

## NOVAS EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E CONFIABILIDADE PARA USO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM EQUIPE NO BRASIL

## NEW EVIDENCE OF VALIDITY AND RELIABILITY FOR USE OF THE ASSESSMENT OF INTERPROFESSIONAL TEAM COLLABORATION SCALE IN THE BRAZIL

**Rosana Aparecida Salvador Rossit**

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil  
[rosana.rossit@unifesp.br](mailto:rosana.rossit@unifesp.br)

**Everson Meireles**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil  
[eversoncam@yahoo.com.br](mailto:eversoncam@yahoo.com.br)

**Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva**

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil  
[jaqueline.alc@ufscar.br](mailto:jaqueline.alc@ufscar.br)

**Emanuella Pinheiro de Farias Bispo**

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil  
[emanuella.bispo@uncisal.edu.br](mailto:emanuella.bispo@uncisal.edu.br)

### RESUMO

A colaboração interprofissional é um tipo de trabalho que envolve diferentes profissões comprometidas com o desenvolvimento do cuidado, sendo essencial para a qualidade e eficiência da assistência e dos resultados na saúde. O estudo tem por objetivo avançar no processo de validação da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe (AITCS II-BR), por meio da análise de sua dimensionalidade e demonstração de evidências de validade baseadas na estrutura e consistência interna para a utilização no Brasil. Trata-se de um estudo metodológico de validação da AITCS II-BR, a qual refere-se ao construto da colaboração interprofissional, originalmente disseminado em três dimensões: parceria, cooperação e coordenação. Participaram 395 pós-graduandos de cursos em Ensino na Saúde. Análise fatorial exploratória, análise paralela e de consistência interna foram realizadas. As análises da dimensionalidade da AITCS II-BR-V2 possibilitaram a identificação do índice *Kaiser-Meyer-Olkin* ( $KMO=0,96$ ). Obteve-se alta consistência interna nos 23 itens no fator da Colaboração interprofissional e o Alfa de *Cronbach* ( $\alpha=0,96$ ). O escore do fator Colaboração obteve média=3,34; desvio-padrão=0,78; mediana=3,39; intervalo de confiança [IC 95% para a média]=3,26 a 3,42; amplitude 1 a 5. Conclui-se que o instrumento é válido, apresenta elevado índice de consistência interna e pode ser aplicado no contexto Brasileiro para avaliação da colaboração interprofissional.

**Palavras-chave:** Psicometria. Design de questionários. Educação interprofissional. Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente.

### ABSTRACT

Interprofessional collaboration is a kind of work which involves different professions committed to the development of care, and it is essential for the quality and efficiency of care and health outcomes. The study aimed to advance the validation process of Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS II-BR), through the analysis of its dimensionality and demonstration of evidence of validity based on the structure and internal consistency for use in Brazil. This is a methodological study to validate the AITCS II-BR, which refers to the construct of interprofessional collaboration, originally disseminated in three dimensions: partnership, cooperation, and coordination. The study had 395 postgraduate students from courses in Health Education. Exploratory factor analysis, parallel analysis and internal consistency were conducted. Dimensionality analysis of the AITCS II-BR-V2 made it possible to identify Kaiser-Meyer-Olkin index ( $KMO=0,96$ ). High internal consistency was identified in 23 items at Interprofessional Collaboration factor and Cronbach's Alpha ( $\alpha=0,96$ ). The collaboration factor score average=3.34; standard deviation=0.78; mean=3.39; confidence interval [95%CI for the mean]=3.26 to 3.42; range 1

to 5. It is concluded that the instrument is valid within a high internal consistency and can be applied in the Brazilian context to evaluate interprofessional collaboration.

**Keywords:** Psychometrics. Questionnaire designs. Interprofessional education. Interprofessional relations. Patient care team.

---

## INTRODUÇÃO

A complexidade das demandas de saúde e da organização dos serviços mostra uma tendência crescente da necessidade de substituição da atuação isolada e independente dos profissionais da saúde, por um modelo de trabalho que seja colaborativo e em equipe (Tompson *et al.*, 2019).

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é uma abordagem formativa que contribui para o fortalecimento da prática colaborativa, otimiza os serviços, fortalece os sistemas de saúde e melhora os resultados das ações (OMS, 2010). Consiste em uma proposta ou estilo de educação em que membros de mais de uma profissão de saúde aprendem juntos, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a prática colaborativa (Reeves *et al.*, 2013), a qualidade dos cuidados e o bem-estar de paciente/usuários, famílias e comunidades (Reeves *et al.*, 2016). No entanto, para que trabalhem juntos com sucesso e de maneira colaborativa, tanto os estudantes quanto os profissionais precisam avançar para além de sua individualidade profissional e adotar uma postura e identidade interprofissional (Orchard *et al.*, 2012; Arnold *et al.*, 2020).

A colaboração interprofissional é um tipo de trabalho que envolve diferentes profissões que se reúnem regularmente no desenvolvimento do cuidado, sendo considerada essencial para a qualidade e eficiência da assistência e dos resultados na saúde. Acontece com e entre pessoas, melhora a interação interprofissional por meio da aplicação de estratégias que compreendem o compartilhamento de responsabilidades; objetivos em comum; parceria; identidade compartilhada; integração; interdependência entre os indivíduos; relações de poder; clareza das funções e objetivos; e, envolve a reflexão e ação mútua em busca de respostas às necessidades de saúde dos usuários (Reeves *et al.*, 2018).

As competências para a prática colaborativa interprofissional requerem um conjunto integrado de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes que possibilitam o trabalho conjunto entre profissões e com usuários, em associação com as famílias e comunidades para melhorar os resultados de saúde (Khalili *et al.*, 2019). Quatro competências são consideradas fundamentais para preparar os estudantes e profissionais para o trabalho interprofissional e colaborativo nas equipes de saúde: ética; responsabilidade; comunicação interprofissional; e, trabalho em equipe (IPEC, 2016; Thibault, 2013).

Trabalhar de maneira interprofissional e colaborativa promove encontros coletivos que possibilitam: compreender o papel do outro; estimular o respeito, a ética e a comunicação; contribuir para o reforço da própria identidade profissional e o desenvolvimento de uma postura e identidade interprofissional. Esse processo favorece o reconhecimento de valores e limites profissionais, bem como, o momento oportuno de buscar colaboração e compartilhamento de ações (Rossit *et al.*, 2018; Toassi *et al.*, 2020).

A EIP e o trabalho colaborativo apresentam cinco objetivos para o campo da saúde: aprimorar a qualidade da assistência; melhorar a experiência e a saúde dos usuários/comunidade; diminuir custos nos serviços; aumentar a satisfação no trabalho dos profissionais da saúde; e, melhorar a equidade em saúde (Khalili *et al.*, 2019; Samarasekera *et al.*, 2022).

Segundo Orchard *et al.* (2018) os atributos críticos da colaboração incluem: parceria, cooperação e coordenação. Avaliar essas dimensões da colaboração interprofissional torna-se um passo importante para o trabalho das equipes de saúde, além de caracterizar as relações entre profissões na prestação de cuidados centrados no paciente/usuário (Khalili *et al.*, 2022; HPAC, 2019).

A avaliação da colaboração interprofissional pode ter ênfase no processo e/ou nos resultados. O processo pode ser avaliado qualitativamente a partir de documentos, observações, grupos focais, questionários ou entrevistas. Os resultados podem ser quantificados usando instrumentos que apresentem evidências de validade e confiabilidade. Para Reeves e Barr (2016), a utilização de instrumentos já validados é mais indicada, em vez de o pesquisador elaborar seus próprios instrumentos. Neste sentido, os instrumentos para avaliação só são úteis e capazes de apresentar

resultados cientificamente importantes quando apresentam adequadas propriedades psicométricas (Leitch, 2014).

No contexto da avaliação, para mensurar mudanças relacionadas à prática colaborativa interprofissional, é necessária uma medida que capte crenças profissionais, atitudes, percepções e comportamentos de indivíduos em atividades de aprendizagem e na prática do local de trabalho (Mahler *et al.*, 2022; Mouazzen *et al.*, 2022).

A *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II - AITCS II* (Orchard *et al.*, 2018) apresenta-se como um instrumento capaz de avaliar as dimensões da colaboração (parceria, cooperação e coordenação) e proporcionar uma reflexão das práticas interprofissionais colaborativas. Os resultados provenientes da aplicação da escala indicam aspectos que podem sinalizar potencialidades e/ou necessidade de aprimoramento das práticas colaborativas nas equipes de profissionais da saúde.

A AITCS II (Orchard *et al.*, 2018) teve seu processo de validação e adaptação para a língua portuguesa do Brasil iniciado por Bispo e Rossit (2018) e o presente artigo tem por objetivo avançar no processo de validação da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe (AITCS II-BR), por meio da análise de sua dimensionalidade e demonstração de evidências de validade baseadas na estrutura interna e consistência interna para a utilização da escala no Brasil.

## MÉTODO

Estudo metodológico de validação do instrumento AITCS II (Orchard *et al.*, 2018), originalmente disseminado em três dimensões, para representar o construto da colaboração interprofissional: parceria, cooperação e coordenação.

### **Processo de tradução**

Em 2018 foi obtida a permissão dos autores para a tradução, adaptação transcultural e validação para o idioma português brasileiro. A tradução foi realizada de acordo com as diretrizes internacionais usando a tradução *forward-backward* (Acquadro *et al.*, 2008).

A AITCS II foi traduzida separadamente do inglês para o português brasileiro por dois tradutores independentes que possuíam domínio da língua inglesa e conhecimento na área da saúde. Ambas as versões foram apreciadas e por consenso, foram sintetizadas em uma única versão.

A versão em português compilada foi então traduzida de volta para o inglês, individualmente por outros dois tradutores independentes. Em uma segunda etapa, as retrotraduções foram organizadas para um consenso final da versão no idioma inglês. Esta versão foi então enviada a um dos autores do instrumento original para verificação da pertinência da tradução.

Um Comitê de Especialistas avaliou e validou os conteúdos relacionados à AITCS II-BR, versão brasileira (Bispo; Rossit, 2018).

A validação seguiu quatro etapas: Avaliação de equivalências conceitual e de itens; Avaliação da equivalência semântica; Equivalência Operacional; e, Equivalência de Mensuração (Reichenheim; Moraes, 2007; Weissheimer, 2007).

A versão aprovada do AITCS II-BR foi então verificada em um pré-teste aplicado com a participação de 15 profissionais de diferentes áreas de formação em duas aplicações com intervalo de 15 dias (Bispo; Rossit, 2018; Bispo, 2019). A aplicação teve como objetivo verificar a equivalência de mensuração e a compreensão para o refinamento da redação dos itens, conforme necessário. Este processo de verificação resultou em aprimoramentos na redação dos itens para atingir a equivalência conceitual.

A análise psicométrica inicial da escala AITCS II-BR na versão brasileira (Bispo, 2019), obtida a partir da aplicação com 245 profissionais de saúde do nordeste brasileiro, mostrou um padrão de comportamento estatístico que se diferenciou do padrão obtido no instrumento original (Orchard *et al.*, 2018). Identificou-se que os itens 18, 19 e 20 requeriam reanálise, para permitir melhor captura dos construtos da colaboração interprofissional quanto às **equivalências semântica** (significado das palavras), **idiomática** (formulação de expressões coloquiais equivalentes ao idioma de origem), **cultural** (termos e situações cotidianas diferentes entre as culturas) e **conceitual** (palavras que possuem significados culturais diferentes).

Para avançar no processo de tradução, adaptação transcultural e validação da AITCS II para utilização no Brasil, um novo Comitê de Especialistas foi constituído por 12 pesquisadores brasileiros tendo como critérios: ter formação na área da saúde; ter domínio da língua inglesa; e, expertise nas temáticas da Educação Interprofissional e da Prática Colaborativa Interprofissional.

O novo Comitê teve como objetivo rever as traduções dos itens 18, 19, 20 e propor modificações para o aprimoramento da versão brasileira. Os itens foram avaliados quanto às equivalências: semântica; idiomática; cultural; e, conceitual.

Para a reanálise dos três itens, um instrumento foi construído com colunas contendo: os itens do instrumento original; as duas traduções (T1 e T2); a redação da primeira versão em português; e, espaço para as novas contribuições de melhorias na redação dos itens. Todos os membros do Comitê de Especialistas contribuíram com sugestões para o aprimoramento da redação. Após as análises, o material foi compilado em uma nova versão. Uma reunião de consenso foi realizada em ambiente virtual, com a presença de todos os Especialistas, para discussão e concordância sobre a redação final dos itens. Todos os Especialistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Concluído os trabalhos do Comitê de Especialistas, a escala AITCS II-BR na sua versão 2 (V2) foi preparada em formulário eletrônico autoadministrado, com espaço para a caracterização da amostra e 23 itens sobre a colaboração interprofissional.

### **Instrumento**

A AITCS II (Orchard *et al.*, 2018) é um instrumento composto por 23 itens que buscam avaliar a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe. Os participantes são orientados a ler as sentenças e indicar com que frequência eles percebem que a sua equipe profissional trabalha. As percepções são registradas em uma escala “tipo *Likert*” (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = na maioria das vezes e 5 = sempre). Nos estudos originais com a AITCS II são propostas três dimensões primárias - Parceria ( $\alpha = 0,90$ ); Coordenação ( $\alpha = 0,92$ ); Cooperação ( $\alpha = 0,90$ ) e uma dimensão de ordem superior – Colaboração ( $\alpha = 0,89$ ), cujos escores médios podem variar de 1 a 5.

O questionário sociodemográfico estruturado contém itens de caracterização dos participantes, como: sexo, faixa etária, região geográfica do país, escolaridade, formação profissional, área de atuação, local de trabalho, carga horária de trabalho, tempo de experiência profissional e tempo de trabalho na equipe atual.

### **Participantes e coleta de dados**

Para reunir o conjunto de informações suficientes para a análise psicométrica da AITCS II-BR na versão 2 (V2), dados foram coletados por meio de formulário eletrônico autoadministrado com estudantes de pós-graduação da área de Ensino na Saúde.

Diante do contexto pandêmico da Covid-19, das distâncias geográficas do território brasileiro e dos recursos tecnológicos que possibilitam a acessibilidade de participação, a agilidade na coleta dos dados, o baixo custo para o desenvolvimento da pesquisa e a segurança das informações, adotou-se a coleta de dados na modalidade *online*.

O convite para participação dos estudantes foi encaminhado à coordenação dos programas de pós-graduação das cinco regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), contendo os critérios de inclusão, o *link* de acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), ao formulário de caracterização dos participantes e a escala AITCS II-BR-V2. Os coordenadores encaminharam o convite aos endereços eletrônicos dos estudantes vinculados aos respectivos programas.

Participaram do estudo 395 estudantes de pós-graduação que concordaram com os termos da pesquisa e completaram o questionário sociodemográfico e a escala AITCS II-BR-V2.

Como critério de inclusão considerou-se: ser profissional da área da saúde, educação ou campo social; estar matriculado em programa de pós-graduação *stricto sensu* na área de Ensino na Saúde (mestrado ou doutorado) em uma das cinco regiões geográficas do território brasileiro; atuar em espaços da educação e/ou do trabalho em saúde; e, possuir experiência mínima de seis meses em cenários de prática na saúde. Foram excluídos da amostra os pós-graduandos sem atuação na área da saúde ou com tempo de experiência em cenários de prática na saúde inferior a seis meses.

A amostra foi estabelecida por conveniência com inclusão de todos os estudantes que atenderam aos critérios e que voluntariamente aceitaram participar do estudo mediante o registro no TCLE. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2020 a agosto de 2022.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos relacionados à Resolução CNS 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, com Parecer nº 4.197.726 de 06/08/2020.

### **Análise de dados**

As características da amostra foram analisadas por meio de frequências e percentuais. A dimensionalidade da AITCS II-BR-V2 foi avaliada a partir da Análise Fatorial Exploratória (AFE), pelo método de fatoração dos eixos principais (*Principal Axis Factoring* - PAF). Análises paralelas (Horn, 1965) foram utilizadas como critério de indicação do número de fatores a extrair da matriz de dados. Foi adotado como critério para manutenção do item no fator: saturação  $\geq 0,32$  e plausibilidade teórica (Hair *et al.*, 2010; Rios; Wells, 2014).

A consistência interna foi avaliada por meio do coeficiente Alfa de *Cronbach*, sendo esperados valores acima de 0,70 em estudos exploratórios (Hair *et al.*, 2010). A apuração dos resultados no fator extraído foi realizada a partir da média aritmética simples das respostas dadas ao agrupamento. Estes escores foram utilizados na comparação de grupos, por meio de testes estatísticos ao nível de  $p \leq 0,05$  apropriados para cada caso - teste *t* de *Student*, ANOVA e seus equivalentes não paramétricos.

### **RESULTADOS**

Participaram do estudo 395 estudantes vinculados a cursos de pós-graduação na área de Ensino na Saúde. Dos 19 cursos convidados, 13 (63,4%) foram representados a partir da colaboração dos pós-graduandos na pesquisa, sendo pelo menos um curso de cada região geográfica do Brasil. Os detalhes da amostra encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – São Paulo (SP): Caracterização da amostra (N = 395), 2023

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias/grupos</b>	<b>Frequência</b>	<b>% válido</b>
Sexo	Feminino	319	80,8
	Masculino	76	19,2
Faixa etária (a=anos)	20-29 a	67	17,0
	30-39 a	162	41,0
	40-49 a	117	29,6
	50-59 a	46	11,6
	60 a ou +	3	0,8
Região	Sudeste	272	68,9
	Nordeste	58	14,7
	Sul	27	6,8
	Centro-Oeste	21	5,3
Maior titulação	Norte	17	4,3
	Graduação	33	8,4
	Especialização	352	89,1
Experiência profissional (a=anos)	Mestrado	10	2,5
	1-5 a	75	19,0
	6-10 a	96	24,3
	11-20 a	149	37,7
	21-30 a	61	15,4
Experiência na equipe (a=anos)	31-40 a	14	3,5
	<1 a	54	13,7
	1-3 a	146	37,0
	4-6 a	88	22,3
	7-10 a	67	17,0
11-20 a	36	9,1	
>21 a	4	1,0	
<b>TOTAL</b>		<b>395</b>	<b>100%</b>

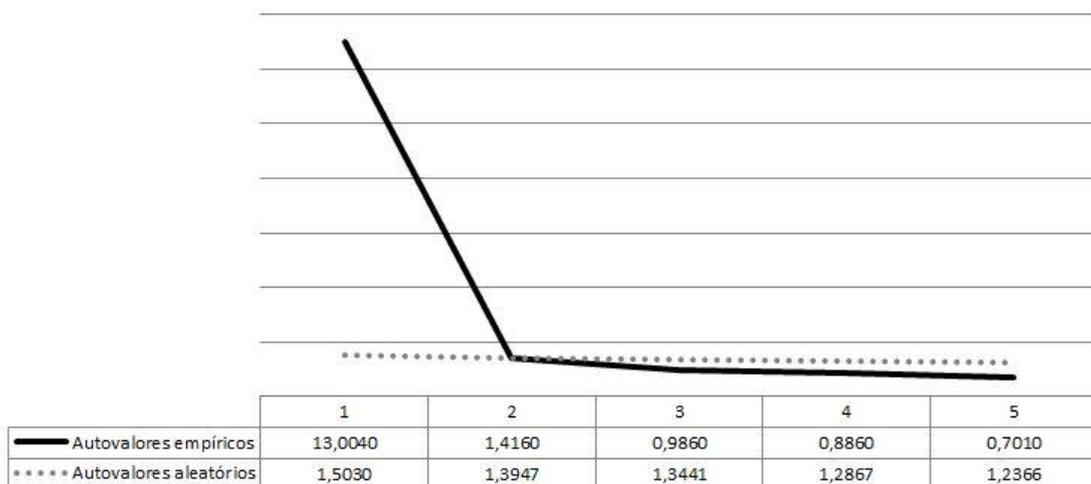
Fonte: Autores, 2023.

Na amostra participante, todas as 14 categorias profissionais da área da Saúde foram representadas, destacando-se as porcentagens para as profissões mais frequentes: Enfermagem (37%, N=146); Psicologia (11,9%, N=47); Medicina (6,8%, N=27); Nutrição (6,3%, N=25); Fisioterapia (6,1%, N=24); Terapia Ocupacional (4,8%, N=19); Educador Físico (4,6%, N=18); e, Odontologia (4,3%, N=17). Em relação à carga horária de trabalho semanal tem-se: 40h (51,6%, N=204); 30h (26,8%, N=106); 20h (7,8%, N=31); horistas (7,3%, N=29); e, acima de 40h (6,3%, N=25).

Em relação ao local de trabalho, há grande diversificação de cenários distribuídos nos equipamentos da rede de Saúde, sendo: hospitais, serviços de urgência e emergência, laboratórios de análise clínicas, ambulatorios, atenção especializada, equipes da Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde do Trabalhador, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Referência de Assistência Social, entre outros.

As análises iniciais da dimensionalidade da AITCS II-BR-V2 ofereceram informações importantes sobre a possibilidade de fatoração da matriz de dados: (1) o índice de adequação da amostra *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) foi de 0,96, considerado excelente (Pasquali, 2005); (2) análises paralelas indicaram a presença de pelo menos dois fatores plausíveis. A partir deste ponto, matrizes de dados aleatórias são capazes de produzir maiores autovalores que aqueles calculados a partir da matriz de dados empírica, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – São Paulo (SP): Sedimentação das análises paralelas para o AITCS II-BR-V2, 2023



Fonte: Autores, 2023.

De posse destas informações, uma primeira Análises Fatorial Exploratória (AFE) foi implementada, solicitando-se a extração de dois fatores, método PAF e supressão de cargas fatoriais  $\leq 0,32$  (Hair *et al.*, 2010; Rios; Wells, 2014). Dois métodos de rotação foram testados: rotação ortogonal *Varimax*, tal qual utilizado por Orchard *et al.* (2018) e rotação oblíqua *Direct Oblimim*, tendo em vista a compreensão de que as dimensões avaliadas pelo instrumento são decididamente correlacionadas entre si. Os resultados da AFE estão sumarizados na Tabela 2.

Conforme pode ser inequivocamente observado a partir dos resultados, as soluções bidimensionais - quer com rotação ortogonal, quer oblíqua, não se sustentam do ponto de vista psicométrico, nem teórico. A maioria dos itens apresenta carga cruzada com saturação importante ( $\geq 0,32$ ) em ambos as dimensões, dificultando a definição de qual dimensão, de fato, eles pertencem.

A única solução fatorial plausível diante da amostra utilizada no presente estudo foi a solução unidimensional, que explicou 49% da variância e apresentou alta consistência interna, com os 23 itens, o Alfa de *Cronbach* foi  $\alpha = 0,96$  (Cronbach; Meehl, 1955). Esta dimensão representa o fator de segunda ordem "Colaboração" proposto por Orchard *et al.* (2018).

Demonstradas evidências de validade baseadas na estrutura e consistência interna (AERA; APA; NCME, 2014) para a utilização/interpretação dos resultados apurados com a aplicação da AITCS II-BR-V2, foram criados escores a partir da média aritmética simples das respostas dadas aos 23 itens

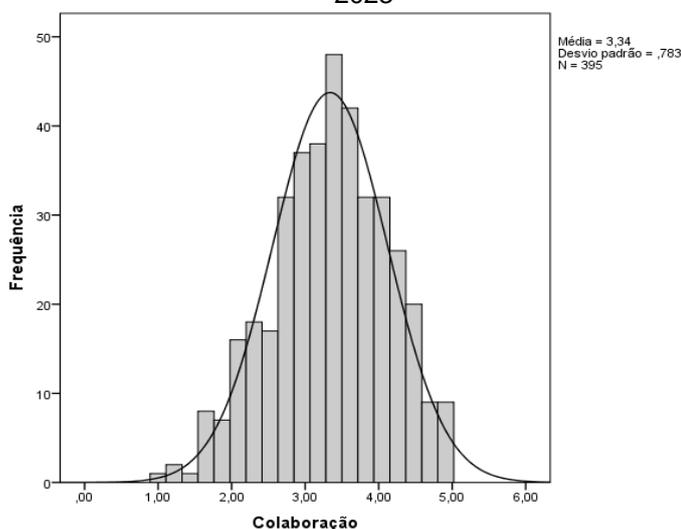
que representam o fator de Colaboração (média = 3,34; desvio-padrão = 0,78; mediana = 3,39; intervalo de confiança [IC 95% para a média] = 3,26 a 3,42; amplitude = 1 a 5). A distribuição das médias pode ser visualizada na Figura 2.

Tabela 2 – São Paulo (SP): Soluções fatoriais possíveis para o AITCS II-BR-V2 (N = 395), 2023

Solução bidimensional Rotação ortogonal			Solução bidimensional Rotação oblíqua			Solução unidimensional		
Itens	F1	F2	Itens	F1	F2	Itens	F1. Colaboração	r <sup>it</sup>
21	0,74	0,24	21	0,85	0,12	6	0,82	0,55
6	0,69	0,46	4	0,80	0,13	12	0,79	0,60
4	0,69	0,21	22	0,73		5	0,77	0,72
22	0,64	0,24	23	0,70		18	0,75	0,62
23	0,64	0,28	6	0,68	-0,20	13	0,75	0,75
19	0,64	0,35	19	0,66		3	0,74	0,80
17	0,60	0,36	17	0,60	-0,12	7	0,74	0,72
12	0,59	0,52	20	0,54	-0,23	15	0,73	0,66
20	0,58	0,43	12	0,51	-0,34	20	0,72	0,66
13	0,55	0,51	13	0,47	-0,34	10	0,72	0,69
9	0,48	0,47	5	0,44	-0,39	11	0,71	0,69
1	0,43	0,37	7	0,42	-0,38	19	0,70	0,77
16	0,17	0,76	3	0,42	-0,38	21	0,69	0,73
11	0,27	0,75	9	0,39	-0,34	14	0,69	0,67
10	0,34	0,69	8	0,37	-0,35	17	0,68	0,71
15	0,39	0,65	1	0,37	-0,24	9	0,67	0,61
14	0,36	0,63	16	-0,18	-0,90	8	0,67	0,67
18	0,45	0,62	11		-0,82	23	0,65	0,73
2	0,30	0,58	10		-0,70	16	0,64	0,69
5	0,54	0,54	15	0,18	-0,62	4	0,63	0,70
3	0,52	0,52	14	0,15	-0,61	22	0,63	0,68
7	0,52	0,52	2	0,10	-0,57	2	0,62	0,61
8	0,47	0,48	18	0,28	-0,54	1	0,57	0,64

\* Nota: r<sup>it</sup> = correlação item-total.  
Fonte: Autores, 2023.

Figura 2 – São Paulo (SP): Distribuição dos escores no Fator de Colaboração da AITCS II-BR-V2, 2023



Fonte: Autores, 2023.

Não foram encontradas diferenças de média significativas para o fator de Colaboração em função de nenhuma das variáveis de caracterização da amostra coletada, em nenhum dos testes estatísticos de comparação utilizados. Também não foram observados aspectos atípicos capazes de influenciar estes resultados – apenas um caso poderia ser considerado *outlier*, mas representa 0,3% da amostra, portanto inócuo e incapaz de influenciar o achado.

## DISCUSSÃO

A tradução e validação transcultural de instrumentos constitui-se em processos cuidadosamente planejados e avaliados para que se obtenha uma versão que seja sensível para capturar a essência do que se pretende avaliar, que no caso da AITCS II-BR-V2 refere-se à organização dos espaços de trabalho em uma determinada realidade, na perspectiva da colaboração interprofissional.

A validação da AITCS II-BR-V2 (Anexo 1), no Brasil, revelou que o instrumento apresenta consistência interna com propriedades psicométricas aceitáveis que indicam sua aplicabilidade para avaliação da colaboração interprofissional. Estes aspectos são reafirmados em revisão sistemática recente que sintetiza evidências da aplicação do instrumento em diferentes países, como Canadá, Suécia, Japão e contextos como hospitais, clínicas, reabilitação e cuidado domiciliar (Patima *et al.*, 2020), Itália (Caruso *et al.*, 2018) e Turquia (Terlemez *et al.*, 2022).

No presente estudo, o construto colaboração interprofissional foi percebido pelos participantes como uma estrutura latente global, e não composta pelos três atributos, como identificado em outras realidades e países mencionados. Assim, os atributos de parceria, coordenação e cooperação foram compreendidos de forma indissociável e indiscriminada no contexto da prestação de cuidados em saúde no Brasil. Na realidade brasileira, mediante análise das propriedades psicométricas, a AITCS II-BR-V2 apresentou estrutura unidimensional diferentemente de estudos anteriores que apresentaram as subescalas de parceria, coordenação e cooperação (Orchard *et al.*, 2012, 2018; Hellman *et al.*, 2016; Caruso *et al.*, 2018; Terlemez *et al.*, 2022) e as subescalas da colaboração centrada no paciente e trabalho em equipe entre os profissionais da saúde (Yamamoto; Haruta, 2019).

Os achados do presente estudo não apresentaram validade baseada em variáveis externas (demográficas) de modo similar ao estudo de Orchard *et al.* (2018) e Hellman *et al.* (2016), sendo que no último houve diferença estatística significativa apenas entre participantes trabalhadores de setores públicos e privados. Diferentemente, no Japão, um estudo apresentou associação entre os escores da AITCS com idade e profissão (Haruta *et al.*, 2019).

Na Itália foram identificadas diferenças entre grupos apenas no domínio da parceria da AITCS, mediante aplicação de testes não paramétricos. Este achado foi identificado na comparação de setores com clínicas e de ambulatórios comparados com serviços fora de hospitais, tais como, centros de apoio psicossocial para pacientes com problemas de saúde mental e abuso de substâncias. Resultado que pode estar vinculado às peculiaridades da atenção ambulatorial e da complexidade da atenção à saúde mental (Caruso *et al.*, 2018).

No Brasil, a aplicação do AITCS II-BR-V2, mostrou que a maioria dos pós-graduandos atuam em serviços de saúde do setor público, nos quais os profissionais de diferentes áreas de formação trabalham conjuntamente, como: Atenção Básica, incluindo a Estratégia de Saúde da Família e as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica; Equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e equipes de Saúde do Trabalhador. Estes campos favorecem a construção de projetos coletivos, baseando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro, principalmente, com a utilização de instrumentos como a Clínica Ampliada, Matriciamento e o Projeto Terapêutico Singular. Nestes espaços, reconhece-se a integralidade da atenção e a necessidade de um cuidado ancorado na concepção ampliada de saúde, sendo, portanto, escolhido como um potencial espaço para avaliar o nível de colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe (Bispo, 2019; Bispo; Rossit, 2021).

O processo de adaptação transcultural envolveu a tradução minuciosa do instrumento, com análise de um Comitê de Especialistas na temática e nos idiomas, considerando a compreensão dos itens em diferentes contextos. Após a identificação da estrutura unidimensional, o rigor no método preconizado pelos pesquisadores envolveu o contato com a autora do instrumento e realização de uma nova análise pelo Comitê de Especialistas para verificar se não havia nenhuma inconsistência da tradução realizada para os itens. Contudo a maioria dos itens traduzidos foram mantidos, com pequenas mudanças nos itens: 18 [... *dividem igualmente as metas acordadas em equipe*]; 19 [... *encorajam e*

*apoiam a comunicação entre todos, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe*]; e, 20 [... *utilizam um processo, previamente acordado, para resolver conflito*] que na versão original do instrumento faziam parte da subescala 'coordenação'.

Sendo assim, uma possível explicação para tais diferenças no padrão de comportamento estatístico, diante da AITCS II-BR-V2, pode estar relacionada à diferentes compreensão do construto da colaboração interprofissional pelos participantes, que são profissionais atuantes em diversificados cenários de atenção à saúde, distribuídos pelas cinco regiões geográficas do Brasil, as quais possuem características distintas em suas demandas e modos de organização dos serviços, aspectos estes que requerem estudos futuros para maior elucidação destes aspectos.

Dificuldades em implementar o cuidado integral ao paciente/usuário, as barreiras para realizar o diálogo em equipe e a ajuda mútua para a prática colaborativa interprofissional, assim como, as lacunas na formação acadêmica e educação permanente para o fortalecimento da EIP são aspectos que carecem de maiores investimentos para o fortalecimento das práticas interprofissionais nos cenários de trabalho das equipes de saúde (Bispo, 2019; Bispo; Rossit; Orchard, 2022).

A colaboração interprofissional tem sido amplamente investigada, contudo ainda ocorrem imprecisões em sua definição e compreensão. A ausência de uma definição comum pode dificultar intervenções e estudos sobre a temática, portanto, de acordo com referencial do InterPACT, a colaboração envolve seis diferentes dimensões que precisam ser exploradas nas relações de trabalho como: compreensão de objetivos; papéis e responsabilidades; identidade compartilhada; comprometimento; interdependência entre os membros da equipe; e, integração entre as práticas, atributos que estarão presentes dependendo do modo como o cuidado é conduzido (Xyrichis *et al.*, 2018).

Dessa forma, considera-se que a escala AITCS II-BR-V2 poderá contribuir para análise diagnóstica da organização do trabalho em equipe, na perspectiva da colaboração interprofissional, pois seus itens indicam o quanto os profissionais consideram os usuários como parceiros do cuidado; comunicam-se de maneira respeitosa; cooperam com mútua dependência e articulação; compartilham as ações e o poder; comunicam percepções e metas de trabalho uns com os outros. Nessa direção, trata-se de uma importante ferramenta para o mapeamento do trabalho em equipe e para subsidiar ações de fortalecimento da colaboração interprofissional nas equipes de trabalho dos serviços de saúde, na perspectiva de contribuir para reflexões sobre suas potencialidades e necessidades de melhorias.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando os objetivos propostos neste estudo, de avançar no processo de validação da AITCS II-BR-V2, por meio da análise de sua dimensionalidade e demonstração de evidências de validade baseadas na estrutura e consistência interna, pode-se afirmar que o rigor metodológico foi cumprido em conformidade aos referenciais internacionais e, posteriormente, submetida à Comitê de Especialistas, a fim de se obter o consenso para a versão final aqui apresentada e aplicada com uma amostra de 395 profissionais atuantes em diferentes cenários do cuidado em saúde.

No que tange às análises psicométricas para avaliar a dimensionalidade da AITCS II-BR-V2, pode-se dizer que, embora não se tenha obtido evidências empíricas para a representação e medida das três dimensões de colaboração, originalmente propostas pela autora que criou o instrumento (parceria, coordenação e cooperação), foram demonstradas evidências, dentro de uma rede nomológica que justificam a representação e medida do fator de segunda ordem "Colaboração Interprofissional", inclusive com índice de consistência interna superior ao observado em estudos pregressos com este instrumento em outros países.

Os resultados, mostrando a tendência unidimensional na realidade brasileira, constituiu-se em achado importante que pode estar relacionado com a falta de homogeneidade da amostra. Se por um lado, o estudo contemplou uma amostra representativa do cenário nacional, com profissionais formados a partir de diferentes modelos, inseridos em regiões geográficas culturalmente distintas, com diferentes realidades, contextos e demandas socioeconômicas e de saúde, por outro lado, essa diversidade nos permitiu revelar as percepções sobre o constructo da colaboração, indicando dimensões que requerem um olhar mais apurado para melhor preparar os futuros profissionais.

No Brasil, ainda são raras as experiências de currículos ancorados nos pressupostos da EIP para a formação profissional, sendo que a existência do trabalho colaborativo, frequentemente, está relacionada à expertise de gestores e/ou profissionais, que empreendem a organização do trabalho em equipe e da prática colaborativa, ainda de modo isolado e pontual.

Diante da necessidade crescente de profissionais de saúde colaborativos e preparados para a prática interprofissional, o AITCS II-BR-V2 mostra-se como um instrumento adequado para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe, podendo contribuir para a identificação das fortalezas e de aspectos que possam indicar oportunidades de melhorias na formação e no trabalho interprofissional e colaborativo em saúde. Dessa forma, a disponibilização da escala em língua portuguesa poderá contribuir para a análise do funcionamento da equipe rumo à qualificação dos profissionais na lógica da Educação Permanente, à indução de novas políticas públicas e para viabilizar futuras investigações sobre a colaboração interprofissional.

Assim, para que se possa afirmar que uma equipe é colaborativa, torna-se essencial que, além das respostas individuais ao instrumento, um processo reflexivo e autoavaliativo deva ser realizado dentro de cada equipe de trabalho, identificando os principais itens que irão contribuir para o desenvolvimento das competências colaborativas e interprofissionais. A avaliação coletiva e compartilhada poderá consolidar a percepção sobre aspectos que possam ser (re)direcionados, com vistas ao fortalecimento das equipes, em prol do compartilhamento de saberes, da tomada de decisões coletivas, da liderança compartilhada e dos objetivos comuns, estabelecidos para se atingir a integralidade do cuidado em saúde.

### AGRADECIMENTOS

Projeto apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bolsa de Produtividade em Pesquisa da primeira autora.

### REFERÊNCIAS

- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION (AERA); American Psychological Association (APA); National Council on Measurement in Education (NCME). **Standards for Educational and Psychological Testing**. New York: American Educational Research Association, 2014.
- ACQUADRO, C.; CONWAY, K.; HAREENDRAN, A.; ARONSON, N. European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. **Value in Health: the Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, v. 11, n. 3, p. 509–521, 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x>
- ARNOLD, C.; BERGER, S.; GRONEWOLD, N.; SCHWABE, D.; GÖTSCH, B.; MAHLER, C.; SCHULTZ, J. H. Exploring early interprofessional socialization: A pilot study of student's experiences in medical history taking. **Journal of Interprofessional Care**, v. 13, p. 1–8, 2020.: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1708872>
- BISPO, E. P. F. **Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS-II para o Contexto Brasileiro**. Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, 2019, 159f.
- BISPO, E. P. F.; ROSSIT, R. A. S. Adaptação transcultural e validação estatística do *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II*. **Revista Científica Ágape**, v. 1, n. 1, 2018.
- BISPO, E. P. F.; ROSSIT, R. A. S. Potencialidades e fragilidades da Educação e do Trabalho Interprofissional em saúde: perspectivas de profissionais do Nordeste brasileiro. **Rev. Inter. Educ. Saúde**, Salvador, Outubro, v. 5, n. 1, p. 79-91, 2021. <http://doi.org/10.17267/2594-7907ijhe.v5i1.3717>
- BISPO, E. P. F.; ROSSIT, R. A. S.; ORCHARD, C. Colaboração Interprofissional em Equipe: Percepção de profissionais de saúde da região nordeste do Brasil. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 9 (único), p. 2-24, 2022. DOI: 10.35621/23587490.v9.n1.p2-24.
- CARUSO, R.; MAGON, A.; DELLAFFIORE, F.; GRIFFINI, S.; MILANI, L.; STIEVANO, A.; ORCHARD, C. Italian version of the assessment of interprofessional team collaboration scale II (I-AITCS II): A multiphase study of validity and reliability amongst healthcare providers. **Med Lav**, v. 109, n. 4, p. 316-324, 2018. <https://doi.org/10.23749/mdl.v109i4.7101>
- CRONBACH, L.; MEEHL, P. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, v. 52, n. 4, p. 281-302, 1955. <https://doi.org/10.1037/h0040957>

- HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAN, R. L.; BLACK, W. C. **Análise Multivariada de Dados**. 6ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- HARUTA, J.; OZONE, S.; GOTO, R. Factors for self-assessment score of interprofessional team collaboration in community hospitals in Japan. **Fam Med Community Health**, v. 7, n. 4, e000202, 2019. <https://doi.org/10.1136/fmch-2019-000202>
- HELLMAN T, JENSEN I, ORCHARD C, BERGSTRÖM G. Preliminary testing of the Swedish version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-S). **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 4, p. 499–504, 2016. <http://doi.org/10.3109/13561820.2016.1159184>
- HORN, J. L. A rationale and technique for estimating the number of factors in factor analysis. **Psychometrika**, v. 30, n. 2, p. 179-185, 1965. <http://doi.org/10.1007/BF02289447>
- HPAC. Health Professions Accreditors Collaborative. Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions. Chicago, IL: Health Professions Accreditors Collaborative - HPAC, 2019.
- IPEC. **Interprofessional Education Collaborative**. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative, 2016.
- KHALILI, H.; THISTLETHWAITE, J.; EL-AWAISI, A.; PFEIFL E, A.; GILBERT, J.; LISING, D.; MACMILLAN, K.; MAXWELL, B.; GRYPONPRE, R.; RODRIGUES F.; SNYMAN, S.; XYRICHIS, A. **Guidance on Global Interprofessional Education and Collaborative Practice Research: Discussion Paper**. Joint publication by InterprofessionalResearch.Global, & Interprofessional.Global, 2019. <http://doi.org/10.21256/zhaw-19793>
- KHALILI, H.; PARK, V.; DAULTON, B.; LANGLOIS, S.; WETZLMAIR, L. C.; MACMILLAN, K. M.; EL-AWAISI, A.; GREEN, C.; BALLARD, J.; PANDEY, J.; KONRAD, S. C.; FROST, J.; BAŞERKOLCU, M. I.; KOLCU, G.; MCCARTAN, C.; BAUGH, G.; GABOURY, I.; BREITBACH, A.; BROWN, R.; PFEIFLE, A. **Interprofessional Education and Collaborative Practice (IPECP) in Post-COVID Healthcare Education and Practice Transformation Era –Discussion Paper**. Joint Publication by InterprofessionalResearch.Global, American Interprofessional Health Collaborative & Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2022.
- LEITCH, J. Exploring psychometric properties of the Interdisciplinary Education Perception Scale in health graduate students. **Journal of Interprofessional Care**, n. 28, v. 1, p. 52-57, 2014. <http://doi.org/10.3109/13561820.2013.820691>
- MAHLER, C.; ORCHARD, C.; BERGER, S.; KRISAM, J.; MINK, J.; KRUG, K.; KING, G. Translation and psychometric properties of the German version of the “Interprofessional Socialization and Valuing Scale” (ISVS-21-D), **Journal of Interprofessional Care**, v. 37, p. 655-661, 2022. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2115024>
- MOUAZZEN, A. K.; BLOMBERG, K; NORMAN, K; NILSSON, U. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Assessment of Inter professional Team Collaboration Scale (AITCS-S) for use in occupational health services. **Journal of Interprofessional Care**, v. 36, n. 6, p. 908-915, 2022. <http://doi.org/10.1080/13561820.2021.1971637>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco de ação para a educação interprofissional e a prática colaborativa**. Geneva: WHO; 2010.
- ORCHARD, C.; KING, G. A.; KHALILI, H.; BEZZINA, M. B. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and testing of the instrument. **J Contin Educ Health Prof**, v. 32, n. 1, p. 58–67, 2012. <http://doi.org/10.1002/chp.21123>
- ORCHARD, C.; PEDERSON, L.; READ, E.; MAHLER, C.; LASCHINGER, H. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. **JCEHP**, v. 38, n. 1, p. 11-18, 2018. <http://doi.org/10.1097/CEH.000000000000193>
- PASQUALI, L. **Análise Fatorial para pesquisadores**. Brasília: LABPAM, 2005.
- PATIMA; AMIRUDDIN, R.; PASINRINGI, S. A.; SALMAH, A. U.; RIVAI, F.; MALLONGI, A.; NOER, N. B.; SALEH, A.; RACHMAWATY, R.; CHALIDYANTO, D.; LATIF, A. I.; RASMAWATI, R.; RASDIYANAH, R.; FITRIANI, A. AITCS as a Reliable Instrument for Evaluating IPC (Interprofessional Collaboration): A Systematic Review. **Sys Rev Pharm**, v. 11, n. 10, p. 742-748, 2020.

- RIOS, J.; WELLS, C. Validity evidence based on internal structure. **Psicothema**, v.26, n.1, p. 108-116, 2014. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.260>
- REEVES, S.; PERRIER, L.; GOLDMAN, J.; FREETH, D.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3. Art. No.: CD002213, 2013. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
- REEVES, S.; FLETCHER, S.; BARR, H.; BIRCH, I.; BOET, S.; DAVIES, N.; MCFADYEN, A.; RIVERA, J.; KITTO, S. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016. <http://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- REEVES, S.; BARR, H. Twelve steps to evaluating interprofessional education. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 11, n. 6, p. 601-605, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.10.012>
- 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**, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018. <http://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 665-673, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>
- ROSSIT, R. A. S.; FREITAS, M. A. O.; BATISTA, S. S. H. S.; BATISTA, N. A. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Interface Comun Saúde Educ. [Internet]**, v. 22, Supl1, p. 1399-1410, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0184>
- SAMARASEKERA, D. D.; NYONI, C. N.; AMARAL, E.; GRANT, J. Challenges and opportunities in interprofessional education and practice. **Lancet**, v. 400, n. 10362, p.1495-1497, 2022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02086-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02086-4)
- TERLEMEZ, B.; ARTAN, E.; ELBER BÖRÜ, D.; ORCHARD, C. Turkish Validity and Reliability Study of Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (T-AITCS-II). **Journal of Organizational Behavior Review**, v. 4, n. 1, p. 91-111, 2022.
- THIBAUT, G. Reforming health professions education will require culture change and closer ties between classroom and practice. **Health Affairs**, v. 32, n. 11, p. 1928-1932, 2013. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0827>
- TOASSI, R. F. C.; MEIRELES, E.; PEDUZZI, M. Interprofessional practices and readiness for interprofessional learning among health students and graduates in Rio Grande do Sul, Brazil: a cross-sectional study. **Journal of Interprofessional Care**, v. 35, n. 3, p. 391-399, 2020. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1773419>
- TOMPSEN, N. N.; MEIRELES, E.; PEDUZZI, M.; CERIOTTI, R. F. Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes, **Rev Odontol UNESP**. Sept-Oct, v. 47, n. 5, p. 309-320, 2019. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.08518>
- 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**, Jul, v. 32, n. 4, p. 416-425, 2018. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576>
- WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile**. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. 102f. <https://doi.org/10.11606/T.22.2007.tde-18102007-155003>
- YAMAMOTO, Y.; HARUTA, J. Translation and cross-cultural adaptation of the Japanese version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale-II (J-AITCS-II). **MedEdPublish**, v. 8, n. 3, p. 1-12, 2019. <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000195.1>

## ANEXO 1

### Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II - AITCS II-BR-V2 (2023)

A **Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II)**, de Orchard *et al.* (2018), 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.

#### Pontuação da AITCS

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= "Na maioria das vezes"; 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  40 a 44  45 a 49  50 a 54  55 a 59  Acima de 60 anos

#### Maior Titulação

Graduação  Doutorado  
 Especialista  Mestrado

Outro (especifique): \_\_\_\_\_

#### Assinale a sua Formação Profissional:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Biologia        | <input type="checkbox"/> Odontologia                       |
| <input type="checkbox"/> Biomedicina     | <input type="checkbox"/> Psicologia                        |
| <input type="checkbox"/> Educação Física | <input type="checkbox"/> Serviço Social                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermagem      | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional               |
| <input type="checkbox"/> Farmácia        | <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde (ACS) |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia  | <input type="checkbox"/> Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)     |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia    | <input type="checkbox"/> Técnico Laboratório               |
| <input type="checkbox"/> Gerontologia    | <input type="checkbox"/> Técnico Enfermagem                |
| <input type="checkbox"/> Medicina        | <input type="checkbox"/> Técnico Radiologia                |
| <input type="checkbox"/> Nutrição        | <input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____         |

**Tempo de prática na profissão (desde a obtenção do registro profissional):** \_\_\_\_\_ anos

**Tempo de trabalho com sua equipe atual:** \_\_\_\_\_ anos

### Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II - AITCS II-BR-V2 (2023)

#### 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 (neste momento) como sua equipe e você, como membro desta equipe, trabalham ou atuam em equipe (uma equipe pode ser definida como a interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente).

|-----|-----|-----|-----|  
1                      2                      3                      4                      5  
Nunca                  Raramente                  Às vezes                  Na maioria das vezes                  Sempre

#### Seção 1: PARCERIA

Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
Hygeia	Uberlândia - MG					

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.					

### Seção 2: COOPERAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	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 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, os profissionais da minha equipe...

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
17.	aplicam uma definição única de <b>Prática colaborativa interprofissional</b> no cenário da prática.					
18.	dividem igualmente as metas acordadas em equipe.					
19.	encorajam e apoiam a comunicação entre todos, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.					
20.	utilizam um processo, previamente acordado, 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.					

© Orchard et al. (2018), Validação de E. Bispo e R. Rossit (2018), Versão 2 revisada (2023).