - `
Avaliação da Colaboração Interprofissional de <a xmlns:cc="http://creativecommons.org/ns#" href="https://educapes.capes.gov.br/" property="cc:attributionName" rel="cc:attributionURL">Emanuella Pinheiro de Farias Bispo; Rosana Aparecida Salvador Rossit está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.
Baseado no trabalho disponível em <a xmlns:dct="http://purl.org/dc/terms/" href="http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/" rel="dct:source">http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/ .`

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. UMA INTRODUÇÃO SOBRE A AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	7
2. APROXIMANDO-SE DAS COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS COLABORATIVAS.....	8
3. AVALIAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE	17
4. ASSESSMENT OF INTERPROFESSIONAL TEAM COLLABORATION SCALE II – AITCS II (ORCHARD, 2015)	19
5. A VERSÃO EM PORTUGUÊS DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM EQUIPE - AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2019)	21
Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II-BR)®_E Bispo e R Rossit (2019)	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
7. REFERÊNCIAS	27

APRESENTAÇÃO

Esta produção técnica tem como objetivo apresentar a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR): versão traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro como objeto da tese de doutorado de Emanuella Pinheiro de Farias Bispo (2019) orientada pela Profa. Dra. Rosana A. S. Rossit no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo-campus Baixada Santista.

A *Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe - AITCS II-BR* (BISPO; ROSSIT, 2019) é um instrumento diagnóstico adaptado para o português brasileiro a partir da escala original *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS II* (ORCHARD, 2015) que foi desenvolvida para medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe. Possui 23 itens considerados características da colaboração interprofissional, entendida a partir da percepção de como uma equipe trabalha e atua.

A avaliação de competências colaborativas envolvidas na formação e no trabalho interprofissional em saúde é condição importante para se identificar as potencialidades e fragilidades na atuação das equipes. Os dados obtidos, com base em recursos e estratégias diversificadas de avaliação, devem ser analisados à luz das peculiaridades do contexto de trabalho e das disposições e características em que ocorre a organização dos profissionais em atenção às demandas de saúde. Os dados obtidos devem ser utilizados para o planejamento de ações formativas que desencadeiem momentos de reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão e transformação das práticas em serviço por meio de propostas que estimule o aprender a aprender, a trabalhar em equipe de forma integrada, interdependente e colaborativa.

De acordo com Jecker *et al.* (2015), a prática colaborativa pode melhorar o acesso e coordenação de serviços de saúde; o uso adequado de recursos especializados; os resultados de saúde; cuidado e segurança do paciente; satisfação do paciente e do cuidador; maior aceitação do tratamento; e, implementação de equipes de atenção primária à saúde.

Por meio da Educação Permanente em Saúde a aprendizagem ocorre de modo significativo com o objetivo de criar possibilidades de transformação das práticas profissionais nos diversos cenários de atenção à saúde, constituindo-se em potencial

estratégia para a formação dos profissionais no sentido de prepará-los para atender às demandas cada vez mais crescentes e complexas.

Diante do contexto da pandemia COVID-19 diversas composições de equipe têm sido observadas. Equipes de profissionais que rodiziam em turnos e em espaços diferentes, tornando-se um desafio ainda maior para que as competências colaborativas sejam desempenhadas na perspectiva do efetivo trabalho em equipe, da comunicação aberta e dialógica, da clarificação dos papéis e da constituição de um clima de trabalho que evite os desgastes físicos e emocionais para além daqueles já impostos pelo atual contexto.

Temos a expectativa de que os aspectos apresentados nessa produção técnica possam desencadear reflexões e ações para a qualificação da formação e do trabalho em saúde.

1. UMA INTRODUÇÃO SOBRE A AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL.

Com a notória escassez de estudos brasileiros na investigação de processos relacionados à avaliação da interprofissionalidade, a tradução, adaptação transcultural e validação estatística do *Assessment of interprofessional team collaboration scale II – AITCS-II* (ORCHARD, 2015) para o contexto brasileiro, representa um avanço no sentido de viabilizar um instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe.

A educação e a prática interprofissional está relacionada diretamente com o propósito de colaboração. A colaboração interprofissional é essencial para a qualidade e eficiência de um atendimento e seus resultados de saúde, na medida em que melhora a interação interprofissional por meio da aplicação de ferramentas que compreendem a identidade compartilhada, objetivos em comum, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas em equipe.

Para Orchard *et al.* (2018) os atributos críticos de colaboração incluem: coordenação, cooperação e parceria. Avaliar essas dimensões da colaboração passa ser essencial no processo de mensurar a colaboração interprofissional.

Desse modo, o AITCS II-BR apresenta-se como um instrumento capaz de avaliar as dimensões da colaboração (coordenação, cooperação e parceria) e proporcionar uma reflexão das práticas interprofissionais. Assim, compreende-se a importância da utilização de um instrumento validado para compreender e instrumentalizar a interprofissionalidade. E partir deste ponto, pode-se repensar e aprimorar as práticas colaborativas em equipes interprofissionais e a formação em saúde.

O AITCS II-BR mostra-se como um instrumento com enorme potencial de aplicação no Brasil, em diferentes cenários, o que permitirá avaliar a prática colaborativa em equipes interprofissionais e, conseqüentemente, subsidiar planejamentos para a formação profissional.

2. APROXIMANDO-SE DAS COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS COLABORATIVAS...

A avaliação por competências define-se como um processo com grandes passos: definição de objetivos; levantamento de evidências; comparação das evidências com os objetivos; julgamento (competente ou não competente). Este tipo de avaliação centra-se nos resultados do desempenho, realizando-se num tempo não previamente determinado.

Neste momento, considera-se pertinente apresentar algumas definições de competência que possam sustentar teórico e conceitualmente a compreensão do processo de desenvolvimento e avaliação orientados por competência.

Zarifian (2010) define a competência como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, guiados por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores para mobilizar suas capacidades. Discute que na compreensão de competência voltadas ao trabalho, além do desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes é preciso expandir e avançar para uma lógica que desencadeie a articulação e mobilização dos saberes. Para o autor, o modelo da competência é dinâmico e tenta estabelecer uma relação entre a definição das competências-chave e as escolhas; o desenvolvimento e a mobilização das competências a partir dessas escolhas; e, o efeito dessa mobilização nos contextos de trabalho.

Deluiz (2001) define como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidades em uma situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural.

Norman (1985) refere que a competência é um termo frequentemente usado para descrever o conhecimento necessário para ser capaz de executar uma tarefa específica. Uma competência é mais que conhecimentos, inclui a compreensão do conhecimento, habilidades técnicas e de comunicação, e, a capacidade de resolver problemas por meio do julgamento clínico.

Perrenoud (2000) define a competência como a mobilização e articulação de múltiplos recursos - saberes, habilidades, atitudes, valores, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio - para agir de modo eficaz em uma determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.

Essa compreensão da definição de Perrenoud (2000) envolve quatro aspectos:

- As competências não são por si só, saberes ou atitudes, mas mobilizam, integram e orquestram tais recursos;
- Essa mobilização só é pertinente em situação, sendo cada situação singular, mesmo que se possa tratá-la em analogia com outras já encontradas;
- O exercício da competência passa por operações mentais complexas, subtendidas por esquemas de pensamento, que permitem determinar e realizar uma ação relativamente adaptada à situação;
- As competências profissionais constroem-se, em formação, mas também, mediada pela atuação docentes e de uma situação de trabalho à outra.

De acordo com Barr *et al.* (2005), a EIP qualificada e baseada em evidências, pode intensificar o entendimento mútuo entre as profissões e fortalecer as práticas colaborativas. Quando a EIP é planejada e realizada de forma eficaz, aumenta a compreensão entre as profissões, o que melhora a prática colaborativa, a prestação dos serviços e os resultados com o paciente.

A definição de competências interprofissionais em cuidados de saúde proposto pelo IPEC (2016, p. 8) versa sobre:

[...] a integração de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes que definem o trabalho em conjunto entre as profissões, com outros cuidados de saúde e com pacientes, juntamente com as famílias e comunidades, para melhorar os resultados de saúde em contextos de cuidados específicos.

Essa compreensão possibilita a “ampliação das competências interprofissionais para melhor alcançar o triplo objetivo de melhorar a experiência do paciente no cuidado, melhorar a saúde das populações e reduzir o custo per capita dos cuidados de saúde, com particular referência à saúde da população” (IPEC, 2016, p. 1).

O documento *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 update* (IPEC, 2016) lista quatro conjuntos de competências fundamentais para o trabalho interprofissional: ética; responsabilidade; comunicação interprofissional; e, trabalho em equipe. Para cada um desses itens, são descritas subcompetências que ajudam a compreender o que se espera de cada um dos conjuntos para o trabalho interprofissional.

As quatro competências são assim definidas:

- Valores /Ética para a prática interprofissional: trabalhar com indivíduos de outras profissões para manter um clima de respeito mútuo e valores compartilhados;
- Papéis/Funções e responsabilidades: usar o conhecimento de seu próprio papel e de outras profissões para avaliar e abordar adequadamente as necessidades de saúde dos pacientes para promover e avançar na saúde das populações;

- Comunicação Interprofissional: comunicar-se com pacientes, familiares, comunidades e profissionais da área da saúde e de outras áreas, de maneira responsiva e responsável, que apóie uma abordagem em equipe para a promoção e manutenção da saúde e a prevenção e tratamento da doença;
- Equipes e trabalho em equipe: aplicar valores de construção de relacionamentos e os princípios de dinâmica de equipe, para desempenhar com eficiência diferentes papéis na equipe para planejar, entregar e avaliar programas e políticas, voltados para os pacientes e populações, que sejam seguros, oportunos, eficientes, eficazes e equitativos. (IPEC, 2016, p. 10).

A seguir serão apresentadas as características das competências listadas pelo IPEC (2016, p. 11-14).

Entre as características da competência *ética* dos trabalhadores de unidades interprofissionais estão: assumir a centralidade do paciente e da comunidade no atendimento, respeitar a dignidade e privacidade dos pacientes, mantendo a confidencialidade dos seus casos; respeito à cultura, ao ambiente de trabalho e à comunidade à qual se refere o serviço; tomar quem recebe o serviço como alguém importante no processo de colaboração e contribuição para um serviço melhor; desenvolver uma relação de confiança com pacientes, parentes, e membros de equipe; demonstrar consciência e intenção de manter firme código de ética, bem como utilizar desses mesmos valores para resolver dilemas tomando o cuidado como elemento principal a ser buscado; agir com integridade e honestidade e, finalmente, manter a competência como principal escopo da atividade.

A aprendizagem quanto ao trabalho interprofissional passa pela compreensão de como procedimentos, *papéis e responsabilidades* podem fazer a equipe mutuamente complementar em função da ação centrada no paciente e na comunidade. A clareza no entendimento dos papéis e responsabilidades de cada um (e mesmo da equipe de trabalho em si) assim como, a superação das diferenças internas e externas facilitam o progresso do time. Dentre as principais responsabilidades listadas para profissionais que atuam interprofissionalmente, pode-se elencar: a comunicação clara com paciente, família e outros profissionais; o reconhecimento de limitações para poder encontrar soluções e alternativas; engajar o máximo de profissionais com competências e expertises diversas, bem como, buscar formas alternativas para implementar o cuidado dos usuários; a busca constante por formação pessoal e para o trabalho em equipe (educação permanente); buscar usar todo o potencial de qualidades da equipe e forjar relações interdependentes

na equipe, pautadas na comunicação constante.

A *comunicação* é o que torna uma equipe de profissionais, com competências e formações diversas, em uma equipe interprofissional. Para melhorar a comunicação interprofissional, é importante construir uma linguagem mais universal para a equipe e menos marcada por termos próprios de cada profissão particularmente, pois os jargões criam barreiras de comunicação e para as pessoas. Entretanto, não é óbvia a necessidade de melhorar ou mudar o modo de comunicação no ambiente profissional.

A questão da compreensão e boa utilização das tecnologias de trabalho e as de comunicação tornam-se fundamentais para a velocidade e a precisão da comunicação. É importante haver investimentos na comunicação efetiva mediada por tecnologias, dado que passa pela qualidade da verbalização ou da escrita, e a capacidade de tornar o conteúdo da percepção em relatos ou registros. Isso, evidentemente, precisa acompanhar a documentação interna que, quanto mais clara, compreensiva, precisa e objetiva, melhor será para que a equipe colabore de forma efetiva para o atendimento ao usuário, familiares e comunidade.

As hierarquias são outro ponto comum nas vivências em equipe, mas dependendo de sua forma constitutiva, mais atrapalha que ajuda o trabalho a ser interprofissional. Exemplo disso está no modelo centrado no médico, centralizando toda informação e ação e direcionando o trabalho dos demais profissionais. Por isso, é interessante que a comunicação, em relação à hierarquia, aconteça de forma respeitosa e com equidade, de modo que não se percam contribuições que poderiam ser chave para a evolução e interação do trabalho.

Aprender a trabalhar junto para comunicar e manejar emoções e informações que são compartilhadas com os familiares e mesmo com os próprios pacientes, como no caso de comunicação de morte ou de erros da equipe, pode significar aumento na qualidade da atenção e da própria prestação de serviço. Comunicar questões controversas em equipe é mais fácil e pode acontecer de forma mais adequada, do que se for feita isoladamente, na medida em que coloca o profissional em situação de maior pressão e de responsabilização exagerada.

Detalhando as competências relativas à comunicação interprofissional, pode-se listar: a escolha e a utilização correta de boas técnicas (e tecnologias) de comunicação; organizar e comunicar com pacientes, famílias e comunidade de forma respeitosa e compreensível; tornar as opiniões de todos da equipe relevantes e escutadas de modo que se chegue, o máximo possível, próximo ao comum entendimento em função do bom

tratamento e cuidado com os pacientes; treinar a escuta ativa que encoraja ideias e opiniões de todos na equipe; dar *feedback* de forma ágil e constante; utilizar sempre de linguagem respeitosa; valorizar cada membro da equipe; e ressaltar a importância do trabalho em equipe interprofissional.

Muitos conflitos nascem em equipes entre seus participantes. Questões com a liderança são problemas extremamente comuns e, nesse sentido, emerge a necessidade de equipes coesas e lideranças fortes com intenções claras e projeto de ação bem estabelecidos. Planejamento, avaliação, troca de informações e de experiências, bem como, a constante oferta de oportunidades de formação e de crescimento, são fundamentos importantes para a construção de boas equipes.

Sobre as competências fundamentais para a formação de *equipes e trabalho em equipe*, pode-se listar: a importância de descrever bem os processos e valorizar as boas experiências; desenvolver consenso sobre princípios éticos; engajamento do máximo de profissionais de saúde, bem como, do próprio paciente e família para a maior resolubilidade de problemas; integração do conhecimento específico e de grupo para aumentar o escopo de decisões e procedimentos possíveis; aplicar práticas de liderança que dão suporte ao trabalho dos profissionais que compõem a equipe; engajamento de todos para a resolução de problemas de relacionamento interno à equipe, com família ou comunidade; prestação de contas com todos os envolvidos no processo de cuidado; buscar que as individualidades profissionais impactem na equipe e vice-versa; buscar melhorar as estratégias de registro, comunicação e cuidado; utilizar-se de evidências para manter o grupo informado e melhorar as condições da intervenção; e ainda, variar as configurações de ação e de construção da equipe para encontrar novas soluções e possibilidades de orientação da equipe.

A gestão tem um papel importante na implementação de ações interprofissionais, pois requer que os profissionais dos serviços de saúde estejam envolvidos em seus campos de atuação e que sejam responsáveis e interessados em fazer a transição do cuidado fragmentado para promover práticas mais colaborativas, que atendam melhor à complexidade das necessidades dos indivíduos e dos sistemas de saúde em unidades de atenção centradas mais nos usuários que nos cuidados de saúde fragmentados.

A OMS (2010, p. 7) afirma que há evidências suficientes para indicar que educação interprofissional viabiliza uma prática colaborativa eficaz que, por sua vez, otimiza os serviços de saúde, fortalece sistemas de saúde e melhora os resultados de

saúde... Essa evidência demonstra a necessidade de um mão-de-obra colaborativa preparada para a prática”.

A prática colaborativa pode melhorar: acesso e coordenação de serviços de saúde; uso adequado de recursos especializados; resultados de saúde; cuidado e segurança do paciente; satisfação do paciente e do cuidador; maior aceitação do tratamento; tratamento para transtornos psiquiátricos e saúde geral, implementação de equipes de atenção primária à saúde (JECKER *et al.*, 2015, p. 12).

A prática colaborativa pode reduzir: internações hospitalares; complicações totais do paciente; sintomas experimentados pelos pacientes; tempo de internação / duração do tratamento; número de consultas ambulatoriais; erro clínico e exames médicos redundantes; taxas de mortalidade; incidência de suicídio; tensão e conflito entre os cuidadores; rotatividade do pessoal e custo dos cuidados (JECKER *et al.*, 2015, p. 12).

O documento *Interprofessional learning guide*, produzido na *Northern Ontario School of Medicine* (JECKER *et al.*, 2015) apresenta os domínios de competências colaborativas e exemplos de objetivos de aprendizagem organizados em três níveis de implementação: exposição, imersão e avançado ou da atuação.

A seguir apresenta-se alguns objetivos de aprendizagem para os domínios e níveis de implementação (JECKER *et al.*, 2015, p. 18-22):

Clareza de papéis - Os alunos / profissionais entendem seu próprio papel e os papéis daqueles em outras profissões, e usam esse conhecimento adequadamente para estabelecer e conhecer paciente / cliente / família e objetivos da comunidade.

Exposição - discutir os papéis e escopo de prática das profissões; abordar questões éticas próprias das profissões envolvidas; identificar papéis profissionais relevantes em um determinado contexto; discutir a sobreposição de papéis profissionais, mostrando a forte relação interprofissional; valorizar o paciente como parte da equipe no trabalho interprofissional;

Imersão - compartilhar valores e cultura da sua profissão; articular e compartilhar conhecimentos de outras profissões; integrar ideias, valores e cultura dos outros profissionais; envolver o paciente na compreensão dos próprios papéis e dos demais profissionais; explorar e analisar as desigualdades de poder percebidos entre e no interior das profissões; desenvolver consciência das habilidades pessoais como contribuições dos demais membros da equipe; consultar ou pedir aconselhamento com outros profissionais;

Avançado - desenvolver confiança no escopo da prática no contexto do trabalho interprofissional; adaptar o papel profissional em diferentes contextos/ambientes

do trabalho interprofissional; acumular e integrar os diferentes papéis profissionais para aumentar a eficiência e melhorar atenção à saúde; abordar a atuação da equipe frente à sobreposição das práticas e/ou ausência de profissionais no trabalho em equipe; defender a representação de papéis profissionais no trabalho em equipe; defender outras profissões e discutir aspectos relacionados aos estereótipos e hierarquias profissionais;

Comunicação - Aprendizizes / profissionais de diferentes profissões se comunicam com cada outro de forma colaborativa, responsiva e de maneira responsável.

Exposição - reforçar o impacto da comunicação no trabalho interprofissional; discutir o modo de comunicação preferido pelos membros da equipe; discutir e encorajar o desenvolvimento de habilidades para uma comunicação verbal e não verbal eficaz; identificar e demonstrar habilidades/comportamentos para ouvir ativamente os demais membros da equipe; estabelecer espaços para feedback entre os membros da equipe; discutir legislação, políticas e procedimentos relacionados à confidencialidade

Imersão - abordar as barreiras para uma comunicação eficaz, tais como linguagem específica de cada profissão ou área do conhecimento; combinar o modo de comunicação com os membros da equipe, bem como paciente, família e comunidade; escutar ativamente e de forma respeitosa o conhecimento e opiniões dos outros profissionais; aceitar e/ou fornecer feedback efetivo no contexto do trabalho ou da aprendizagem interprofissional; desenvolver consciência dos limites e benefícios da tecnologia na comunicação para o trabalho em equipe; atuar para preservar a confidencialidade do paciente/família no contexto do trabalho em equipe; analisar os conflitos de forma eficaz e emprega técnicas ou modelos de resolução de conflitos apropriados para os diferentes contextos; empregar e regular, intencionalmente, ferramentas reflexivas sobre a prática profissional;

Avançado - valorizar feedback de uma variedade de fontes, incluindo paciente, família e comunidade; fornecer feedback efetivo sob circunstâncias difíceis ou complexas; analisar e empregar o uso apropriado da tecnologia no compartilhamento de informações entre os membros da equipe; pesquisar atos sobre possíveis/reais violações na confidencialidade como forma de assegurar uma prática coerente com políticas e legislações institucionais; integrar habilidades de comunicação verbal e não verbal com demais membros da equipe e com pacientes e famílias em situações difíceis ou complexas;

Resolução de Conflitos. Alunos / profissionais se envolvem ativamente si e aos outros, incluindo o paciente / cliente / família, ao lidar efetivamente com conflitos interprofissionais.

Exposição - reconhecer e discutir as desigualdades de poder percebidos e os estereótipos/ hierarquias históricas entre as diferentes profissões; identificar os diferentes estilos de resolução de conflito entre os membros da equipe; discutir

modelos adequados de gerenciamento de conflitos no trabalho em equipe; identificar e discutir oportunidades sociais, profissionais, organizacionais e barreiras à colaboração;

Imersão - analisar, minimizar e resolver conflitos de forma apropriada em situações difíceis ou complexas; utilizar ferramentas reflexivas para demonstrar a autoconsciência e autorregulamentação de sua atuação profissional;

Avançado - analisar, minimizar e resolver conflitos de forma apropriada em situações difíceis ou complexas; utilizar ferramentas reflexivas para demonstrar a autoconsciência e autorregulamentação de sua atuação profissional;

Atenção Centrada no Paciente / na família. Os alunos / profissionais procuram, integram e valorizam, como parceiro, a contribuição e engajamento do cliente na concepção e implementação de cuidados / serviços.

Exposição - explorar o papel do paciente como participantes da produção dos serviços de saúde; discutir a visão sobre a centralidade do paciente dentro dos contextos trabalhados; explorar as expectativas dos pacientes como participantes da produção dos serviços de saúde da equipe; qualificar o paciente para participar como co-produtor dos serviços de saúde; explorar o nível e o modo de comunicação preferido pelo paciente/ família/ comunidade; identificar e discutir legislação, políticas e procedimentos relacionados à confidencialidade junto ao paciente/família/comunidade;

Imersão - analisar a centralidade do paciente no contexto da prática profissional e da equipe; corresponder ao nível esperado sobre a participação do paciente no envolvimento da equipe; mostrar interesse na participação do paciente e valoriza sua capacidade na participação dos planos de cuidado; envolver o paciente na compreensão dos próprios papéis profissionais bem como dos demais membros da equipe; analisar a história do paciente para uma atuação adequada da equipe;

Avançado - apoiar e defender o envolvimento do paciente como membro da equipe no trabalho interprofissional; defender a mudança nos modelos de atenção à saúde ao paciente no contexto da instituição de saúde, quando necessário; garantir e defender a centralidade do paciente no trabalho interprofissional e nos serviços de saúde.

Liderança Colaborativa. Os alunos / profissionais trabalham em conjunto com todos os participantes formularem, implementarem e avaliar os cuidados / serviços para melhorar.

Exposição - identificar e empregar tecnologias apropriadas para facilitar a colaboração entre os membros da equipe; identificar estratégias e buscar orientações para lidar com os pontos fracos e capitalizar em forças para a colaboração;

Imersão - procurar novas oportunidades de colaboração entre os membros da equipe; explorar, histórica e contextualmente, o conceito de liderança no ambiente da atenção à saúde; expandir o foco de reflexão para de sua prática profissional e da equipe como forma de assegurar uma análise sistêmica;

Avançado - integrar feedback às práticas profissionais e da equipe; estimular a participação do paciente/família/comunidade em contextos de barreiras institucionais para acessar ou usar informações em saúde; defender mudanças organizacionais para reduzir as barreiras à colaboração; defender novas tecnologias e estratégias para superar as barreiras à colaboração; atuar com base na reflexão para melhoria de processos de trabalho e organização dos sistemas de saúde;

Funcionamento da equipe. Os alunos / profissionais entendem os princípios da dinâmica da equipe e agrupar processos para habilitar IP eficaz Colaboração em equipe.

Exposição - nesse nível de aproximação ao contexto da interprofissionalidade, considera-se que o funcionamento da equipe ainda não se estrutura como uma equipe

Imersão - empregar comportamentos apropriados para apoiar a atuação da equipe; adaptar comportamentos para se adequar ao estágio de desenvolvimento da equipe; identificar e empregar modelos apropriados de prática de equipe em diferentes contextos; identificar e discutir oportunidades para melhorar os resultados da equipe; negociar oportunidades com os membros da equipe para planejar e executar tarefas da equipe; empregar, de forma intencional e regular, ferramentas reflexivas sobre a prática da equipe, para aproveitar os pontos fortes e superar as fragilidades; integrar evidências e reflexões para reorientar a prática profissional e da equipe; atuar com base na reflexão para melhorar o desempenho profissional e da equipe;

Avançado - integrar de forma dinâmica os comportamentos dos diferentes profissionais para apoiar a atuação da equipe; atuar nos casos em que há falta de respeito ou confiança na equipe ou exclusão de algum de seus membros; demonstrar abertura para novas ideias em discussões e tomada de decisão; contribuir para as mudanças necessárias para melhorar os resultados da equipe; utilizar ferramentas reflexivas para fortalecer os processos do trabalho em equipe;

Destaca-se que existem outros guias e materiais que abordam conjuntos de competências relacionadas à interprofissionalidade, assim como, diversos instrumentos para avaliar características importantes e necessárias nos processos de formação e trabalho interprofissional e de prática colaborativa. Entretanto, para efeito dessa produção técnica apresenta-se a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe, produto originado da tese de doutoramento de Bispo (2019).

3. AVALIAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE

A Educação Interprofissional (EIP) em saúde consiste em uma proposta ou estilo de educação em que membros de mais de uma profissão de saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a prática colaborativa (REVEES *et al.*, 2013).

Percebe-se assim, que a avaliação da EIP requer a utilização de instrumentos consistentes que permitam colher informações e forneça elementos para o planejamento, implementação, acompanhamento e disseminação dos resultados obtidos em projetos e programas interprofissionais.

Considera-se que um processo robusto de avaliação em EIP deve envolver múltiplas estratégias, o que poderá gerar evidências de alta qualidade, as quais podem melhorar o desenvolvimento e a oferta futura de novas ações de formação e trabalho interprofissional (REEVES; BARR, 2016).

Entendendo a relevância da temática sobre a avaliação, apresentam-se reflexões sobre essa conceituação.

De acordo com Dias Sobrinho (2003), a avaliação se apresenta de forma distinta, segundo a concepção, funções, finalidades, valores, procedimentos, critérios e os interesses de quem a utiliza. Isso pode interferir em determinada realidade/contexto, nas decisões ou mesmo provocar mudanças e transformações na realidade. A avaliação reflete a concepção de mundo, indivíduo e de sociedade, não sendo portanto uma ação neutra, condicionando a tomada de decisões no plano das políticas educacionais, norteadando e orientando às práticas pedagógicas nos ambientes educativos.

Para Bloom, Hastings e Madau (1983) a avaliação é um método de coleta e processamento dos dados necessários à melhoria da aprendizagem e do ensino e deve incluir uma variedade de dados. A avaliação auxilia no esclarecimento das metas e dos objetivos educacionais e consiste num processo de determinação da medida em que o desenvolvimento do estudante está se processando ao longo do tempo, sendo entendida como um sistema de controle de qualidade pelo qual se pode determinar, a cada passo do processo de ensino-aprendizagem, se este está sendo eficaz ou não, e caso não esteja, indica a necessidade de mudanças para assegurar sua eficácia.

De acordo com Ramos (2018), a avaliação por competência está relacionada a melhoria do desempenho nos níveis individual, coletivo e organizacional. É um processo

pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos de um indivíduo em relação às competências planejadas e desenvolvidas.

De acordo com Peduzzi (2015), para a construção deste ambiente favorável para o aprendizado interprofissional no Brasil, é necessário desenvolver estudos que permitam conhecer qual tipo de educação funciona melhor, em que circunstâncias e como esta pode impactar nos resultados da atenção à saúde de usuários e população, trabalhadores e organizações.

Orchard *et al.* (2012) afirmam ser necessária a existência de instrumentos que permitam avaliar as relações colaborativas em/nas equipes.

Em uma síntese de revisões sistemáticas, Reeves *et al.* (2010) apontam pontos positivos em relação aos estudos de avaliação para a melhoria das pesquisas, como: utilização de mais de uma forma de coleta de dados, geralmente unindo instrumentos quantitativos e qualitativos; o uso de métodos de pesquisa semi-experimentais proporcionando a identificação de mudanças relacionadas à EIP, pois este tipo de pesquisa produz dados antes, durante e depois de experiências formativas; e, pesquisas longitudinais.

Dessa forma, a avaliação deve acontecer durante todo o processo de educação e formação na perspectiva da interprofissionalidade. Esta avaliação deve contar com a participação de professores, da universidade, de prestadores de serviço, estudantes na avaliação de suas próprias experiências interprofissionais. A EIP deve contar com avaliação, também, de pesquisadores para contribuir com evidências científicas em relação à eficiência dessa estratégia (BARR; LOW, 2013).

Assim, a partir da delimitação do objeto de investigação, o avaliador (docente, profissional do serviço, pesquisador, estudante) deve selecionar o instrumento que melhor se adequa aos objetivos propostos. Dentre inúmeros instrumentos existentes no contexto internacional, apresenta-se a seguir o AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2019), traduzido, adaptado e validado estatisticamente para o contexto brasileiro que avalia a colaboração interprofissional entre os membros das equipes de saúde.

4. ASSESSMENT OF INTERPROFESSIONAL TEAM COLLABORATION SCALE II – AITCS II (ORCHARD, 2015)

A *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS) é um instrumento diagnóstico canadense, projetado para medir a colaboração interprofissional entre os membros da equipe. O AITCS I (ORCHARD *et al.*, 2012) apresentou 37 assertivas em sua primeira versão canadense e com continha quatro dimensões (cooperação, coordenação tomada de decisão compartilhada e parceria).

A versão atualizada, AITCS II (ORCHARD, 2015 ORCHARD *et al.*, 2018), desde a sua origem apresentou-se com 23 assertivas e três dimensões, o que proporcionou mais agilidade nas respostas pelos participantes (média de 15 minutos para responder) e continua proporcionando um apoio no desenvolvimento de educação entre equipes e respostas eficazes em saúde.

A AITCS II (ORCHARD, 2015) tem por finalidade medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe. Consiste de uma seção inicial com orientações gerais e dados de caracterização dos participantes e, uma segunda seção, com os 23 itens sobre a colaboração interprofissional. O AITCS-II produz resultados altamente confiáveis para medir a colaboração nas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde (ORCHARD *et al.*, 2018).

A AITCS foi desenvolvida na tentativa de atender à necessidade de medir a colaboração interprofissional. Desde a publicação das propriedades psicométricas dessa Escala, este instrumento tem sido amplamente utilizado para avaliar a colaboração em equipe em diferentes configurações e países. A AITCS foi traduzida para alemão, espanhol, português, francês, ruandês e está atualmente sendo traduzido para o japonês (ORCHARD *et al.*, 2018).

Para Orchard *et al.* (2012) os atributos críticos de colaboração incluem: coordenação, cooperação, tomada de decisão compartilhada e parcerias.

- **Coordenação** é um processo que resultam no uso eficiente de tempo, esforço e recursos; padronização de procedimentos (levando a resultados de qualidade); tempos de resposta rápida; e uma boa reputação. A coordenação envolve uma série de interligações de atividades de planejamento de cuidado criadas com e para a equipe. A coordenação eficaz é essencial para a colaboração e depende de relações de trabalho eficazes entre serviços e sistemas interorganizacionais que fornecem tempo e recursos necessários envolvendo pacientes e suas famílias.

- **Cooperação** “*ocorre quando membros da equipe que demonstram forte cooperação desenvolvem novas atitudes e compreendem os limites entre as práticas de cada um e como sua experiência conjunta pode melhorar o trabalho coletivo*”. Quando o conhecimento é limitado e existe competitividade entre os membros da equipe, a comunicação é distorcida e os conflitos de papéis podem impedir a cooperação (ORCHARD *et al.*, 2012, p. 60).

- **Tomada de decisão compartilhada** “*é um processo no qual o paciente e seus familiares participam ativamente do processo do cuidado em saúde, como também, das decisões a serem tomadas, considerando um acordo mútuo*”. A tomada de decisão compartilhada inclui: dois ou mais participantes estão envolvidos; todas as partes trabalhem em conjunto para chegar a um acordo sobre o tratamento disponível; a informação é compartilhada entre todos os indivíduos envolvidos; e, um acordo de colaboração é alcançado para o tratamento a ser implementado (ORCHARD *et al.*, 2012, p. 60).

- **Parceria** dentro da prática colaborativa “*reconhecem e respeitam o papel e as contribuições dos pacientes e suas famílias, como parceiros em seus cuidados*”. Relacionamentos de trabalho em parceria e colaboração exige confiança por parte das equipes. A confiança parece estar correlacionada com experiência e competência. Parcerias envolvem “compartilhar responsabilidades entre as partes, tomada de decisão compartilhada e planejamento compartilhado para intervenções” (ORCHARD *et al.*, 2012, p. 61).

Para Orchard *et al.* (2012) estes elementos da colaboração são apoiados por três facilitadores (esclarecimento de papeis, partilha e valorização) que estabelecem as bases para que os membros da equipe possam cooperar uns com os outros em uma coordenação, levando ao desenvolvimento da confiança.

5. A VERSÃO EM PORTUGUÊS DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM EQUIPE - AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2019)

A *Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe - AITCS II-BR* (BISPO; ROSSIT, 2019) é um instrumento diagnóstico adaptado para o português brasileiro a partir da escala original *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS II* (ORCHARD, 2015) que foi desenvolvida para medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe. Possui 23 itens considerados características da colaboração interprofissional, entendida a partir da percepção de como uma equipe trabalha e atua.

O instrumento diagnóstico AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2019) manteve a estrutura original do AITCS II (ORCHARD, 2015; ORCHARD *et al.*, 2018), com uma seção inicial contendo orientações gerais de preenchimento e itens de caracterização da amostra, e uma segunda seção, com 23 itens. Os itens da escala estão organizados em três dimensões, consideradas fundamentais para o trabalho colaborativo: 1) Parceria com 8 itens; 2) Cooperação com 8 itens; e, 3) Coordenação com 7 itens em escala Likert de cinco pontos: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Às vezes; (4) Frequentemente; e, (5) Sempre.

Neste contexto, é importante refletir sobre o instrumento de avaliação em itens que apresentem várias categorias de resposta, como por exemplo, as escalas em Likert. Instrumentos com esta estrutura servem para duas funções: enfatizar aspectos relevantes das variáveis em questão ou, em alguns casos, optar por uma categoria intermediária fde opção das respostas (BARTHOLOMEU *et al.*, 2013).

Dentre as várias escalas existentes para medir atitudes, uma das mais utilizadas em pesquisas é a escala Likert. Foi criada pelo educador e psicólogo Rensis Likert em 1932 (LIKERT, 1932). Likert, em sua tese, realizou um levantamento usando uma escala de um a cinco pontos, o que resultou num modelo de escala como meio de medir atitudes e demonstrou que podia captar mais informações do que usando os métodos concorrentes (BERMUDES *et al.*, 2016).

Para Fabrigar e Wegener (2010), a escala no formato Likert permite avaliar um conjunto de dimensões de atitudes. A atitude tem sido alvo de pesquisas que visam investigar como os seus componentes influenciam na mudança de comportamento e percepções. O conceito de ‘atitude’ tem sido reestruturado ao longo dos anos, mas ainda não possui uma definição única.

Albarracín *et al.* (2008) indicam que a atitude está relacionada ao que se pensa, se sente e a como se deseja realizar o comportamento associado a um determinado objeto de atitude. Esses componentes são influenciados pelos comportamentos prévios, pelos hábitos e pela avaliação das consequências resultantes de uma determinada ação. Assim, cada componente apresenta uma relação mútua, formando um todo unificado.

As escalas são utilizadas como ferramenta para mensuração ou medição. Uma escala pode ser definida como um contínuo de valores ordenados que admita um ponto inicial e um ponto final. Há duas características importantes das escalas: **confiabilidade**, que se refere à capacidade para diferenciar, de forma constante, entre um valor e outro, o que significa obter os mesmos resultados quando aplicada a uma mesma amostra; e, **validade**, que indica a capacidade da escala para medir as qualidades a que se propõe (SILVA; SILVA, 2010).

Para Bermudes *et al.* (2016) a escala de Likert pode ser conceituada como um tipo de escala de atitude na qual o indivíduo respondente indica seu grau de concordância ou discordância em relação a determinado objeto. Esta escala apresenta o grau de intensidade das respostas, fornecendo direções sobre a posição do respondente em relação a cada afirmação.

Mantendo a mesma estrutura da escala original, o instrumento AITCS II–BR (BISPO; ROSSIT, 2019) é composto por uma breve introdução e dos dados de caracterização dos respondentes, que antecedem a apresentação dos itens, as instruções para o preenchimento e as três seções (Parceria, Cooperação e Coordenação). Para efeito de evitar uma tendência de resposta com direcionalidade para um único tema referente à cada dimensão, recomenda-se que os itens das três dimensões sejam mesclados entre si, numa quase randomização. Este procedimento tende a evitar que o respondente fique sob o controle exclusivo de uma categoria específica (parceria, cooperação, coordenação) ao manifestar a sua opinião.

**Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II-BR)[©]
E Bispo e R Rossit (2019)**

A AITCS II-BR é um instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe. Consiste de 23 assertivas consideradas características da colaboração interprofissional (a maneira como uma equipe trabalha e atua). Os itens da Escala representam três elementos que são considerados fundamentais para a prática colaborativa. Estas subescalas são: (1) Parceria – 8 itens, (2) Cooperação – 8 itens e (3) Coordenação – 7 itens.

Pontuações da AITCS II-BR

Os respondentes indicam seu nível geral de concordância com os itens em uma escala de classificação de cinco pontos que varia de 1= “Nunca”; 2= “Raramente”; 3= “Às vezes”; 4= “Frequentemente”; e, 5= “Sempre”. Essas classificações produzem pontuações de 23 a 115.

O tempo previsto para completar o instrumento é de aproximadamente 10 minutos.

Caracterização dos participantes

Local de trabalho: _____

Área de atuação (saúde mental, saúde da família...): _____

Carga horária semanal: Horista 20h 30h 40h

Outro (*especifique*) _____

Sexo: Feminino Masculino

Faixa Etária: 20 a 24 anos 25 a 29 anos 30 a 34 anos 35 a 39 anos 40 a 44 anos 45 a 49 anos 50 a 54 anos 55 a 59 anos Acima de 60 anos

Maior Titulação

Graduação

Especialista

Mestrado

Doutorado

Outro (*especifique*): _____

Assinale a sua Formação Profissional:

Assistente Social

Biomédico

Cirurgião-Dentista

Educador Físico

Enfermeiro

Farmacêutico

Fonoaudiólogo

Fisioterapeuta

Gerontólogo

Médico

Nutricionista

Psicólogo

Saúde Coletiva

- Terapeuta Ocupacional
- Técnico de Radiologia
- Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)
- Técnico de Laboratório
- Técnico de Enfermagem
- Outro (especifique) _____

Por favor indique:

Tempo de prática na profissão (*desde a obtenção do registro profissional*): _____ ano(s)

Tempo de trabalho com sua equipe atual: _____ ano(s)

Instruções:

Nota: Alguns termos são utilizados para se referir à pessoa que recebe serviços. Para propósito desta avaliação, o termo “paciente” será utilizado, embora outros termos como “cliente”, “consumidor” e “usuário” sejam utilizados em alguns serviços de saúde.

Por favor, assinale a opção que melhor reflete sua opinião (*neste momento*) de como sua equipe, e você como membro desta equipe, trabalham ou atuam em equipe.

Seção 1: PARCERIA

Quando estamos trabalhando em equipe, todos os membros da minha equipe¹ ...

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemen	Sempre
1	... incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão.					
2	... ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe.					
3.	... encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente.					
4.	... coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado do paciente.					
5.	... utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente.					
6.	... estão envolvidos na definição de metas para cada paciente.					
7.	... incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado.					
8.	... trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado.					

¹ Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente.

Seção 2: COOPERAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe, todos os membros da minha equipe...

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
9.	... compartilham poder uns com os outros.					
10.	... respeitam-se e confiam uns nos outros.					
11.	... são abertos e honestos uns com os outros.					
12.	... refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções.					
13.	... esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.					
14.	... entendem os limites/especificidades do que cada um pode fazer.					
15.	... entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.					
16.	... estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe.					

Seção 3: COORDENAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe, todos os membros da minha equipe...

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17.	... aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática.					
18.	... distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.					
19.	... incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.					
20.	... utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.					
21.	... defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.					
22.	... escolhem juntos o líder para a equipe.					
23.	... apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.					

© C Orchard (2015) por E. Bispo e R Rossit (2019), UNIFESP, 2019.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a Educação Interprofissional, a Prática Colaborativa e o efetivo Trabalho em equipe necessita-se de Parceria, Cooperação e Coordenação, enquanto dimensões interdependentes no contexto da interprofissionalidade. Desse modo, a AITCS II-BR apresenta-se como um instrumento diagnóstico importante para mensurar o nível de colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe, visto que o mesmo apresenta essas três dimensões em sua proposta diagnóstica.

A aplicação da AITCS II-BR proporciona à equipe de saúde, a possibilidade de avaliação do processo de trabalho em equipe, tornando a educação permanente essencial para o preparo dos profissionais, capazes de desenvolver uma prática interprofissional com vistas à integralidade do cuidado, ao cuidado humanizado, à segurança do paciente como também, promover a integração ensino, serviços e comunidade, que são espaços imprescindíveis para a constituição de redes de atenção, redes de saberes e redes de fazeres.

Reforça-se a ideia de que este é apenas um instrumento de avaliação e que outros recursos devem incorporar o planejamento de ações avaliativas.

Cabe destacar, também, que a avaliação é uma etapa importante para se identificar potencialidade e aspectos a serem aprimorados no contexto da atenção à saúde, e de que os resultados não devem ser tratados e/ou interpretados de forma isolada.

Entende-se que, para a certificação da validação da AITCS II-BR torna-se necessário um processo ampliado de aplicação em diferentes cenários de atenção à saúde e com um número maior de profissionais das equipes.

Neste sentido, um desafio seria o desenvolvimento de estudos longitudinais para acompanhamento e monitoramento da implementação de melhorias do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional, o que poderia fornecer informações valiosas sobre o modo como uma equipe trabalha e atua nos diferentes contextos de atenção à saúde e poderia subsidiar o desenvolvimento de ações de educação permanente para o fortalecimento da força de trabalho em saúde para maior resolutividade das demandas existentes na realidade brasileiras.

7. REFERÊNCIAS

ABED, M.M. Adaptação e Validação da versão brasileira da escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional: Um estudo em profissionais da Atenção Básica [manuscrito]. Dissertação de Mestrado pela Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Profissional), Goiânia, 2015.

AGUILAR, R.H.S; SCAPIN, L.T; BATISTA, N. A. Avaliação da Formação Interprofissional no Ensino Superior em Saúde: Aspectos da Colaboração e do Trabalho em Equipe. Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas). Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184: 2011.

ALBARRACÍN, D.; WANG, W.; LI, H.; NOGUCHI, K. Structure of Attitudes: judgments, memory, and implications for change. In: CRANO, W.D.; PRISLIN, R. Attitudes and attitudes change: frontiers of social psychology. United States of America: Psychology Press, chapter 2, p. 19-40: 2008.

ANDERSON, N; WEST, M. The Team Climate Inventory: manual and users' guide. Windsor: ASE Press; 1994.

ANDERSON, N; WEST, M. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. J Organ Behav, v.19, p. 235 – 258: 1998.

BALES, R. Interaction process analysis: a method for the study of small groups. Chicago: University of Chicago: 1976.

BARR, H.; KOPPEL, L.; REEVES, S.; HAMMICK, M.; FREETH, D. Effective interprofessional education: argument, assumption, evidence. Oxford: Blackwell Publishing: 2005.

BARR, H.; LOW, H. Interprofessional learning in pre-registration education courses: A CAIPE guide for commissioners and regulators of education. London, CAIPE: 2013.

BARTHOLOMEU, D; MONTIELB, J.M; MACHADO, A.A. Avaliação da Escala Likert dos Itens do CSAI-2 em Atletas. Interação Psicol., Curitiba, v. 17, n. 1, p. 79-89, jan./abr: 2013.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS. v.2, p. 25-28: 2012.

BERMUDES, W.L; SANTANA, B.T; BRAGA, J.H.O; SOUZA, P.H. Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações Scales used in research and applications. VÉRTICES, Campos dos Goytacazes/RJ, v.18, n.2, p. 7-20, maio/ago: 2016.

BISPO, E.P.F; ROSSIT, R.A.S. Adaptação transcultural e validação estatística do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II. Revista Científica Ágape. v1, 1ªedição: 2018.

BISPO, E.P.F. Tradução, adaptação transcultural e validação do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS II para o contexto brasileiro. / Emanuella Pinheiro de Farias Bispo; Orientador: Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit. – Santos, 2019. Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, 2019.

CARPENTER, J.; DICKKINSON, H. Interprofessional Education and Training, Policy Press: 2008.

CUNHA, L. M. da. Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes. 78 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal: 2007.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e da educação: implicações para o currículo. Boletim Técnico do Senac, Rio de Janeiro, n. 3, v. 27, p. 12-25, dez. 2001.

DIAS SOBRINHO, J. Avaliação da Educação Superior Regulação e Emancipação. In:

DIAS SOBRINHO, José; RISTOFF, Dilvo. I. (Org.). *Avaliação e compromisso público: a educação superior em debate*. Florianópolis: Insular, 2003.

DOW, A.W; DIAZGRANADOS, D; MAZMANIAN, P.E; RETCHIN, S.M. An exploratory study of an assessment tool derived from the competencies of the Interprofessional Education Collaborative. J Interprof Care, v.28, n.4, p. 299e304: 2014.

FABRIGAR, I.R.; WEGENER, D.T. Attitude structure. In: BAUMEISTER, R.F.; FINKEL, E.J. *Advanced Social Psychology: the state of the science*. United States of America: Oxford, 2010. chapter 7, p. 177-203.

FREETH, D.; HAMMICK, M.; REEVES, S.; KOPPEL, L.; BARR, H. *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford: Blackwell with CAIPE: 2005.

HOJAT, M.; HERMAN, M. W. Developing and instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings. *Psychological Reports*, 56, p. 571-579: 1985.

JECKER, J. et al. **Interprofessional learning guide**. Ontário: Northern Ontario School of Medicine, 2015.

LEUCHT, R; MADSON, M; TAUGHER, M; PETERSON J. Assessing perceptions: design and validation of an interdisciplinary education perception scale. *J Allied Health*, v. 19, p.181e191: 1990.

NORMAN, G. R. *Assessing Clinical Competence*. New York: Springer; p. 330-341, 1985.

NORRIS, J; CARPENTER, M; EATON, M; GUO, J; LASSCHE, M; PETT, M; BLUMENTHAL, D. Development and construct validation of the interprofessional attitudes scale. *Acad Med*, v.90, n.10, p.1394e1400: 2015,

ORCHARD, CA. *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II)*. Revised version November: 2015.

ORCHARD, CA; KING, GA; KHALILI, H. *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument*. *journal of continuing education in the health professions*. v.32, n.1, p. 58–67: 2012.

ORCHARD, CA *et al.* *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision*. *JCEHP n Winter*. v. 38, n.1, p 11-18: 2018.

PEDUZZI, M., Norman, I., Coster, S., Meireles, E. *Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil*. *Rev Esc Enferm USP*, v. 49, pp. 7-15: 2015.

PERRENOUD, P. “Construir competências é virar as costas aos saberes?” In: Revista Pátio, Porto Alegre: ARTMED, ano 03, nº 11, p. 15-19, 2000.

RAMOS, M. N. Avaliação por Competências. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avacom.html>, 2018.

REEVES, S.; BARR, H. Twelve steps to evaluating interprofessional education. Journal of Taibah University Medical Sciences, 11(6), 601-605, 2016.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane database of systematic reviews. Issue 3, 2013.

REEVES, S; LEWIN, S; ESPIN, S; ZWARENSTEIN, M. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H, editor. Interprofessional teamwork for health and social care. Chichester: Wiley-Blackwell: 2010.

SILVA, M. C. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: *Team Climate Inventory* no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-30102014-165103/>

SILVA, N. L. S. da; SILVA, O. H. da. Escalas de medidas de variáveis para diagnósticos da sustentabilidade de sistema de produção agropecuários. Scientia Agraria Paranaensis, v. 9, n. 2, p. 71-84: 2010.

KENASZCHUK, C; REEVES, S; NICHOLAS, D; ZWARENSTEIN, M. Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. BMC Health Serv Res; v.10, p. 83: 2010. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-83>.

ZARIFIAN, P. O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2ª edição, 2010.

SOBRE OS AUTORES

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo

Terapeuta Ocupacional, graduada pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Ensino na Saúde pela Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNCISAL, Especialista em Educação Especial Inclusiva pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC). Atualmente é professora auxiliar do Centro de Ciências Integradoras do Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e de Políticas Públicas da UNCISAL. Docente Titular do Curso de Medicina do Centro Universitário - CESMAC.

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Professor Visitante da UNIFESP-Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. Assessora Nacional do PET-Saúde Interprofissionalidade -Ministério da Saúde/SGTES. Assessora Nacional do MEC/INEP/SINAES - Cursos de graduação; Assessora da CAPES - Área Ensino. Credenciada aos Programas de Pós-Graduação: Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde/UNIFESP; Mestrado e Doutorado Interdisciplinar em Ciências da Saúde/UNIFESP e Mestrado em Ciências da Saúde/UFSCar. Graduada em Terapia Ocupacional pela UFSCar (1982), Mestre e Doutora em Educação Especial pela UFSCar (1997, 2003), Pós-Doutora/FAPESP na Aplicabilidade da Análise do Comportamento, LAHMIEI/UFSCar (2007), Pós-Doutora em Ensino na Saúde/UNIFESP (2013). Docente aposentada da Universidade Federal de São Paulo - Baixada Santista. Tem experiência nas áreas de Ensino na Saúde, Educação Interprofissional na Saúde, Educação Especial e Terapia Ocupacional, com ênfase na Formação Docente em Saúde, Educação Interprofissional em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação, currículos, docência, formação profissional e educação permanente na saúde.

