

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REGIANE APARECIDA JACOMINI

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *INTERPROFESSIONAL SOCIALIZATION
AND VALUING SCALE (ISVS)* PARA O CONTEXTO BRASILEIRO NO CAMPO DO
ENSINO NA SAÚDE

São Carlos
2019

REGIANE APARECIDA JACOMINI

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *INTERPROFESSIONAL SOCIALIZATION AND VALUING SCALE (ISVS)* PARA O CONTEXTO BRASILEIRO NO CAMPO DO ENSINO NA SAÚDE

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

Orientadora: Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Co-orientadora: Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

São Carlos

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Regiane Aparecida Jacomini, realizada em 19/02/2019:

Profa. Dra. Márcia Niluma Ogata
UFSCar

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva
UFSCar

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit
UNIFESP

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Márcia Niluma Ogata

Dedicatória

Dedico a minha família, a todos que participaram e contribuíram para a realização deste trabalho e aos estudantes, profissionais da saúde e da educação.

"A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar e humilde o bastante para aprender."

Clarice Lispector

Agradecimentos

Aos meus pais, José e Sueli, pelo apoio e incentivo para a realização e conclusão deste trabalho;

Ao meu irmão Renato, pelo incentivo, motivação e fonte de inspiração para que eu realizasse o Mestrado;

Aos amigos queridos que adquiri no Mestrado, Ana Paula, Débora, Milena e Gabriel, tive o prazer em conhecê-los e compartilhar dos conhecimentos neste período de estudo e pesquisa, que contribuíram com as suas experiências e força mútua para que chegássemos a conclusão desta etapa;

Ao Carlos, minha gratidão pelo apoio, incentivo e contribuição essencial nas etapas da pesquisa;

À orientadora Professora Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva pelos seus ensinamentos, dedicação e paciência na orientação deste trabalho;

À co-orientadora Professora Dra. Vivian Aline Mininel pelos ensinamentos compartilhados;

À Professora Dra. Carole Orchard pela autorização para a utilização do instrumento ISVS;

Aos profissionais que aceitaram o convite para serem membros do Comitê de Juízes durante o processo de adaptação transcultural;

Aos tradutores que realizaram a tradução e retrotradução do instrumento para o processo de adaptação transcultural;

Aos membros titulares e suplentes da banca de Defesa da dissertação de Mestrado, Dra. Márcia Niituma Ogata, Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit, Dra. Sueli Fátima Sampaio e Dr. Everson Cristiano de Abreu Meireles;

Aos estudantes dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Gerontologia, Fisioterapia, Medicina, Terapia Ocupacional e Psicologia que participaram da

pesquisa e contribuíram valiosamente ao responderem os questionários e o instrumento proposto;

Ao grupo de Pesquisa em Gestão, Formação, Saúde e Trabalho - *GeFST UFSC* - pelo apoio, incentivo, compartilhamento de conhecimentos, união nas dificuldades e descobertas do caminho para a pesquisa.

“...E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente,
Toda pessoa sempre é a marca
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar.”

Gonzaguinha

Muito Obrigada!

"Os sonhos não determinam o lugar onde vocês vão chegar, mas produzem a força necessária para tirá-los do lugar em que vocês estão. Sonhem com as estrelas para que vocês possam pisar pelo menos na Lua. Sonhem com a Lua para que vocês possam pisar pelo menos nos altos montes. Sonhem com os altos montes para que vocês possam ter dignidade quando atravessarem os vales das perdas e das frustrações. Bons alunos aprendem a matemática numérica, alunos fascinantes vão além, aprendem a matemática da emoção, que não tem conta exata e que rompe a regra da lógica. Nessa matemática você só aprende a multiplicar quando aprende a dividir, só consegue ganhar quando aprende a perder, só consegue receber, quando aprende a se doar."

Augusto Cury

"Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes. Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo."

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A adaptação transcultural de instrumentos de avaliação é um processo metodológico, constituído de etapas, que permite julgar a sua aplicabilidade em contexto diferente daquele para o qual foi construído, garantindo as características psicométricas do instrumento original. O instrumento canadense *Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)*, composto por 21 itens no formato de escala Likert, busca avaliar o processo de socialização interprofissional considerando as dimensões do cuidado colaborativo no contexto da prática e da formação em saúde, possibilitando a identificação da percepção dos profissionais e estudantes sobre si mesmos e os outros, suas crenças, valores e atitudes que constituem aspectos fundamentais da socialização. **Objetivo:** Realizar a adaptação transcultural do instrumento canadense *Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21)* para o contexto brasileiro no campo do ensino na saúde. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, no qual foi adotado o método proposto por Borsa, Damásio e Bandeira (2012) para realizar a tradução e adaptação de instrumentos. As etapas do processo realizado compreenderam a tradução do instrumento original por dois tradutores independentes com domínio da língua inglesa; análise das traduções comparadas à versão original pelo comitê de juízes, composto por oito profissionais da área da saúde que aceitaram contribuir com a pesquisa; síntese das análises pelas pesquisadoras; retrotradução por dois tradutores nativos na língua inglesa; submissão ao autor do instrumento original e pré-teste, realizado com estudantes de sete cursos da saúde de uma universidade pública federal do interior do Estado de São Paulo. **Resultados:** Após a primeira etapa do processo, a tradução do instrumento, as duas versões originadas foram encaminhadas ao comitê de juízes para avaliação das equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural, por meio de um formulário eletrônico. Posteriormente, uma síntese minuciosa das análises dos juízes foi realizada pelas pesquisadoras, obtendo a versão português consenso1 (VPC1) na qual 14 itens não atingiram o índice de concordância de 75%. Nova rodada de análise foi realizada pelo comitê de juízes, a fim de discutir as divergências encontradas, obtendo 100% de consenso para as mesmas. Desenvolveu-se, assim, a versão português consenso 2 (VPC2), que foi utilizada na etapa do pré-teste, sendo aplicada a 67 estudantes da área da saúde. A mesma versão foi encaminhada para retrotradução, originando duas versões (R1 e R2) que foram submetidas ao autor do instrumento original que ao analisá-las considerou a R2 mais adequada, além das sugestões fornecidas para a redação de alguns itens, resultando na versão inglês consenso (VIC). Após análise da VPC2, da VIC, com sugestões da autora, e o pré-teste, foi desenvolvida a versão português final (VPF). **Considerações finais:** O instrumento obtido requer validação e contribuirá para avaliação da socialização interprofissional, possibilitando assim o fortalecimento de iniciativas de educação interprofissional em saúde.

Palavras-chave: Adaptação transcultural. Educação interprofissional em saúde. Ensino superior.

ABSTRACT

Introduction: The transcultural adaptation of assessment instruments is a methodological process, constituted of steps, which allows judging the applicability in a context different from which it was built for, ensuring the psychometric characteristics of the original instrument. The Canadian instrument *Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)*, composed of 21 items in Likert scale, seeks to assess the interprofessional socialization process considering the dimensions of the collaborative care in the context of health practice and training, making possible the identification of the professionals' and students' perceptions about themselves and the others, their beliefs, values and attitudes that constitute essential aspects of socialization. **Objective:** To perform the transcultural adaptation of the Canadian instrument *Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21)* to the Brazilian context in the health educational area. **Method:** It is a methodological study in which the method proposed by Borsa, Damásio and Bandeira (2012) was adopted to perform the translation and adaptation of instruments. The steps of the performed process comprised the translation of the original instrument by two independent translators who are proficient in English; analysis of translations comparing with the original version by the judges committee, composed by eight health professionals who accepted to contribute with the research; synthesis of the analyses by the researchers; back translation by two translators who are native English speakers; submission to the original instrument's author and pretest, performed with students of seven health majors of a federal public university in the countryside of São Paulo state. **Results:** After the first step of the process, the instrument translation, both versions were sent to the judges committee to evaluation of semantic, idiomatic, conceptual and cultural equivalences through an electronic form. Later, a thorough synthesis of the judges' analyses was done by the researchers, obtaining the consensus Portuguese version 1 (CPV1) in which 14 items did not reach the 75% agreement rate. A new round of analysis was performed by the judges committee in order to discuss the found divergences, reaching a 100% consensus. Thus, a consensus Portuguese version 2 (CPV2) was developed, which was used in the pretest step, being applied to 67 health area students. The same versions were sent to back translation, resulting in two versions (R1 and R2) which were submitted to the original instrument's author who, after analyzing them, considered R2 the most appropriate and provided suggestions for the writing of some items, resulting in the consensus English version (CEV). After analyses of the CPV2, CEV, with suggestions by the author, and pretest, the final Portuguese version (FPV) was developed. **Conclusion:** The obtained instrument requires validation and will contribute to the assessment of interprofessional socialization, thus making possible the strengthening of health interprofessional education initiatives.

Keywords: Transcultural adaptation. Health interprofessional education. Higher Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Etapas descritas para o processo de adaptação transcultural do instrumento.....	43
Quadro 1- Avaliação geral do instrumento pelos estudantes.....	69
Quadro 2- Questão para avaliação dos itens do instrumento pelo estudante.....	69
Quadro 3- Justificativa do estudante de acordo com o curso.....	70
Quadro 4- Questão para avaliação dos itens do instrumento pelo estudante.....	71
Quadro 5- Justificativa do estudante de acordo com o curso.....	71
Quadro 6- Questão para avaliação dos itens do instrumento pelo estudante.....	71
Quadro 7- Questão para avaliação dos itens do instrumento pelo estudante.....	72
Quadro 8- Justificativa do estudante de acordo com o curso.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Percentual de Concordância Geral do Instrumento na Primeira Análise.....	52
Tabela 2- Percentual de Concordância Geral do Instrumento na Segunda Análise.....	54
Tabela 3- Percentual de Concordância dos itens do instrumento na Terceira Análise.	61
Tabela 4- Percentual de Concordância dos itens do instrumento na terceira análise..	63
Tabela 5- Perfil Sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa na etapa de pré-teste.....	65
Tabela 6- Percentual geral de resposta dos estudantes por ponto da Escala Likert.....	67
Tabela 7- Média das respostas por curso, para cada item do instrumento de acordo com a Escala Likert.....	68

LISTA DE SIGLAS

ATC	Adaptação Transcultural
CJ	Comitê de Juiz
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Pró-Saúde	Programa de reorientação da formação profissional em saúde
SIP	Socialização Interprofissional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VPC	Versão Português Consenso
VIC	Versão Inglês Consenso
VPF	Versão Português Final

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAIS.....	26
2.1 Referencial Teórico.....	26
2.1.1 Educação Interprofissional em Saúde.....	26
2.1.2 Socialização Interprofissional.....	31
2.2 Referencial Metodológico.....	33
2.2.1 O Processo de Adaptação Cultural de Instrumento.....	33
3 OBJETIVO.....	39
4 MÉTODO.....	40
4.1 Delineamento do Estudo.....	40
4.2 Processo de Adaptação Transcultural.....	41
4.3 Tradução do Instrumento.....	44
4.4 Comitê de Juízes.....	44
4.5 Retrotradução.....	46
4.6 Submissão ao autor do instrumento original.....	46
4.7 Pré-teste.....	46
4.8 Procedimentos Éticos.....	46
4.9 Local para realização do Pré-teste.....	47
4.10 Coleta de dados do Pré-teste.....	47
4.11 Análise dos dados.....	48
5 RESULTADOS.....	50
5.1 Adaptação Transcultural.....	50
5.2 Comitê de Juízes.....	50
5.3 Resultados e Sugestões dos Membros do CJ e VPC1.....	51
5.3.1 Título do Instrumento.....	55
5.3.2 Introdução do Instrumento.....	55
5.3.3 Instrução do Instrumento- Parte 1.....	55
5.3.4 Instruções para responder aos itens do instrumento.....	56
5.3.5 Escala Likert.....	56
5.3.6 Item 1.....	56

5.3.7 Item 2.....	56
5.3.8 Item 3.....	56
5.3.9 Item 4.....	57
5.3.10 Item 5.....	57
5.3.11 Item 6.....	57
5.3.12 Item 7.....	57
5.3.13 Item 8.....	57
5.3.14 Item 9.....	57
5.3.15 Item 10.....	58
5.3.16 Item 11.....	58
5.3.17 Item 12.....	58
5.3.18 Item 13.....	58
5.3.19 Item 14.....	58
5.3.20 Item 15.....	59
5.3.21 Item 16.....	59
5.3.22 Item 17.....	59
5.3.23 Item 18.....	59
5.3.24 Item 19.....	59
5.3.25 Item 20.....	59
5.3.26 Item 21.....	60
5.4 Análise das Avaliações do CJ.....	60
5.5 Resultados e Sugestões do CJ e VPC2.....	62
5.6 Retrotradução.....	63
5.7 Pré-teste.....	64
5.7.1 Perfil Sociodemográfico do Estudante.....	64
5.7.2 Resultados do Pré-teste.....	66
5.7.2.1 Instrumento preenchido pelo estudante.....	66
5.7.2.2 Avaliação geral do instrumento pelo estudante.....	68
6 DISCUSSÃO.....	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	81

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
APÊNDICE B- Carta convite ao Comitê de Juizes.....	91
APÊNDICE C- Relatório de Avaliação de Equivalências do Comitê de Juizes (Formulário <i>Google</i>).....	93
APÊNDICE D- Percentual das Análises Referentes as Avaliações do CJ para a VPC1.....	96
APÊNDICE E- Questões para avaliação do instrumento pelo Estudante.....	97
APÊNDICE F- Perfil Sociodemográfico do Estudante	99
APÊNDICE G- Sugestões do CJ Referente à Equivalência Operacional do Instrumento.....	100
APÊNDICE H- Sugestões do CJ para Formas, Tipo e Local de Aplicação do Instrumento.....	101
APÊNDICE I- Comentários e Sugestões do CJ quanto a Participação na Primeira Etapa para Avaliação do Instrumento.....	102
ANEXO A- Autorização pelos autores do instrumento original para a utilização deste pelas pesquisadoras no Brasil.....	103
ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP.....	108

APRESENTAÇÃO

No ano de 2003, uma nova fase se iniciava com minha aprovação no curso de Enfermagem, em bacharelado e licenciatura, na Universidade Federal de São Carlos.

No início da graduação, algumas disciplinas de núcleo comum eram cursadas com estudantes de outras áreas da saúde, principalmente dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional. Esperava ansiosamente pelo momento que seríamos apresentados as disciplinas específicas e poder reconhecer ali o papel da profissão escolhida. A cada início de semestre era uma surpresa, com descobertas, aprendizado e motivação. Os anos foram passando e o momento tão esperado havia chegado, vestir a roupa branca para dar início aos estágios, o contato com usuário, com outros profissionais, observar e participar de discussões em equipe e poder sentir o “ser” Enfermeiro na prática. As misturas de sentimentos, percepções, entusiasmo e frustrações faziam parte de cada dia de aprendizado e assim buscando compreender o papel profissional de cada um que tínhamos contato, o modo que esses se relacionavam e como éramos conduzidos a nos portar. A identidade profissional começava a dar espaço a incertezas, dúvidas e buscas de respostas a cada contato com um profissional desmotivado, não valorizado por outras categorias, a observação do comportamento da equipe, pelo usuário, por si próprio, assim como essa identidade ganhava força e ânimo ao me deparar com um Enfermeiro que falava e era ouvido, respeitado, líder de uma equipe e que fazia a diferença.

O final da graduação chegou e uma nova etapa começava em 2006, ao receber o diploma. Sou Enfermeira, uma profissional da saúde que sonhava em ser quando iniciei a graduação, mas com uma identidade da área transformada por conceitos e valores agora concretos. Faltava definir qual especialidade seguir, já que havia gostado de mais de uma. Então, primeiramente fui em busca de um emprego, pois queria colocar em prática os quatro anos de aprendizado. Após algumas tentativas na área hospitalar, recebi a proposta de uma escola técnica de enfermagem, para o cargo de docente, área essa que até então não estava nos meus planos. Mas foi a partir desse momento, e posteriormente com novas experiências na docência também no ensino superior, que o espaço foi dado a construção, novamente, da minha identidade profissional. E assim venho seguindo

por 12 anos, compartilhando aprendizado com outros profissionais, tanto na instituição de ensino quanto hospitalar e de saúde coletiva, com a supervisão de estágio e docência no ensino superior e técnico de enfermagem.

O ingresso no Mestrado foi mais uma conquista nessa busca pelo saber e o desenvolver-me profissionalmente na área de atuação que escolhi e venho percorrendo. Dentre algumas opções que me foram apresentadas como pesquisa, um estudo envolvendo a adaptação transcultural de um instrumento canadense, que busca avaliar o processo de socialização interprofissional, a ser aplicado com estudantes, no Brasil, me motivou e fez querer compreender os conceitos e como os estudantes reagem a esses, perante o que tem pré-estabelecido ao realizar a escolha da profissão almejada e o processo que percorre em sua formação profissional na construção e desconstrução de uma identidade profissional enraizada a que nos deparamos. Considero que essa é uma das complexidades do estudo e de cada etapa para concretizá-lo, que é o dialogar com os teóricos a cada leitura e novos conceitos, o ouvir, observar e compreender. O reconhecimento da minha trajetória e a construção de significados sobre a realidade profissional que faz parte de uma reflexão contínua que transmito em cada prática docente, em um cenário de convivência interprofissional levou a escolha pelo tema e pesquisa realizada.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo traz o processo de adaptação transcultural do *Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)* no contexto brasileiro, a primeira versão do instrumento canadense foi elaborada por Guillian King, Lynn Shaw e Carole Orchard, (2010) e refinada posteriormente com 21 itens (KING, ORCHARD, & KHALILI, 2016). O instrumento busca avaliar o processo de socialização interprofissional considerando as dimensões da prática colaborativa e da formação em saúde.

Os autores Guillian King, Lynn Shaw e Carole Orchard foram membros de uma comissão para avaliar a utilidade de oficinas educacionais interprofissionais para estudantes universitários em profissões da saúde. Reconheceram a necessidade de uma medida para avaliar aspectos do processo de socialização interprofissional (SIP) com base nos cuidados colaborativos no contexto da educação em saúde. Recorreram a evidências científicas de pesquisa sobre a prática colaborativa de profissões da saúde, e desenvolveram uma estrutura conceitual, baseada em crenças, comportamentos e atitudes, para criar um instrumento de avaliação, a escala interprofissional de socialização e valorização (KING et al., 2010, 2016).

O ISVS-21 possibilita a identificação da percepção dos profissionais e estudantes sobre si mesmos e os outros na prestação de cuidados colaborativos, suas crenças e valores, aspectos fundamentais da SIP. Pode ser utilizado para avaliar a socialização em estudantes e profissionais permitindo comparação entre os dois grupos, relacionando a colaboração e o desenvolvimento da identidade interprofissional (KING et al., 2010, 2016).

A importância da SIP se destaca ao considerar que a construção das profissões está pautada em uma lógica permeada por estereótipos que a sociedade estabelece. Durante a formação, o estudante pode se identificar ou não como membro de determinado grupo profissional, passando a conhecer atributos positivos, desejáveis e esperados em um processo comparativo com outras áreas de atuação. Assim podem surgir impressões depreciativas de membros pertencentes a outros grupos profissionais (WELLER, 2012).

A identidade profissional se desenvolve em resposta às expectativas da sociedade, fatores históricos, experiências vivenciadas com colegas profissionais e

do grupo ao qual se pretende ingressar (WELLER, 2012). A socialização profissional tem início quando o estudante começa a pensar na futura carreira a seguir e no que deseja ser e fazer. Influenciada por contextos culturais e sociais, a identidade está relacionada a um processo de construção e desenvolvimento de papéis, através do estabelecimento de normas, valores, crenças, conhecimentos, habilidades e cultura da profissão. A uniprofissionalidade está enraizada em atitudes de posicionamento competitivo entre os profissionais como um meio de adquirir maior status na sua carreira (BAKER et al., 2011; CURRIE; FINN; MARTIN, 2007).

O processo de socialização é apoiado pela teoria da identidade social, segundo a qual os indivíduos desenvolvem uma identidade de grupo, relacionada ao conceito de pertencimento grupal. Ocorre em ambiente aberto e confiável, no qual os participantes são encorajados a desafiar criticamente e refletir sobre suas próprias perspectivas, a fim de melhorar a prática colaborativa. Permite assim a observação, interação, reflexão, unificando-se e gerando membros que valorizam-se entre si (CLARK, 2009; D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

A construção de uma identidade profissional dupla e interprofissional, é composta pela identidade profissional específica e por uma identidade interprofissional. Tal conformação ocorre através de quebra de barreiras entre as profissões e aprendizagem de novos papéis interprofissionais por meio da colaboração, desenvolvendo a valorização de diferentes perspectivas profissionais, substituindo a competição entre profissionais de saúde pela parceria e colaboração através de um compromisso com a igualdade e responsabilidade coletiva. Desse modo, haverá um senso de pertencimento à própria profissão e também a comunidade interprofissional (KHALILI et al., 2013).

A SIP é um ponto chave para o desenvolvimento da educação interprofissional em saúde (EIP). A EIP é definida como o aprendizado que ocorre quando estudantes ou membros de duas ou mais profissões aprendem com, de e sobre os outros para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado (BARR; LOW; GRAY, 2013).

Reconhecida a nível nacional e internacional, a EIP é um meio de aprimorar a colaboração e prestação de serviços em saúde modificando atitudes, conhecimentos, habilidades e comportamentos para a prática colaborativa em saúde, na medida em que estudantes de diferentes profissões aprendem sobre as

mesmas, contribuindo juntos para os serviços oferecidos aos usuários. Assim envolve o estímulo ao processo compartilhado e interativo de aprendizagem, visando a formação de um novo profissionalismo, coerente com as necessidades de fortalecimento do trabalho em saúde (REEVES et al., 2016).

A EIP é uma estratégia importante para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, no qual professor e estudante atuam além da profissionalização específica em situações interativas de aprendizagem e ensino contribuindo para a transformação e construção do conhecimento. O estudante assume papel de sujeito do processo de aprendizagem, proporcionando novas interações no trabalho em equipe interprofissional, troca de experiências e saberes e posição de respeito à diversidade (BATISTA, 2012). Aprende-se a ensinar, refletindo sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos (BATISTA; BATISTA, 2016). Articula ensino, extensão e pesquisa entrelaçando diferentes áreas profissionais, através de uma aprendizagem criadora, proporcionando o desenvolvimento de novas ações institucionais coletivas, novas dinâmicas nos serviços de saúde e educação (BATISTA et al., 2018).

O reconhecimento da importância da colaboração e do trabalho em equipe requer o preparo de educadores para atenderem às necessidades da formação profissional. Foram criadas, assim, estratégias de avaliação da eficácia de programas de EIP e do trabalho em equipe para estudantes e profissionais ajudando-os a desenvolver a interprofissionalidade, tornando-os assim mais colaborativos na prática assistencial (KING et al., 2010). Algumas ferramentas de avaliação da EIP estão disponíveis na literatura como por exemplo a “*Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)*” que visa avaliar a atitude de estudantes em relação à educação no contexto da graduação, com base nos conceitos da colaboração, trabalho em equipe, identidade profissional e responsabilidades. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa falada no Brasil, cuja validação consistiu em um instrumento eficiente de avaliação de iniciativas de EIP no Brasil (PEDUZZI et al., 2015; REID et al., 2006). A “*Health Teams Model*” visa ajudar no desenvolvimento de equipe, por meio da auto-reflexão, as áreas que podem ser beneficiadas por maiores informações para o processo de desenvolvimento da mesma (MICKAN; RODGER, 2005).

Contudo, até então, nenhuma dessas escalas abordava a dimensão da socialização para a prática colaborativa e, perante a complexidade dos processos de cuidado colaborativo envolvendo profissionais com experiências variadas e a socialização tradicional, fez-se importante considerar a oportunidade de mensurar como os profissionais se percebem no processo de socialização interprofissional. A “*Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)*” foi desenvolvida para capturar as crenças, comportamentos e atitudes de profissionais, com uma compreensão conceitual da socialização interprofissional (KING et al., 2010).

A colaboração compreende o compartilhamento, parceria, interdependência e poder. Somente a reunião de profissionais em uma equipe não leva a colaboração (D’AMOUR et al., 2005), pois envolve a reflexão e ação mútua desses em busca das respostas às necessidades de saúde dos usuários (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

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 mediante a aplicação de ferramentas que compreendem uma identidade compartilhada, objetivos em comum, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas em equipe (REEVES et al., 2016, 2017).

No trabalho em saúde, haverá sempre possibilidades de interação profissional e qualidade na assistência a depender da capacidade de escuta e atenção ao usuário e a disposição de se reinventar como profissional (CAPOZZOLO et al., 2018). Conviver, aprender e o fazer junto, com a interação e intenção de cada integrante a equipe de saúde, garante um espaço de desenvolvimento pessoal e profissional (ROSSIT et al., 2018).

A criação de um ambiente propício à reflexão sobre as relações colaborativas de trabalho em equipe contribuem para que os estudantes identifiquem-se com sua própria profissão e equipe. Assim, os estudantes e profissionais continuarão aprendendo e trabalhando uns com os outros, formando perspectivas e pensamentos mais abrangentes, transformando as crenças negativas e comportamentos profissionais individualistas em movimentos integrativos e solidários (BARR, 2008).

Tem sido dada cada vez mais atenção à forma como as equipes podem melhorar as relações profissionais, a colaboração e a qualidade do atendimento como resultado de um trabalho qualificado de profissionais, gestores e organizações. A ênfase na qualidade e na segurança dos cuidados é um fator-chave para o trabalho em equipe interprofissional, sendo que a colaboração e comunicação são consideradas aspectos centrais para alcançar tais ganhos (REEVES et al., 2010).

A proposta de trabalho pautado na colaboração interprofissional acontece com e entre pessoas, surge como resposta à necessidade de reagrupar conhecimentos, diminuindo a alienação profissional. A delimitação do território de cada área profissional é marcada por um profissionalismo de saberes específicos adquiridos em sua formação no ensino superior; a composição de um grupo exclusivo de profissionais aplicando conhecimento abstrato à outros profissionais. e situações que tornam-se particulares durante seu exercício profissional. A colaboração profissional promove sinergia de saberes, especializações, experiências e habilidades, baseando-se em valores humanistas, decrescendo a autonomia individual com a condução de planos de forma negociada entre os integrantes (CUFF et al., 2013; FURTADO, 2007).

Na prática colaborativa o planejamento, a intervenção e avaliação das ações de saúde possibilitam maior aprendizagem ao estudante e profissional, pelo fato de serem realizadas de forma compartilhada, por meio do trabalho em equipe, voltado para integralidade da assistência, que contribui para formação de profissionais reflexivos em sua prática (ROSSIT; BATISTA; BATISTA, 2016).

As instituições educacionais devem tomar medidas para promover mudanças em direção a EIP para promover a colaboração permitindo o desenvolvimento de currículos conjuntos e compartilhamentos de recursos entre as profissões, com comportamento interprofissional, propiciando estratégias de socialização entre os estudantes para promover a construção de crenças, comportamentos e atitudes interprofissionais (GILBERT, 2005; HALL, 2005).

No processo de formação dos profissionais de saúde, uma das fragilidades encontrada é a reprodução de um modelo de atenção à saúde fragmentado e pouco resolutivo, que dificulta o efetivo trabalho em equipe (DA COSTA et al., 2015). A necessidade de mudança na graduação para a formação dos profissionais tem como

eixo norteador a integralidade da atenção à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Conforme os profissionais de saúde percorrem o sistema e se deparam com oportunidades para adquirir experiência interprofissional, aprendem habilidades necessárias para se tornarem parte da força de trabalho colaborativa preparada para a prática, otimizando as habilidades de seus membros, compartilhando gerenciamento de casos e prestando serviços de saúde de melhor qualidade (OMS, 2010).

No ano de 2008, um mapeamento internacional realizado com 42 países de seis regiões definidas, envolvendo uma ampla gama de disciplinas associadas, mostrou que o envolvimento dos estudantes com a interprofissionalidade ocorre principalmente nas universidades. Os participantes relataram benefícios educacionais tais como: a experiência real sobre o trabalho de outros profissionais, benefícios nas políticas de saúde como as melhorias das práticas e produtividade no ambiente de trabalho, melhoria da segurança, resultados no cuidado ao usuário e aumento da confiança dos trabalhadores de saúde. O resultado do aprendizado fundamentado na EIP mostra para o estudante as respostas que levam ao conhecimento, como aplicá-lo, exercitando as habilidades e quando utilizá-las a partir do seu conhecimento, traduzindo em atitudes e comportamentos (OMS, 2010).

Para o desenvolvimento do trabalho em equipe desde a formação nos cursos de graduação é necessário a redefinição das estratégias metodológicas e a priorização de um espaço de discussão, com a presença de diferentes categorias profissionais (DA COSTA, 2017). Contudo, ainda são priorizadas na formação em saúde no Brasil abordagens pedagógicas que não possibilitam o desenvolvimento do encontro entre os estudantes e profissionais para a construção de competências profissionais colaborativas (DA COSTA et al., 2018).

O que se quer encontrar no campo da saúde é a possibilidade da existência do profissional que se abra para diferentes modos de ver, ouvir, sentir, pensar, cuidar, de modo que aquilo que o norteará será a possibilidade de criação e renovação que se abre no fazer em saúde (DE ANDRADE; GIVIGI; ABRAHÃO, 2018). Assim a atenção à saúde passa a ser no usuário, com objetivos em comum da equipe, redefinindo o saber, a liderança e o plano de ação (HENZ; CASETTO; CAPOZZOLO, 2014).

Movimentos de reestruturação na educação e nas práticas de saúde podem envolver professores, estudantes e gestores da saúde em busca de mudanças com reflexões críticas sobre a formação em saúde. Nesse processo de reconstrução, a formação em saúde se constitui um campo de desafios frente aos saberes e práticas (DEMARZO, 2011; FEUERWERKER, 2007). A inserção dos fundamentos teóricos e experiências de EIP são relevantes a partir da graduação e ao longo da trajetória profissional (MACIEL et al., 2018).

O modelo de formação interprofissional permite que os membros de cada profissão da saúde, antes treinados isoladamente até ingressarem no local de trabalho para atuar em equipe, mudem a concepção de que a demarcação de responsabilidades e autoridades não são fixas, mas compartilhadas com habilidades cooperativas e colaborativas através da EIP (CRISP; CHEN, 2014).

É importante ressaltar a relação indissociável entre a formação e os sistemas de saúde, pois as mudanças que ocorrem no processo de trabalho, a partir das necessidades de saúde dos usuários contribuem para incorporação de novas perspectivas no âmbito educacional. Desse modo, a organização das práticas na lógica do trabalho em equipe está prevista pelo Sistema Único de Saúde e pela formação nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Saúde (PEDUZZI et al., 2013).

As instituições de ensino superior precisam preparar estudantes e profissionais com conhecimento, habilidades e valores para atuarem como protagonistas do cuidado na saúde (PEDUZZI, 2017). Contudo, ainda ocorre o predomínio da formação uniprofissional, pautada no conhecimento fragmentado que provoca o isolamento do profissional com prejuízo à resolução articulada das necessidades dos usuários, dada a complexidade dos objetos de intervenção. Em contrapartida, a ação interprofissional colaborativa requer o trabalho em equipe, articulado em torno do cuidado das necessidades de saúde do usuário, com participação e colaboração entre diferentes profissionais (SILVA et al., 2015).

Estratégias pedagógicas que promovam discussão, reflexão e análise crítica sobre a atuação em saúde, são necessárias para que as percepções enraizadas culturalmente sobre as profissões possam ser desconstruídas e novos modos de fazer saúde sejam unidos, agregando aprendizagem sobre as diferentes profissões da saúde e organização de um trabalho em equipe pautado na colaboração, por

meio da aprendizagem compartilhada nas especificidades de cada profissão (ELY et al., 2018; GRIGGIO et al., 2018).

Com o objetivo de oferecer uma formação que possibilite a qualificação do cuidado na assistência, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) foram instituídas para 14 profissões da saúde (Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), pelo Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). Neste percurso, a graduação foi entendida como um processo de formação contínuo, de profissionais autônomos e flexíveis, em permanente aprendizado visando atender às demandas da sociedade. As DCN foram estabelecidas pelo Plano Nacional de Educação, que foi aprovado em nove de janeiro de 2001, por meio da Lei 10.172 (COSTA et al., 2018).

O cenário das competências dos profissionais da saúde começa a mudar com as novas DCN do curso de Medicina, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação em 2014, no qual o art. 5º, inciso IX, diz que a formação deve possibilitar o trabalho interprofissional, em equipe, no cuidado centrado ao usuário, família e comunidade com o estabelecimento de objetivos e responsabilidades comuns. A Resolução nº 569 de oito de dezembro de 2017, considera que as DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade numa perspectiva colaborativa e interprofissional, estimulando a elaboração de projetos terapêuticos assentados na lógica interprofissional e colaborativa na perspectiva do usuário dos serviços de saúde como protagonistas do seu cuidado. (BRASIL, 2014 e 2017).

A formação do futuro profissional de saúde deve contemplar aspectos que contribuam para atuação na perspectiva da integralidade da atenção por meio do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional, sustentada pela parceria, interdependência e compartilhamento de ações que possam dar respostas as necessidades do usuário (FILHO; SILVA, 2017). Nesse sentido espera-se que a formação na graduação propicie ao estudante vivências da atuação interprofissional, na resolução de problemas e na prática diária da equipe de saúde e da colaboração interprofissional (MIGUEL et al., 2018).

Nesse contexto, justifica-se a importância do presente estudo em realizar a adaptação transcultural do *ISVS-21*, visto que, permitirá a disponibilização de um

instrumento de medida no contexto do ensino em saúde no Brasil. Mediante a aplicação do *ISVS-21* será possível avaliar a percepção dos comportamentos, comunicação, atitudes, valores, crenças e experiências voltados à EIP e à prática colaborativa interprofissional.

2 REFERENCIAIS

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Educação Interprofissional em Saúde

A EIP é resultado da articulação de duas ou mais áreas em um processo interativo de aprendizagem. Ela pode ocorrer no período pré-profissional, durante a graduação e também como educação continuada ou permanente, assim pode-se dizer que ambos momentos são complementares e contribuem para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades interprofissionais continuamente (BARR; LOW; GRAY, 2013).

Historicamente, destaca-se que em 1993 um Comitê de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) revisou os programas interprofissionais e tradicionais da educação médica. Acreditavam que a EIP melhorava a satisfação no trabalho, aumentava a apreciação pública da equipe de saúde e incentivava respostas às necessidades dos usuários. A confirmação dos aspectos mencionados foi realizada por exemplos de EIP citados em 14 países – Argélia, Austrália, Canadá, Egito, França, Israel, México, Nepal, Paquistão, Filipinas, o Sudão, a Suécia, o Reino Unido (Reino Unido) e os Estados Unidos (EUA) (BARR, 2015).

Em 2010, a OMS divulgou o “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, documento que situa a relevância mundial da temática e a necessidade de incorporação de um novo modelo de formação voltado ao desenvolvimento do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional em resposta às necessidades dos usuários e dos sistemas de saúde (OMS, 2010).

No Canadá e nos Estados Unidos, a EIP foi relatada na década de 1960 sendo formalizada em 2007 quando a primeira conferência, Collaborative Across Borders (CAB) foi realizada na Universidade de British Columbia em Vancouver em 2004. A Interprofessional Health Collaborative (CIHC) foi estabelecida em 2006 e a American Interprofessional Health Collaborative (AIHC) em 2009 (BARR, 2015).

O início da pesquisa sobre o tema no cenário brasileiro é recente e se intensificou com a realização do primeiro Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (CIETS) que ocorreu em 2015 na cidade de Natal. O evento reuniu pesquisadores, trabalhadores, estudantes e docentes interessados pela área, sendo que em 2018 ocorreu sua quarta edição na

Universidade de Brasília- câmpus Ceilândia. A relevância do CIETS também está relacionada com a criação da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) em 2016, no segundo CIETS realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, para celebrar os dez anos de existência de seu currículo interprofissional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017).

A UNIFESP, campus da Baixada Santista, implantou no ano de 2006, os cursos de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional e, posteriormente, o curso de Serviço Social, que integram o Instituto de Saúde e Sociedade, tendo como ênfase a EIP na perspectiva da formação de profissionais qualificados para o trabalho em equipe e cuidado integral (ROSSIT et al., 2018).

A partir disso, o campus da Baixada Santista da UNIFESP deu início a uma proposta pedagógica inovadora propondo um desenho curricular com os conteúdos programáticos organizados em eixos comuns e específicos, na perspectiva da EIP, tendo como princípios os treinamentos conjuntos dos estudantes dos diferentes cursos em momentos de aprendizagens compartilhadas, promovendo o trabalho em equipe e desenvolvendo parcerias e cooperações entre os profissionais. O Projeto Pedagógico sugere a utilização de metodologias ativas, com turmas interprofissionais mescladas, como estratégias educativas para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes em diferentes cenários (ROSSIT; BATISTA; BATISTA, 2013). A interprofissionalidade acontece não somente com os estudantes, mas também entre os docentes, desde o processo de ingresso, com acolhimento no campus e criação de departamentos interprofissionais, orientados por interesses comuns de ensino, pesquisa e extensão (ROSSIT et al., 2018).

Para avançar em direção às mudanças necessárias na formação, no Brasil, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em dezembro de 2017, elaborou um documento com os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para as DCN dos cursos de graduação da área da saúde, considerando as competências e habilidades necessárias para a formação desses profissionais. Por meio de uma construção coletiva articulada com entidades nacionais de ensino, conselhos e federações profissionais, executivas estudantis, gestores do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), realizada nos anos de 2016 e 2017, pelo Grupo de Trabalho das Diretrizes Curriculares Nacionais (GT/DCN) coordenado pela

Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS). No Art. 3º e no inciso V apresenta o trabalho interprofissional no qual aponta o compromisso com a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. Também sinaliza que o Projeto Pedagógico dos cursos deve apresentar estratégias alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde. As DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional, proporcionando conhecimentos, habilidades e atitudes que possam superar os desafios contemporâneos do mundo do trabalho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Também vale destacar a Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014 que instituiu as DCN do curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do curso de Medicina. No Art. 5º, inciso IX, diz que a formação deve possibilitar o cuidado centrado na pessoa no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado. No Art. 7º, inciso III, dentre outras considerações, o graduando deverá aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e troca de saberes com outros profissionais estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento da EIP no Brasil tem sido apoiado pelas políticas indutoras para a formação em saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde), o Programa de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde) e as DCN. O MS em parceria com o MEC apresentaram em novembro de 2005, o Pró-Saúde, visando promover a integração ensino-serviço por meio da inserção dos estudantes na prática da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de gerar reflexões nos saberes e ações dos mesmos (MIRA; BARRETO; VASCONCELOS, 2017).

Desde a criação, em 2008, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, o PET- Saúde estimula a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica e acadêmica associados ao ensino, pesquisa e extensão, dentro das diversas realidades da população brasileira (FONTES XAVIER et al., 2018). Fundamentado na EIP, contribui para a dimensão ética, humanista e diversificação dos cenários de aprendizagem (BATISTA et al., 2015).

No ano de 2015, o PET-Saúde passou por uma reconfiguração incorporando mudanças necessárias da formação nas graduações em saúde. O programa adquiriu a edição Gradua-SUS, com o objetivo de realizar mudanças nos currículos da saúde tendo a secretaria de saúde à frente da elaboração dos projetos. Nesse edital propôs que os projetos contemplassem grupos de diferentes categorias profissionais, promovendo a interprofissionalidade (FRANÇA et al., 2018). O referido edital do PET- Saúde/ Gradua SUS teve preocupação com a necessidade de reorientação pedagógica, para que o movimento de ensinar e aprender estivessem entrelaçados a partir de metodologias ativas, articulados à realidade da atenção à saúde (FILHO et al., 2018).

No Pró- PET- Saúde, a EIP ganhou destaque ao se perceber a necessidade de estimular, ainda no processo de formação, habilidades e valores do profissional de saúde que atue no trabalho colaborativo nas equipes de saúde (DA COSTA et al., 2015).

O planejamento da EIP em universidades começou com tentativas, em conjunto com o corpo docente, profissionais da saúde, estudantes, usuários, familiares/cuidadores, a fim de assegurar as necessidades e interesses de cada grupo. A aprendizagem prática da interprofissionalidade complementa a teórica, por meio da motivação e incentivo dos professores aos estudantes, a fim de que encontrem oportunidades de compartilhar saberes no planejamento de atividades com profissionais e não-profissionais, sejam eles usuários, familiares ou membros da comunidade, tornando assim, o processo mais efetivo (BARR; LOW; GRAY, 2013).

Uma característica importante para a EIP são os métodos de aprendizagem utilizados, de acordo com o objetivo a ser alcançado, os participantes envolvidos e recursos disponíveis, que permitirão a interatividade eficiente, como por exemplo a

aprendizagem baseada em seminários, observação, simulação, e-learning e na prática clínica. Tanto a aprendizagem informal, quanto a formal é útil, ao permitir que estudantes e profissionais compartilhem ideias e experiências, mesmo sem planejamento prévio, mas como iniciativa do próprio indivíduo (REEVES, 2016).

Um conjunto de competências para o desenvolvimento da EIP e a formação para a prática colaborativa abrangendo a comunicação interprofissional; cuidado centrado no usuário, família e comunidade; reconhecimento de papéis profissionais; entender os princípios da dinâmica de trabalho em equipe; liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais foram apresentadas em 2010 pela *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC). Tais competências podem contribuir para reformas curriculares e na construção da EIP efetiva, abrangendo conhecimentos, valores, habilidades e atitudes necessárias à formação profissional voltada para prática colaborativa (CIHC, 2010).

A prática colaborativa interprofissional e o trabalho em equipe apresentam como atributos relevantes a comunicação efetiva, a qual é estimulada a ser desenvolvida pelos estudantes como um fator determinante para a qualidade do cuidado. Portanto, aprender de forma compartilhada, colaborativa e interativa com o propósito de melhorar as práticas do cuidado é o foco da EIP (PEDUZZI, 2017).

Ensinar os estudantes como aprender sobre os outros, com os outros e entre si, desenvolvendo um envolvimento contínuo, é para os educadores uma arte e experiência desafiadora. Os estudantes precisam saber o que fazer através do conhecimento que é adquirido, a habilidade em aplicá-lo e quando utilizá-lo em um planejamento adequado. As estratégias de EIP e da prática colaborativa modificam a forma como os profissionais de saúde interagem, cultura do ambiente de trabalho e as atitudes profissionais (OMS, 2010).

Para que o movimento interprofissional prospere, faz-se necessária a abertura e apoio mútuo no local de trabalho que caracteriza as relações, a democratização nas universidades para a aprendizagem, mudança para melhorar a assistência à saúde, a substituição da rivalidade acadêmica e o apoio através das fronteiras e limites (BARR, 2015).

2.1.2 Socialização Profissional e Interprofissional em Saúde

A socialização profissional está associada a um processo de desenvolvimento de papéis profissionais, a partir do momento que um indivíduo se torna um membro da sua profissão. Crenças e idealizações anteriormente adquiridas influenciam no desenvolvimento de mitos e preconceitos em relação à outras profissões (CLARK, 2009; HERSHEY, 2007; ADAMS, et al., 2006).

A identidade profissional tem início quando as pessoas começam a pensar no futuro e na carreira a seguir, podendo ser desde a infância, etapa denominada socialização antecipatória, sendo moldada por contextos culturais e sociais, influenciando no desenvolvimento de mitos e atitudes preconceituosas em relação a outras profissões. A socialização fornecerá os meios para que saibam a que culturalmente os papéis são esperados, a quem realmente são e serão pelas suas normas, valores, crenças, conhecimentos e habilidades (CLARK, 2009; HERSHEY, 2007; ADAMS, et al., 2006).

Indivíduos que aprendem somente com o seu grupo específico desenvolverão comportamentos e confiança relacionados a esses membros com os quais se reconhecem. Desconfiança, preconceitos e atitudes estereotipadas negativas em relação aos grupos profissionais externos poderão ocorrer quando os indivíduos consideram a sua profissão melhor que as demais. As referidas impressões negativas ocorrem quando não houve interação e reconhecimento de outras profissões, dificultando e criando barreiras para a colaboração e educação interprofissional (PETTIGREW, 1998).

A identidade profissional compreende a prática profissional na interação de estudantes com outros no seu processo de formação profissional, que quando isolados, desenvolvem a identidade uniprofissional com limitada experiência e compreensão do papel do outro (HALL, 2005; HERSHEY, 2007).

O desenvolvimento da identidade interprofissional é um resultado esperado da socialização profissional do estudante, que cria uma percepção da atuação de cada profissão com as quais entra em contato, diminuindo atitudes negativas e favorecendo a colaboração efetiva (CARPENTER; DICKINSON, 2016; FRENK et al., 2010; ORCHARD; CURRAN; KABENE, 2005).

O desenvolvimento de uma identidade e padrão de prática profissional de saúde baseia-se em um processo de socialização, no qual conhecimentos,

habilidades, valores, papéis e atitudes estão associados à prática adquirida dos profissionais. A valorização de papéis é baseada em mostrar respeito um pelo outro, com base no conhecimento e contribuição que cada membro traz para o grupo, a partir do momento que compreendem as contribuições únicas que cada um pode trazer para o objetivo em comum das ações. A valorização do papel entre os profissionais de saúde facilita o compartilhamento das ideias e responsabilidades (ORCHARD; CURRAN; KABENE, 2005).

A adoção de uma dupla identidante por estudantes e profissionais os prepararão com competências necessárias para integrarem a colaboração interprofissional em sua prática profissional continuamente. Afinal, para uma experiência interprofissional eficaz e significativa, os membros da equipe precisam estar familiarizados com experiências e funções dos papéis de outros profissionais (CARPENTER; DICKINSON, 2016; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; HALL, 2005).

A socialização interprofissional é um processo que reúne estudantes de diferentes profissões para juntos aprenderem sobre cada um, criando uma identidade dupla de formação, que pode contribuir para uma atuação como membro de uma equipe colaborativa interprofissional. O engajamento da socialização se concretiza quando um ambiente aberto e confiável é criado, com estabelecimento de metas comuns e aprendizado sobre comportamentos e conhecimentos de grupos externos (KHALILI, 2013).

Eliminar percepções equivocadas entre os pares, a fim de aprender e praticar a colaboração interprofissional em equipe ajudará os estudantes a desenvolver uma identidade dupla na qual eles se veem simultaneamente como membros de sua própria profissão e da equipe interprofissional. Assim, manter uma identidade dupla cria um ambiente propício para os estudantes valorizarem e respeitarem a entrada de todos os grupos profissionais (KHALILI, 2013).

O processo para se criar nos indivíduos o desenvolvimento de uma dupla identidade profissional, como passo para a prática colaborativa interprofissional, ocorre por meio de três etapas. Primeiramente a quebra de barreiras com interação entre profissionais e discussões refletindo criticamente sobre seus pontos de vistas e dos demais, adotando maior clareza, conhecimento e habilidade próprias e de outras profissões, eliminando equívocos e conceitos pré-estabelecidos. A segunda etapa compreende a aprendizagem de papéis interprofissionais, incorporando normas,

valores e comportamentos necessários para avançar na prática colaborativa interprofissional, compartilhando, aprendendo e se desenvolvendo como um membro pertencente a uma equipe interprofissional e não mais uniprofissional, com objetivos em comum. Na terceira etapa tem-se o desenvolvimento da identidade dupla com equidade e valorização de papéis profissionais com crenças e comportamentos interprofissionais colaborativos, desmistificando mitos de outras profissões, antes enraizados, levando a uma cultura de prática colaborativa interprofissional no processo de formação profissional e após a graduação (KHALILI et al., 2013).

Os educadores devem ser modelos, como agentes da socialização, nos quais os estudantes se espelhem, aplicando estratégias inovadoras de ensino que ampliem os valores e comportamentos interprofissionais (DE SWARDT; VAN RENSBURG; OOSTHUIZEN, 2017; KHALILI; HALL; DELUCA, 2014).

Dada a complexidade dos processos de cuidados colaborativos, o envolvimento de profissionais com experiências e conhecimentos variados e a socialização para modelos especializados de cuidado, é importante considerar como os profissionais se percebem no processo da prática colaborativa, envolvendo crenças, comportamentos e atitudes que refletem a socialização (KING et al., 2010).

2.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A seguir, o referencial metodológico que embasou o estudo para a realização do processo de adaptação transcultural.

2.2.1. O Processo de Adaptação Cultural de Instrumentos

Estudos transculturais permitem compreender as semelhanças e características comuns entre diferentes indivíduos inseridos em diferentes contextos culturais, a partir da aplicação de um mesmo instrumento de medida. Para isso, faz-se necessário um rigoroso processo de adaptação que possa proporcionar equivalência da medida, independentemente do contexto a ser aplicada. Não há consenso sobre como adaptar um instrumento para uso em outro contexto cultural, pois dependerá das características do instrumento, do contexto da aplicação e da população a quem se destina (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

A adaptação transcultural de instrumentos de avaliação é um processo metodológico, constituído de etapas, que permite julgar a sua aplicabilidade em contexto diferente daquele para o qual foi construído o instrumento, garantindo as características psicométricas do instrumento original. Na literatura encontram-se distintas abordagens metodológicas devido a inexistência de consenso acerca de metodologia e/ou estratégia mais adequada à adaptação transcultural de instrumentos (OLIVEIRA; LUCENA, 2015).

O termo “adaptação” compreende todos os processos relativos à adequação cultural do instrumento, para além da mera tradução, sendo essa considerada como o primeiro passo no processo de adaptação. Desse modo, ao se adaptar um instrumento, é necessário considerar os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais referentes à sua tradução (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

O processo de adaptação de um instrumento para língua estrangeira deve considerar as formas culturais distintas, levando-se em conta não apenas o idioma diferente, mas também o estilo de vida de onde se pretende realizar a pesquisa. As diferenças culturais do novo cenário tornam o processo de adaptação complexo, assim envolve dois componentes: a tradução e a adaptação linguística de um instrumento de medida, já desenvolvido e validado em um país diferente (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O objetivo do processo de adaptação cultural é a obtenção da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento de origem e o instrumento adaptado com base no conteúdo do original. Com isso, as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade de conteúdo) serão asseguradas e garantirão a melhor compreensão do instrumento para a população alvo (BEATON et al., 2000).

O processo de adaptação de um instrumento tem que envolver uma sincronia de elementos, como adequações e mudanças linguísticas locais e regionais, além de uma meticulosa avaliação da equivalência entre a versão original e sua nova versão. Destaca-se também que mudanças linguísticas acontecem em uma mesma população ao longo de anos, portanto, adaptações temporais são necessárias (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Vários métodos são propostos para garantir a correta adaptação cultural de instrumentos, e no geral, a literatura aponta que deve ser constituída por cinco etapas essenciais: I) Tradução, para produzir várias versões utilizando-se para isso tradutores qualificados e que dominem a língua de origem do instrumento. II) Síntese das versões traduzidas III) Revisão por um comitê de especialistas para analisar as versões original e final do instrumento, com o objetivo de aperfeiçoar a adaptação transcultural. IV) Retrotradução, a fim de produzir traduções reversas de forma independente e V) Pré-teste de equivalência (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; HAMBLENTON, 2005). Mas alguns aspectos importantes, não mencionados, para o processo de adequação da nova versão do instrumento se fazem importantes, como a avaliação conceitual dos itens pela população-alvo e a discussão com o autor do instrumento original para modificações na nova versão proposta (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Com base na literatura investigada, nota-se que os estudos apresentam pontos semelhantes no que tange a metodologia aplicada em diferentes instrumentos para o processo de adaptação transcultural, em especial nas etapas de tradução, retrotradução e no comitê de especialistas. Desse modo, com base nas metodologias analisadas acerca do processo de tradução e adaptação cultural, para o presente estudo foi adotado o método proposto por Borsa, Damásio e Bandeira (2012) para realizar a tradução e adaptação do instrumento, cujas etapas serão detalhadas adiante.

Os autores apresentam sua proposta para a adaptação de instrumentos a partir de seis etapas: (1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo, (2) síntese das versões traduzidas, (3) avaliação da síntese por juízes *experts*, (4) avaliação do instrumento pelo público-alvo, (5) tradução reversa, e (6) estudo-piloto (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

O primeiro aspecto importante a ser considerado ao se adaptar um instrumento é a sua tradução do idioma de origem para o idioma-alvo. O processo exige cuidados a fim de se obter uma versão final adequada para o novo contexto e também a versão original. Posteriormente ao processo de tradução, o pesquisador deve possuir, pelo menos, duas versões do instrumento traduzido e assim, iniciar a fase de síntese das traduções que compreende comparar as diferentes traduções e avaliar as suas divergências semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e

contextuais, para cada item, com o local no qual será aplicada a nova versão (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Nesse processo, é possível encontrar traduções complexas que possam dificultar a compreensão da população a quem se destina o instrumento ou traduções simplistas que subestimam o conteúdo do item. Escolhas inapropriadas são identificadas e resolvidas mediante uma discussão entre os especialistas, juntamente com os pesquisadores responsáveis pela adaptação do instrumento. Ao longo desse processo, o comitê de especialistas e os pesquisadores devem avaliar a equivalência entre as versões traduzidas e o instrumento original e, caso encontrem falhas entre as versões, propor uma nova tradução que seja mais adequada às características da realidade na qual será aplicado o instrumento (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Segundo os autores, as equivalências subdividem-se em quatro diferentes áreas:

- *Equivalência semântica*: objetiva avaliar se as palavras apresentam o mesmo significado, se o item apresenta mais de um significado e se existem erros gramaticais na tradução;
- *Equivalência idiomática*: refere-se a avaliar se os itens de difícil tradução do instrumento original foram adaptados por uma expressão equivalente que não tenha mudado o significado cultural do item;
- *Equivalência experiencial*: refere-se a observar se determinado item de um instrumento é aplicável na nova cultura e, em caso negativo, substituir por algum item equivalente;
- *Equivalência conceitual*: busca avaliar se determinado termo ou expressão, mesmo que traduzido adequadamente, avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas.

A equivalência refere-se ao grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores de um instrumento através da confiabilidade inter-observadores, que envolve a participação independente de dois ou mais avaliadores com o preenchimento do instrumento pelos mesmos. A validade transcultural, diz

respeito à medida em que as evidências suportam a inferência de que o instrumento original e o adaptado são culturalmente equivalentes (SOUZA et al., 2017).

A participação dos pesquisadores responsáveis é fundamental, visto o conhecimento sobre o construto que o instrumento avalia, podendo contribuir com as dúvidas sobre os itens e auxiliar na decisão sobre as melhores expressões a serem utilizadas. Faz-se importante a avaliação dos aspectos referentes a estrutura, o *layout*, as instruções do instrumento, a abrangência, adequação das expressões contidas nos itens, a clareza das questões, adequação do tipo e do tamanho da fonte utilizada, a disposição das informações no instrumento, entre outros aspectos (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

A avaliação de conteúdo que pode envolver procedimentos quantitativos e qualitativos, o que se denomina triangulação metodológica, deve ser realizada por um comitê composto por cinco a dez juízes especialistas na área do instrumento de medida. O processo é iniciado com o convite aos membros constando o motivo da escolha daquele sujeito como juiz e a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento. Os especialistas devem receber instruções específicas em cada estágio sobre como avaliar cada item, como avaliar o instrumento como um todo e como preencher o questionário que orienta a avaliação. A orientação é feita no sentido de que seja avaliada a redação dos itens, se estes estão redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressam adequadamente o que se espera medir. Quanto à pertinência, os juízes devem notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos para o objetivo a que se pretende. Sugestões e/ou comentários para melhorar o item poderão ser feitos em espaços deixados especificamente para essa finalidade (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Nos dois estágios, a avaliação de conteúdo do instrumento é quantitativa. Esta é inicialmente realizada pelos juízes de forma individual, independente e em um período preestabelecido. Em seguida deve ser feita uma discussão em grupo que corresponde ao procedimento qualitativo no qual todas as sugestões e comentários dos membros do comitê são expostos e anotados pelo pesquisador. Posteriormente, uma nova versão do instrumento que contemple as sugestões apresentadas pode ser entregue a cada membro. Os juízes deverão revisar seus critérios de avaliação para que seja finalizado o processo de validade de conteúdo e a versão para pré-teste seja obtida (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A tradução, síntese e a avaliação da versão são os primeiros passos do processo de adaptação de um instrumento para uma nova cultura. Após a conclusão dessas etapas, a primeira versão do instrumento estará pronta para uma próxima etapa, para a qual a avaliação do instrumento pelo público-alvo com o objetivo de verificar se os itens, as instruções e a escala de resposta são compreensíveis para o mesmo. Em seguida ocorre a retrotradução que se refere a traduzir a versão sintetizada e revisada do instrumento para o idioma de origem a fim de avaliar em que medida a versão traduzida está refletindo o conteúdo do item, conforme propõe a versão original. Quando o autor tem acesso à versão retrotraduzida (*back-translated*) do instrumento, pode afirmar se os itens têm, em sua essência, a mesma ideia conceitual que os itens originais, mantendo, assim, uma equivalência conceitual (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Borsa; Damásio; Bandeira (2012), afirmam que pode haver mudanças nos passos propostos, seja com a inserção de pequenos estudos-piloto antes da retrotradução, com a realização de grupos focais ou mesmo a não avaliação do instrumento pelo público-alvo.

No presente estudo foi adotada a proposta metodológica de Borsa, Damásio e Bandeira (2012), com a realização das etapas sequencialmente descritas, exceto a do comitê para avaliação do ISVS pela população alvo, por não se tratar de uma etapa obrigatória como sinalizado pelos autores. Também considerou-se a oportunidade da população-alvo em avaliar o instrumento durante a aplicação do teste piloto que foi a última etapa desta pesquisa de mestrado.

3 OBJETIVO

Realizar a adaptação transcultural do instrumento canadense *Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21)* para o contexto brasileiro no campo do ensino na saúde.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico para adaptação transcultural do instrumento canadense *Interprofessional Socialization Valuing Scale (ISVS)* elaborado por Gillian King, Lynn Shaw e Carole Orchard, em 2010.

O instrumento ISVS foi elaborado por uma comissão cujo objetivo era avaliar a utilidade de uma série de oficinas educativas interprofissionais para estudantes universitários da área da saúde. Como parte da avaliação de um projeto realizado em serviços de saúde mental, que consistiu em nove oficinas educativas com foco em elementos que levaram à identificação da prática colaborativa interprofissional, reconheceram a necessidade de uma medida para avaliar aspectos do processo de SIP, baseado nos cuidados colaborativos, dentro de um contexto sociocultural (KING et al., 2010).

O ISVS foi elaborado como uma escala de avaliação do processo de socialização e valorização da prática colaborativa interprofissional, o ISVS. O objetivo foi capturar três aspectos fundamentais da SIP e valorização da colaboração em equipes: crenças, comportamentos e atitudes dos profissionais que influenciam e são influenciados por suas abordagens no cuidado. Desse modo o ISVS possibilita avaliar os esforços positivos da formação universitária e da atuação em equipes comprometidas com a colaboração (KING et al., 2010).

A princípio foram desenvolvidos 34 itens para medir a consciência/compreensão (crenças), conforto/habilidades (comportamentos), apreciação e valorização (atitudes). Essa versão foi aplicada a uma amostra de 124 profissionais de saúde, ao final da oficina do projeto referido anteriormente, e foi solicitado aos entrevistados que avaliassem até que ponto uma crença, comportamento e atitude estão presentes, usando uma escala Likert de sete (7) pontos e uma opção de resposta “não aplicável” que corresponde a zero (0). A análise das cargas fatoriais levou a diminuição de dez itens, resultando em uma versão do ISVS com 24 itens (KING et al., 2010).

O ISVS-21 representa um refinamento de uma ferramenta anterior (ISVS-24). Ambos são instrumentos de autorrelato projetados para medir a socialização interprofissional entre estudantes e profissionais de saúde e sua prontidão para

atuar em equipes interprofissionais. O ISVS-21 é mais informativo, para fins profissionais e educacionais, permitindo a análise e discussão para cada grupo e cenário (KING et al., 2016).

No presente estudo foi adotada a versão composta por 21 itens no qual os entrevistados avaliam até que ponto estes conceitos estão presentes, usando uma escala, Likert, de sete (7) pontos, onde zero (0) significa “não se aplica”, sete (7), seis (6), cinco (5), quatro (4), três (3), dois (2), um (1) significam níveis decrescentes de concordância.

Propõe-se também que o ISVS possa ser útil ajudando equipes que não tenham trabalhado juntos para avaliar sua capacidade, conforto e valorização, com o propósito de refletirem sobre maneiras de superar o desconforto e ajudar os membros da equipe a aprender a trabalharem juntamente. Equipes ou educadores podem usar o ISVS para medir o progresso, resultados de esforços educacionais ou de treinamentos de oficinas na melhoria da colaboração interprofissional (KING et al., 2010).

4.2 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

O estudo tem a finalidade de traduzir e adaptar culturalmente no Brasil a escala ISVS-21 e contempla as seguintes etapas segundo os procedimentos metodológicos propostos por Borsa, Damásio e Bandeira (2012):

Etapa I: Tradução do instrumento: Desenvolvida por dois tradutores independentes e qualificados.

Etapa II: Análise pelo comitê de juízes: O comitê tem como objetivo avaliar as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural das traduções realizadas e fazer a opção da melhor versão para cada item, garantindo uma réplica do instrumento no Brasil.

Etapa III: Síntese das análises pelas pesquisadoras: Desenvolvimento da versão síntese denominada Versão Português Consenso 1 (VPC1).

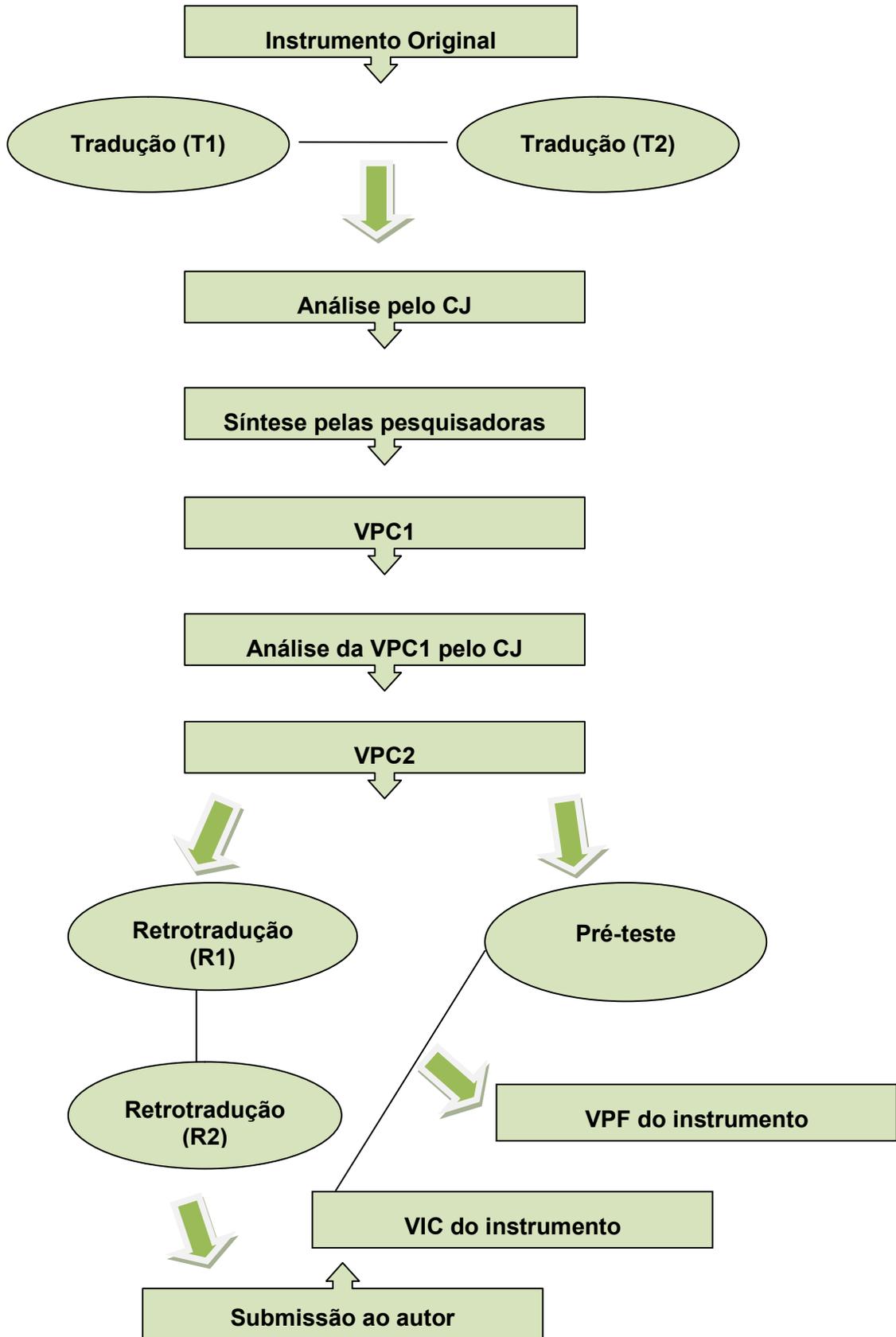
Etapa IV: Análise da VPC1 pelo Comitê de Juízes: Desenvolvimento da Versão Português Consenso 2 (VPC2).

Etapa V: Retrotradução (*back translation*): Tradução da versão sintetizada para o idioma de origem com a finalidade de avaliar se a versão traduzida está conforme propõe a versão original.

Etapa VI: Submissão ao autor do instrumento: Consiste na submissão das retrotraduções para o autor do instrumento para ajustes e modificações, desenvolvendo a Versão Inglês Consenso 1 (VIC1).

Etapa VII: Pré-teste: Aplicação da VPC2 do instrumento e desenvolvimento da versão português final.

Figura 1- Etapas descritas para o processo de adaptação transcultural do instrumento.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019)

4.3 TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO

A primeira etapa do estudo se iniciou com o pedido de autorização, pela orientadora da pesquisa, através de uma mensagem eletrônica, à autora do instrumento para que o ISVS-21 fosse traduzido e adaptado no Brasil e a autorização foi concedida (ANEXO A).

Ressalta-se que na autorização consta a restrição da publicação ou divulgação dos itens do ISVS-21 tanto na versão original em inglês, quanto na versão traduzida (ANEXO A). Sendo assim, neste trabalho, os itens e respectivas adaptações realizadas estão apresentadas mediante a menção às partes do instrumento ISVS-21, codificadas a partir de seu título, instruções e demais itens de 1 a 21.

Em seguida, com o instrumento original, a pesquisadora entrou em contato por meio eletrônico, com dois tradutores, independentes, os quais aceitaram contribuir com essa primeira etapa do estudo. Os critérios para seleção dos tradutores foram: língua materna no português falado no Brasil e domínio da língua inglesa.

O primeiro tradutor é professor, tradutor e intérprete da língua inglesa e não profissional da saúde. Sendo que o segundo tradutor é professor e intérprete da língua inglesa, além de ser profissional da saúde.

Foi disponibilizado, aos tradutores, o instrumento original para que pudessem realizar a tradução do mesmo gerando as duas versões tradução 1 (T1) e tradução 2 (T2) que não estão integralmente apresentadas nesse trabalho pelos motivos acima explicitados.

4.4 COMITÊ DE JUÍZES

Após definidas as traduções, foi realizada a seleção de profissionais, experts para compor o Comitê de Juízes (CJ). Os critérios para indicação foram definidos pela pesquisadora e orientadora dentre os quais: atuação profissional na área da saúde, o domínio do processo metodológico da pesquisa, a experiência com a educação e/ ou a prática interprofissional em saúde e o conhecimento da língua inglesa.

Foram selecionados 20 profissionais, para os quais foi enviada mensagem eletrônica de convite com a apresentação da pesquisadora, o estudo a ser realizado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e a carta-convite para compor o CJ (APÊNDICE B). A partir do retorno dos especialistas com o aceite do convite, foi enviada uma nova mensagem contendo o instrumento original e as versões traduzidas (T1 e T2), juntamente com o link de um formulário eletrônico, elaborado pela pesquisadora no *Google*, baseado no instrumento original e nas duas traduções, o formulário para o Relatório de Avaliação do Comitê de Juízes da pesquisa, assim como as orientações para realização de seu preenchimento (APÊNDICE C). Com isso, o CJ foi composto por oito profissionais.

O formulário para o relatório de avaliação continha um texto explicativo, para o preenchimento sobre os itens que deveriam ser analisados de acordo com as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual levando em consideração a versão original na língua inglesa e as duas traduções. Para cada item foram avaliadas as quatro equivalências, devendo ser assinalada uma única alternativa, respectiva para cada uma delas, utilizando as alternativas “sim” e “não”. Após isso, continha um campo para que o avaliador escrevesse sua sugestão para versão final do mesmo, podendo fazer comentários e sugestões de redação. O contato eletrônico da pesquisadora foi colocado à disposição para possíveis dúvidas.

Nesta fase, o parecer do especialista teve o objetivo de avaliar as duas versões traduzidas para o idioma português quanto ao significado das palavras e expressões coloquiais, no intuito de desenvolver a versão síntese, denominada Versão Português Consenso 1 (VPC1), através da síntese das avaliações, pela pesquisadora, com o parecer da orientadora da pesquisa, para a elaboração da nova versão do instrumento.

As sugestões e escolhas por uma tradução foram acatadas pela pesquisadora quando houve 75% de concordância entre os especialistas, ao verificarem as equivalências para cada item que indicavam se o instrumento estava adequado ao que se propôs originalmente e a pertinência de cada item para sua mensuração. Nas situações que não se atingiu o mínimo de 75% de consenso entre os especialistas, a pesquisadora realizou uma análise minuciosa para estabelecer uma sugestão ao item que foi submetida novamente à apreciação dos *experts*. Os dados que constam

nas tabelas de avaliação das equivalências foram alcançados baseando-se no total de 100% das respostas fornecidas (APÊNDICE D).

Posteriormente, as pesquisadoras enviaram uma mensagem eletrônica ao CJ com o convite para a participação em uma reunião, via Skype, para a realização da análise da VPC1. Para isso, foram sugeridas três datas, com um horário específico, para que pudessem optar. Dentre os oito membros, cinco tiveram disponibilidade para a mesma data e horário. Com isso, realizou-se a reunião e a análise dos itens que não obtiveram concordância nas equivalências. Ao final desta etapa foi obtida a Versão Português Consenso 2 (VPC2).

4.5 RETROTRADUÇÃO

Nesta etapa, a VPC2 foi retrotraduzida para o idioma inglês por dois tradutores independentes que não participaram da primeira etapa de tradução, que possuem língua nativa no idioma de origem, o que gerou duas versões retrotraduzidas para o inglês, R1 e R2.

4.6 SUBMISSÃO AO AUTOR DO INSTRUMENTO ORIGINAL

Esta etapa consistiu na submissão das retrotraduções para o autor do instrumento que verificou a clareza, pertinência e significado dos itens em comparação com a versão original. Posteriormente foi originada a Versão Inglês Consenso (VIC).

4.7 PRÉ-TESTE

Foi realizado com estudantes de sete cursos de graduação, na área da saúde, vinculados à uma universidade federal do interior de São Paulo, com o objetivo de avaliar a compreensão do instrumento e a clareza dos itens, e contribuir na avaliação de sua equivalência operacional. Para tanto foi aplicado um instrumento de avaliação sobre o instrumento (APÊNDICE E).

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DO PRÉ-TESTE

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos seguindo os preceitos da resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, com o Protocolo de aprovação CAAE: 71488217.2.1001.5504, Parecer nº 2.337.476 de 19 de outubro de 2017 (ANEXO B).

O coordenador de cada departamento referente aos cursos da área da saúde, com os quais se realizou a pesquisa, recebeu pessoalmente, uma carta de autorização para a pesquisa.

Posteriormente, quando deu-se início a aplicação do instrumento aos estudantes, os foi apresentado o TCLE com o qual foi solicitado o seu consentimento em participar do estudo. Este foi assinado em duas vias, ficando uma para o participante e uma para a pesquisadora.

4.9 LOCAL PARA REALIZAÇÃO DO PRÉ-TESTE

O local para realização da pesquisa foi uma universidade federal do interior do Estado de São Paulo. A instituição foi fundada na década de 1960 e possui quatro campi. No campus em que a pesquisa foi realizada participaram os seguintes cursos: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Gerontologia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional.

4.10 COLETA DE DADOS DO PRÉ-TESTE

O pré-teste teve por objetivo verificar a compreensão, significado e clareza dos itens, instruções, se as expressões correspondem àquelas utilizadas pelo grupo, estrutura do instrumento como um todo e a escala de resposta pelo público-alvo, que pode levar a mudanças na versão inicial de um instrumento traduzido antes de passar para a fase operacional (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; GUDMUNDSSON, 2009; MUÑIZ; ELOSUA; HAMBLETON, 2013).

A aplicação do pré-teste ocorreu no período de novembro de 2018 a dezembro de 2018. Inicialmente a pesquisadora entrou em contato, pessoalmente, com os coordenadores dos sete cursos para explicar quanto a pesquisa a ser realizada no respectivo e o objetivo da mesma. Para isso, foi entregue o TCLE em duas vias para que o coordenador os assinasse, ficando uma via com ele e outra com a pesquisadora. Foi perguntado a eles qual seria a melhor opção para aplicação do instrumento aos estudantes e as respostas foram quase unânimes “solicitar que algum professor aplicasse o instrumento em alguma das aulas ou abordar os alunos quando os encontrasse”.

Devido a grade horária dos cursos e os locais de aulas variados, a coleta ocorreu mediante a disponibilidade dos estudantes, em momentos fora de classe, durante o intervalo, na entrada ou saída de uma aula. Muitas vezes os estudantes

foram abordados enquanto estavam reunidos em grupo em momento de estudo, reunião ou descontração, ou mesmo, quando estavam sozinhos. Na abordagem, todos se mostravam solícitos a participarem e contribuírem com a pesquisa.

Para ampliar as participações, a pesquisadora disponibilizou o instrumento também no formato eletrônico e o mesmo foi enviado para um representante de classe de cada curso e também para aqueles que preencheram e, se prontificaram a divulgar e encaminhar aos demais colegas de turma.

Tanto no formato impresso quanto eletrônico, os estudantes receberam as informações do objetivo da pesquisa, o TCLE em duas vias, para então darem início ao preenchimento do instrumento. Na sequência aos 21 itens, responderam questões de avaliação da escala composta por itens objetivos formulados pela pesquisadora. Abaixo de algumas dessas questões havia um espaço em branco para que escrevessem a justificativa referente a questão, sugerissem alterações ou descrevessem qualquer tipo de dúvida quanto ao instrumento (APÊNDICE E). Por último, deveriam responder questões do seu perfil sociodemográfico (sexo, idade, naturalidade, semestre que cursava na graduação, curso de graduação em andamento e se possuía algum curso superior concluído) (APÊNDICE F).

Borsa, Damásio e Bandeira (2012) recomendam que em caso de não compreensão de algum item, os participantes podem sugerir sinônimos que melhor represente o vocábulo usual do grupo. O tempo médio de leitura, análise e preenchimento do instrumento foi de 15 minutos.

4.11 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise foi realizada codificação apropriada de cada uma das variáveis do estudo e digitação em banco de dados do programa *Microsoft Excel*, elaborado pela pesquisadora.

O perfil sociodemográfico foi calculado de acordo com as variáveis: sexo, idade, naturalidade, curso em andamento na graduação, semestre que estava cursando, se possui um curso superior concluído, medidas com o número de estudantes participantes da pesquisa, de cada curso e o percentual para cada dado, de acordo com o número total dos participantes de todos os cursos.

As respostas por curso para cada item do instrumento de acordo com a escala Likert foram analisadas avaliando-se as pontuações preenchidas por cada estudante de cada curso, para cada item com a apresentação dos números absolutos e percentuais.

5 RESULTADOS

5.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Os resultados apresentados são decorrentes do desenvolvimento do processo de adaptação transcultural, contemplando as etapas de Tradução, Análise do Comitê de Juízes e Síntese da VPC1 pelas pesquisadoras, Análise das divergências pelo Comitê de Juiz originando a VPC2, Retrotradução, Submissão a autora do instrumento original e o Pré-teste.

5.2 COMITÊ DE JUÍZES

O CJ foi composto por oito profissionais da área da saúde, pertencentes a quatro diferentes profissões da saúde, atuantes em Universidades Federais e Estadual, em quatro regiões do Brasil (nordeste, norte, sudeste e sul), que aceitaram contribuir valiosamente para a realização da pesquisa.

- Juiz A, sexo masculino, graduado em Enfermagem, Doutorado em Ciências da Saúde, atua como professor na Universidade Federal do Acre.
- Juiz B, sexo feminino, graduada em Enfermagem, Doutorado em Ciências, atua como professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.
- Juiz C, sexo masculino, graduado em Odontologia, Doutorado em Odontologia Preventiva e Social, é professor da Universidade Federal da Paraíba.
- Juiz D, sexo feminino, graduada em Odontologia, com Pós-Doutorado, atua na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Juiz E, sexo feminino, graduada em Enfermagem, Doutora em Gerenciamento em Enfermagem, atua como especialista em laboratório na Universidade de São Paulo.
- Juiz F, sexo masculino, graduado em Farmácia, Doutor em Ciências, atua como consultor internacional.
- Juiz G, sexo feminino, graduada em Enfermagem, Doutorado em Ciências, atua como professora da Universidade de São Paulo.

- Juiz H, sexo feminino, graduada em Terapia Ocupacional, possui Pós-doutorado, atua no Programa de Pós-Graduação pela Universidade Federal de São Paulo.

Após análise do CJ das T1 e T2 e do instrumento original, observou-se divergências consideráveis na escolha literal por uma das traduções, referentes as substituições de palavras, expressões e tempo verbal da frase; na opção de uma nova sugestão e redação ao item por não concordarem com nenhuma das traduções propostas e também a opção de não realizar sugestões, como também foi encontrado.

Frente a isso, uma análise foi realizada pelas pesquisadoras a partir das escolhas, do CJ, pelas traduções, de forma literal; a sugestão para uma nova versão, modificando as traduções fornecidas; e a não sugestão para o item, conforme segue.

- Título, instruções para responder aos itens, escala Likert e Item 18 a tradução T1 foi indicada.
- Itens 1, 2, 3, 4, 10, 14, 15, 17 e 19 a tradução T2 foi indicada.
- Introdução, Instruções, Itens 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20 e 21 houve a sugestão para uma nova versão.

Realizou-se uma síntese minuciosa a partir das sugestões dos membros do CJ, frente a originalidade do instrumento, para identificação da melhor versão para os itens da ISVS-21.

5.3 RESULTADOS E SUGESTÕES DOS MEMBROS DO CJ E VPC1

De acordo com a síntese realizada após o retorno pelo CJ de suas análises, verificou-se que os itens que apresentaram divergências na avaliação das equivalências foram: Introdução, Instrução do instrumento, Escala Likert, itens 2, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 20 e 21. A equivalência na qual pode-se observar maior divergência entre o CJ é a idiomática.

Durante a análise pelo CJ foi sugerida uma atenção para a definição fornecida pela pesquisadora referente a equivalência conceitual. O mesmo foi alterado e, portanto, submetido aos membros para uma nova análise.

Tabela 1- Percentual de Concordância Geral do Instrumento na primeira análise. São Carlos, 2018.

PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA GERAL DO INSTRUMENTO				
Item	Eq. Sem.	Eq. Idio.	Eq. Conc.	Eq. Cult.
Título	87,5	87,5	87,5	87,5
Introdução	50	62,5	100	75
Instrução A	87,5	50	87,5	75
Instrução B	100	100	87,5	100
Escala Likert	87,5	62,5	87,5	75
Item 1	100	75	75	100
Item 2	87,5	50	75	62,5
Item 3	75	75	75	75
Item 4	87,5	87,5	87,5	87,5
Item 5	62,5	62,5	75	50
Item 6	87,5	62,5	100	62,5
Item 7	62,5	50	62,5	75
Item 8	87,5	87,5	87,5	100
Item 9	62,5	50	62,5	50
Item 10	100	87,5	87,5	100
Item 11	62,5	62,5	62,5	75
Item 12	87,5	62,5	75	75
Item 13	87,5	100	75	87,5
Item 14	37,5	37,5	50	50
Item 15	87,5	75	75	75
Item 16	37,5	37,5	50	50
Item 17	87,5	75	75	75
Item 18	87,5	87,5	75	87,5
Item 19	100	87,5	100	75
Item 20	75	75	62,5	75
Item 21	62,5	37,5	75	37,5

Nota: **Eq. Sem.:** Equivalência Semântica; **Eq. Idio.:** Equivalência Idiomática; **Eq. Conc.:** Equivalência Conceitual; **Eq. Cult.:** Equivalência Cultural; **Instrução A:** Instruções do Instrumento; **Instrução B:** Instruções para responder aos itens do instrumento.

Após as etapas de tradução, análises e síntese, o instrumento pré-final foi avaliado quanto as suas equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural com o instrumento original.

O instrumento foi discutido de acordo com as equivalências e seus respectivos itens que não atingiram a concordância de 75%. No total de 26 itens avaliados (título, introdução, instruções e itens), 14 não atingiram a concordância desejada nas seguintes equivalências: semântica: nove itens, idiomática: nove itens, conceitual: sete itens, cultural: dez itens.

Os itens que apresentaram divergências foram o título, introdução, instrução do instrumento, escala *Likert*, itens dois, cinco, seis, sete, nove, 11, 12, 14, 16 e 21.

Os itens sete, 14, 16 e 21 não obtiveram concordância em nenhuma das equivalências.

Durante análise das avaliações do CJ referente a escolha pela tradução e as sugestões pontuadas, nota-se uma divergência com relação ao tempo verbal de início da frase; expressões e termos utilizados, fazendo com que, em algumas situações, o especialista não concordasse com nenhuma das versões apresentadas nas traduções, sugerindo uma nova redação para a mesma.

As palavras sugeridas de forma unânime pelos especialistas foram “equipe” ao invés de “grupo” e “usuário” em substituição à “cliente”, diferentemente do indicado pelos tradutores.

Tabela 2- Percentual de Concordância Geral do Instrumento na segunda análise do CJ. São Carlos, 2018

PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA GERAL DO INSTRUMENTO				
Item	Eq. Sem.	Eq. Idio.	Eq. Conc.	Eq. Cult.
Título	87,5	87,5	62,5	87,5
Introdução	62,5	75	100	62,5
Instrução A	75	62,5	87,5	75
Instrução B	87,5	100	87,5	100
Escala Likert	62,5	62,5	87,5	75
Item 1	75	75	87,5	100
Item 2	87,5	50	87,5	62,5
Item 3	75	75	75	75
Item 4	87,5	87,5	100	87,5
Item 5	50	75	75	50
Item 6	87,5	75	100	62,5
Item 7	62,5	50	50	62,5
Item 8	87,5	87,5	87,5	100
Item 9	62,5	50	75	50
Item 10	100	87,5	87,5	100
Item 11	62,5	62,5	62,5	75
Item 12	87,5	75	62,5	62,5
Item 13	87,5	100	75	87,5
Item 14	50	50	37,5	50
Item 15	100	87,5	100	87,5
Item 16	37,5	50	50	50
Item 17	87,5	75	87,5	75
Item 18	87,5	87,5	75	87,5
Item 19	100	87,5	100	75
Item 20	75	75	75	75
Item 21	62,5	50	62,5	37,5

Nota: **Eq. Sem.:** Equivalência Semântica; **Eq. Idio.:** Equivalência Idiomática; **Eq. Conc.:** Equivalência Conceitual; **Eq. Cult.:** Equivalência Cultural; **Instrução A:** Instruções do Instrumento; **Instrução B:** Instruções para responder aos itens do instrumento.

A seguir serão mencionados aspectos dos itens do instrumento e sugestões realizadas pelo CJ considerando a versão original e as traduções T1 e T2 para

produção da VPC1. A síntese para a elaboração da VCP1 foi realizada pelas pesquisadoras, a partir das análises do CJ, que para cada item do instrumento, fizeram a escolha por uma das traduções ou novas sugestões para a redação da mesma.

Como mencionado anteriormente, os itens nas versões originais, traduzidos T1, T2 e adaptados VPC1 não estão apresentados a seguir, pois não houve consentimento das autoras do instrumento para sua apresentação explícita.

5.3.1 Título do instrumento

Em relação ao título do instrumento a versão T1 foi escolhida por quatro membros do comitê. Sugestões foram apontadas por três membros: manter ou não o número “21”; a substituição da palavra “socialização” por “interação”; a substituição da palavra “valorização” por valorização/importância/relevância.

5.3.2 Introdução do Instrumento

A introdução do instrumento apresenta informações sobre a sua finalidade e teor dos itens. Notou-se-se uma divergência para a versão adequada da tradução de acordo com a análise das equivalências, tendo seis membros que realizaram novas sugestões, um que optou pela primeira tradução e um pela segunda tradução.

Utilizar a palavra “áreas” ao invés de “disciplinas” foi mencionada por cinco membros; uso da palavra “complete” foi mencionada por três membros; “responda” em substituição a “complete” foi mencionada por um membro; “busca/pretende” em substituição a palavra “visa”, mencionada por um membro; “por meio de” em substituição a palavra “através”, mencionado por dois membros.

5.3.3 Instruções do Instrumento – Parte 1

As instruções do instrumento foram divididas em duas partes para facilitar a avaliação pelo CJ e a análise. Nas instruções são apresentados aspectos específicos sobre o preenchimento das respostas aos itens. Neste item notou-se uma divergência entre as análises realizadas pelo CJ, nos quais sete membros realizaram novas sugestões para a elaboração da versão e um optou pela T2.

Foi proposto por dois membros o uso do verbo “circule” e pelos demais foram sugeridos “atribua”, “considere”, “assinale” e “pedimos”. Um dos membros chamou a

atenção para a expressão “*Where you feel you are now*” que se refere sobre “o momento em que se está agora”.

5.3.4 Instrução para responder aos itens do Instrumento

Neste item houve concordância entre o CJ quanto as equivalências analisadas pelo consenso na escolha pela tradução considerada adequada, sendo a T1 a opção realizada por cinco membros e a sugestão do uso do termo “na minha” em substituição a “em minha”.

5.3.5 Escala Likert do Instrumento

A escala do instrumento possui 7 pontos que variam de concordo totalmente a discordo totalmente e um ponto neutro (sem resposta). Para este item houve concordância na análise do CJ com a sugestão pela T1 realizada por seis membros. Sugestões para uma nova redação da escala foram feitas por dois membros que apontaram igualmente o uso das palavras “inclinado a concordar”, “inclinado a discordar” e um deles completou a sugestão com o uso de “concordo plenamente”, “não concordo nem discordo” e “não se aplica a mim”.

5.3.6 Item 1 do Instrumento

Neste item há concordância quanto a escolha pela T2 por cinco membros e as sugestões realizadas por eles realizadas. Todos pontuaram a importância da palavra “equipe” em substituição a “grupo”.

5.3.7 Item 2 do Instrumento

Neste item, quatro membros fizeram a escolha pela T2 e outros quatro por uma nova redação, sugerindo a expressão “sou valorizado” e “linguagem comum”.

5.3.8 Item 3 do Instrumento

Neste item três membros fizeram a escolha pela T2, um não fez opção e os demais sugeriram os seguintes inícios para a redação do item: “tenho compreendido melhor”, “desenvolvi maior consciência” e “tenho desenvolvido”.

5.3.9 Item 4 do Instrumento

Neste item houve a escolha por cinco membros pela T2, um não fez opção e os demais realizaram sugestões para o uso das expressões “de equipe” e “sou flexível/aberto”.

5.3.10 Item 5 do Instrumento

Neste item houve uma divergência na análise pelo CJ, na qual propuseram a T2 com sugestões para a redação da mesma, como “tenho desenvolvido uma melhor percepção”, “tenho me reconhecido”, “tenho auto-percepção”, “eu tenho percebido”, desenvolvi melhor percepção” e “tenho percepção”.

5.3.11 Item 6 do Instrumento

Neste item três membros optaram pela T2 e os demais realizaram sugestões para a redação, como “em ser líder”; “sendo líder de trabalhos”; “em ser um líder”; “em ser o líder”; “como líder”; “em equipe”; “trabalho”.

5.3.12 Item 7 do Instrumento

Neste item todos os membros realizaram sugestões para a redação da versão. Dois membros pontuaram a utilização da palavra “usuário/paciente” em substituição a “cliente” ao uso das expressões “centralidade no usuário” e “falar com a equipe”. Os demais realizaram sugestão para o uso de “expor minhas ideias”; “expor à equipe”; “me pronunciar com a equipe”; “profissional” em substituição a “membros”.

5.3.13 Item 8 do Instrumento

Neste item, dois membros do CJ fizeram a opção pela T2, um pela T1 e cinco membros do CJ propuseram sugestões para uma nova redação. Os membros pontuaram a importância da palavra “equipe” e “papel profissional”.

5.3.14 Item 9 do Instrumento

Neste item, seis membros do CJ realizaram sugestões para a utilização de expressões com denotações divergentes, tais como “sou valorizado ao compartilhar”; “valorizo mais o compartilhamento”; “reconheço o valor de

compartilhar”. Foram pontuadas também as expressões “com toda a equipe”; “em uma equipe” e “evidências científicas”.

5.3.15 Item 10 do Instrumento

Neste item houve concordância entre seis membros do CJ para a escolha da T2.

5.3.16 Item 11 do Instrumento

Neste item seis membros do CJ propuseram sugestões para a redação do mesmo e dois membros fizeram a escolha pela T2. A utilização da palavra “papel” foi feita por cinco membros; um membro sugeriu o uso da palavra “conhecimento” em substituição a “consciência”; além do uso das expressões “tenho compreendido melhor”; “eu tenho desenvolvido”; “desenvolvi maior consciência”.

5.3.17 Item 12 do Instrumento

Neste item cinco membros do CJ propuseram sugestões para a redação, dois fizeram a escolha pela T2 e um pela T1. Pontuaram a utilização da palavra “usuário/paciente” em substituição a “cliente” e a expressão “participar e compartilhar decisões”.

5.3.18 Item 13 do Instrumento

Neste item houve concordância entre os membros do CJ, dos quais seis deles fizeram a escolha pela T2. Um dos membros sugeriu a expressão “eu sinto confortável” e outro para a utilização de “dentro de uma equipe”, além de “em” em substituição a “ao” pontuados por quatro membros.

5.3.19 Item 14 do Instrumento

Neste item as sugestões realizadas por cinco membros do CJ para a redação compreendem a utilização das expressões “tenho compreendido melhor”; “desenvolvi maior compreensão”; “compreendo melhor”; “sobre seu cuidado”; “sobre seu plano de cuidados”; “relacionado ao seu cuidado”.

5.3.20 Item 15 do Instrumento

Neste item, cinco membros do CJ fizeram a escolha pela T2 e os demais sugeriram a palavra “equipe” em substituição a “grupo” e “papel de uma pessoa” a “de alguém”.

5.3.21 Item 16 do Instrumento

Neste item, sete membros do CJ realizaram sugestões para o início da redação do mesmo, tais como “tenho valorizado”; “eu tenho desenvolvido”; “eu valorizo”, “tenho apreciado”; “reconheço”; “tenho valorizado cada vez mais”.

5.3.22 Item 17 do Instrumento

Neste item, quatro membros do CJ fizeram a escolha pela T2 e os demais realizaram sugestões, tais como a palavra “integrante” em substituição a “membro”; “apto”; “agir” e “atuar”.

5.3.23 Item 18 do Instrumento

Neste item, três membros do CJ fizeram a escolha pela T1, dois pela T2 e os demais propuseram sugestões para a redação, com a utilização da palavra “corresponsabilização”; “cuidado as pessoas”. A palavra “cuidado” em substituição a “atendimento” foi evidenciada pelos membros.

5.3.24 Item 19 do Instrumento

Neste item, cinco membros fizeram a escolha pela T2, dois membros sugeriram uma nova redação para o mesmo e um membro não opinou. As sugestões pontuadas foram referentes a utilizar as expressões “tomar decisões conjuntamente”; “compartilhar decisões”.

5.3.25 Item 20 do Instrumento

Neste item, cinco membros do CJ propuseram uma nova redação e os demais fizeram a escolha pela T2. As sugestões realizadas foram “tenho traçado”; “quanto aos outros profissionais da equipe”; “em uma equipe”; “eu tenho desenvolvido”; “desenvolvi expectativas”.

5.3.26 Item 21 do Instrumento

Neste item houve uma divergência entre a análise realizada pelos membros do CJ, na qual todos propuseram uma nova redação. As sugestões foram pelas expressões “tenho valorizado cada vez mais”; “tenho apreciado”; “valorizo os benefícios”; “eu tenho desenvolvido apreciação”; “desenvolvi um apreço”; “tenho sido valorizado”.

5.4 ANÁLISE DAS AVALIAÇÕES DO CJ

Após análise dos itens que compõem o instrumento, haviam duas questões, elaborada pela pesquisadora, para que o CJ respondesse:

I. Qual sua opinião sobre a equivalência operacional do instrumento, em relação a sua adequação e pertinência da aplicabilidade aos estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde?

O instrumento foi considerado adequado e pertinente para ser aplicado aos estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde, porém sugeriram que as traduções sejam criteriosamente reanalisadas e um “olhar” minucioso sobre os termos utilizados para a clareza e compreensão dos itens. Um dos membros respondeu que a equivalência operacional do instrumento está em vias de adequação sendo necessário realizar ajustes semântico, cultural e conceitual para garantir a fidedignidade na aplicação (APÊNDICE G).

II. Como você acredita que deveria ser aplicado o instrumento?

O CJ pode assinalar a sua resposta com relação ao tipo de aplicação (impresso; online), forma de aplicação (auto-preenchimento; entrevista presencial) e local de aplicação (serviço de saúde; sala de aula; outro). Foi deixado um espaço em aberto para que os membros fizessem suas sugestões para outras formas de aplicação, tipo e local (APÊNDICE H). Os resultados foram os seguintes:

- Tipo de aplicação: 100% optou pelo impresso e 62,5% online
- Forma de aplicação: 62,5% prefere o auto-preenchimento e 50% a entrevista presencial
- Local de aplicação: 100% serviço de saúde e sala de aula e 75% outros meios

O CJ considera pertinente a aplicação pelo meio on-line e também no papel, mas considera necessário avaliar o contexto institucional no qual será aplicado o ISVS-21. Dois membros consideram que o preenchimento online tem um retorno reduzido.

Ao final dessas questões, foi deixado um espaço destinado a comentários e sugestões. O CJ pode se expressar com relação ao relatório que preencheram, o instrumento a ser estudado e suas expectativas com a pesquisa. Os membros colocaram que a experiência nessa etapa da pesquisa foi válida e as expectativas são positivas para a aplicação do instrumento. Foi sugerida uma nova rodada com o CJ para discussão dos itens do instrumento, a sugestão referente a tradução do termo “*valuing*” e a padronização dos termos “usuário/paciente”, de acordo com a população alvo (APÊNDICE I).

As sugestões foram acatadas para a continuidade das etapas da pesquisa em questão. O próximo passo foi a análise da VPC1 pelo comitê de juiz, dos itens que não obtiveram concordância de 75% nas equivalências, a fim de alcançar o consenso (Tabela 3).

Tabela 3- Itens que não obtiveram concordância de 75% nas equivalências. São Carlos, 2018.

ITENS QUE NÃO OBTIVERAM CONCORDÂNCIA DE 75%				
Item	Eq. Sem.	Eq. Idio.	Eq. Conc.	Eq. Cult.
Título	X			
Introdução	X			X
Instrução A		X		
Escala Likert	X	X		
Item 2		X		X
Item 5	X			X
Item 6				X
Item 7	X	X	X	X
Item 9	X	X		X
Item 11	X	X	X	
Item 12			X	X
Item 14	X	X	X	X
Item 16	X	X	X	X
Item 21	X	X	X	X

Nota: **Eq. Sem.:** Equivalência Semântica; **Eq. Idio.:** Equivalência Idiomática; **Eq. Conc.:** Equivalência Conceitual; **Eq. Cult.:** Equivalência Cultural; **Instrução A:** Instruções do Instrumento.

A partir disso, uma síntese minuciosa foi feita pelas pesquisadoras, para se chegar na melhor versão. No total de 26 itens avaliados (título, introdução, instruções e itens), 14 não atingiram a concordância de 75% desejada nas seguintes equivalências: semântica: nove itens, idiomática: nove itens, conceitual: sete itens, cultural: dez itens. Palavras e tempo verbal para início da assertiva foram pontuados e sugeridos. As palavras sugeridas de forma unânime pelos especialistas foram “equipe” ao invés de “grupo” e “usuário” em substituição à “cliente”, diferentemente do indicado pelos tradutores.

Frente as divergências encontradas, realizou-se um novo encontro via Skype com o comitê de juízes para saná-las. Tendo em vista a dificuldade de disponibilidade dos mesmos, o encontro contou com a participação de cinco membros, os quais puderam juntamente com as pesquisadoras, discutir a redação mais adequada para a versão de cada item e estabelecer o consenso com a concordância de 100% para as equivalências, elaborando assim, a versão que foi utilizada no pré-teste e submetida a retrotradução. As retrotraduções (R1 e R2) foram enviadas ao autor do instrumento original, que fez seu parecer propondo a R2 como melhor versão e realizando alterações na redação de sete itens. Dessa forma, a versão final em português foi estabelecida.

5.5 RESULTADOS E SUGESTÕES DO CJ E VPC2

Os participantes do CJ analisaram os itens que não atingiram concordância anteriormente, entraram em consenso e foi elaborada a versão português consenso 2 para os itens analisados. Portanto, obteve-se concordância de 100% para as equivalências referentes (Tabela 4).

A VPC2 da escala ISVS-21 foi definida após o consenso entre as equivalências na análise do comitê de juízes e pesquisadoras. A mesma foi encaminhada para realização da retrotradução e também foi utilizada na aplicação do pré-teste.

Tabela 4- Percentual de Concordância dos itens do instrumento na terceira análise. São Carlos, 2018.

PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA DOS ITENS ANALISADOS				
Item	Eq. Sem.	Eq. Idio.	Eq. Conc.	Eq. Cult.
Título	87,5	87,5	100	87,5
Introdução	100	75	100	100
Instrução A	75	100	87,5	75
Escala Likert	100	100	87,5	75
Item 2	87,5	100	87,5	100
Item 5	100	75	75	100
Item 6	87,5	75	100	100
Item 7	100	100	100	100
Item 9	100	100	75	100
Item 11	100	100	100	75
Item 12	87,5	75	100	100
Item 14	100	100	100	100
Item 16	100	100	100	100
Item 21	100	100	100	100

Nota: **Eq. Sem.:** Equivalência Semântica; **Eq. Idio.:** Equivalência Idiomática; **Eq. Conc.:** Equivalência Conceitual; **Eq. Cult.:** Equivalência Cultural; **Instrução A:** Instruções do Instrumento.

5.6 ANÁLISE DAS RETROTRADUÇÕES E VPC2 PELA AUTORA DO ISVS-21

A retrotradução originou duas versões (R1 e R2) que foram submetidas à autora do instrumento. Após análise pela mesma, concluiu que a versão R2 estava mais satisfatória de acordo com o original e propôs alterações na redação dos itens dois, quatro, nove, 11, 14, 16 e 18. A autora do instrumento original sugeriu que três itens da VPC2 fossem alterados quanto a conjugação verbal de início da redação para que a interpretação seja referente a uma ação que vêm acontecendo e não somente no tempo presente. Os itens que foram alterados da VPC2 e seus respectivos verbos são: item dois (Valorizo), nove (Valorizo) e 21 (Tenho valorizado).

Os itens dois e nove apresentavam, na VPC2, a conjugação verbal (“valorizo”). Por estar no presente do indicativo, indica uma ação que ocorre no exato momento em que se narra, podendo corresponder também a uma situação habitual, uma característica do sujeito ou a verdade científica dos fatos (CUNHA; CINTRA, 2016).

O item 21 apresentava a conjugação (“tenho valorizado”) no pretérito perfeito composto do indicativo indicando uma ação repetida que tem ocorrido no passado, prolongando-se até o presente. A conjugação para a qual as pesquisadoras substituíram (“passei a valorizar”) no pretérito perfeito do indicativo, denota uma ação que ocorreu em um determinado momento do passado e continua no presente (CUNHA; CINTRA, 2016), conforme o sentido da interpretação que havia sido sugerida pela autora do instrumento original.

5.7 PRÉ-TESTE

5.7.1 Perfil Sociodemográfico do Estudante

O pré-teste foi aplicado à 67 estudantes que aceitaram participar da pesquisa. Desses, 46 (68,7%) eram do sexo feminino e 21 (31,3%) do sexo masculino. A faixa etária prevaleceu entre 21 a 24 anos de idade representada por 29 (43,3%) estudantes.

Os estudantes eram dos estados brasileiros de São Paulo, Minas Gerais, Brasília, Goiás, Pernambuco, sendo em sua maioria, 61 (91,04%), naturais de São Paulo.

Os participantes estavam cursando do segundo ao décimo semestre do curso, sendo 19 (28,4%) do segundo e 18 (26,9%) do oitavo semestre e apenas três (4,5%) já possuem uma graduação concluída.

Dos sete cursos da área da saúde aos quais foi aplicado o instrumento, 13 (19,4%) são pertencentes ao curso de Enfermagem, 13 (19,4%) ao de Gerontologia, sete (10,4%) ao de Psicologia e sete (10,4%) ao de Medicina (Tabela 5).

Tabela 5- Perfil Sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa na etapa de pré-teste. São Carlos, 2018.

Perfil Sociodemográfico dos Estudantes da Pesquisa		
Variáveis	n	%
Idade (anos)		
17 a 20	26	38,8
21 a 24	29	43,3
25 a 28	10	14,9
29 a 32	1	1,5
33 a 34	1	1,5
Sexo		
Feminino	46	68,7
Masculino	21	31,3
Naturalidade		
São Paulo	61	91,04
Minas Gerais	1	1,5
Brasília	1	1,5
Goiás	2	3,0
Pernambuco	1	1,5
Semestre que cursa na graduação		
2	19	28,4
3	1	1,5
4	15	22,4
5	2	3,0
6	4	6,0
7	2	3,0
8	18	26,9
10	6	9,0
Curso de graduação em andamento		
Enfermagem	13	19,4
Fisioterapia	8	11,9
Terapia Ocupacional	10	14,9
Medicina	7	10,4
Gerontologia	13	19,4
Psicologia	7	10,4
Educação Física	9	13,4
Possui algum curso de graduação completo		
Sim	3	4,5
Não	64	95,5

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

5.7.2 Resultados do pré-teste

Nesta seção serão apresentados os resultados do pré-teste realizado pelos estudantes, referentes aos itens do instrumento por ponto da escala Likert e a média das respostas por curso para cada item do ISVS-21.

5.7.2.1 Instrumento preenchido pelos estudantes

Na análise geral do preenchimento do instrumento pelos estudantes, nota-se que para 19 itens, de acordo com a escala Likert, a resposta “concordo totalmente” (7) foi respondida por eles.

Destacam-se os itens com maior concordância pelos estudantes, sendo respondido “concordo totalmente” (7), para o item nove que se refere ao compartilhamento de evidências científicas por 53 (79,10%) e para o item 21 relacionado ao trabalho em equipe interprofissional por 44 (65,67%) dos participantes. Em seguida, o item 16 que também aborda o trabalho em equipe apresentou 42 (62,68%) dos estudantes e o item dois que se refere a adoção de uma linguagem comum na equipe com 42 (62,68%) de concordância (Tabela 6).

Os itens que apresentaram menor concordância entre os estudantes foram os itens seis relacionado à liderança no trabalho em equipe, no qual 17 (25,37%) responderam que “concordam” (5) e dez (14,92%) “discordam”, sendo o maior percentual para essa resposta na escala Likert frente aos demais itens. Destaca-se também o item sete que se refere aos interesses do usuário no qual apenas 19 (28,35%) “concordam totalmente”. Em seguida a esses, os itens 18 que aborda o compartilhamento de responsabilidades no cuidado e 15 sobre mal-entendidos com outros membros da equipe apresentaram 21 (31,34%) e 22 (32,83%) estudantes, respectivamente, que responderam “concordo totalmente” (Tabela 6).

Pode-se observar na mesma tabela, que os itens que não obtiveram concordância inferior a “não concordo nem discordo” (4), na escala Likert, foram o item dois, nove, 11 e 21.

Tabela 6- Percentual geral de resposta dos estudantes por ponto da Escala Likert. São Carlos, 2018.

Percentual geral de resposta dos estudantes por ponto da Escala Likert								
Item	7	6	5	4	3	2	1	0
1	32,83	20,89	31,34	8,95	4,47	-	-	1,49
2	62,68	20,89	13,43	2,98	-	-	-	-
3	34,32	22,38	29,85	10,44	1,49	-	-	1,49
4	43,28	19,40	26,86	7,46	1,49	-	-	1,49
5	37,31	31,34	19,40	2,98	4,47	-	-	4,47
6	19,40	19,40	25,37	16,41	14,92	1,49	-	2,98
7	28,35	26,86	17,91	7,46	8,95	1,49	4,47	4,47
8	38,80	20,89	19,40	13,43	5,97	-	-	1,49
9	79,10	13,43	4,47	2,98	-	-	-	-
10	35,82	26,86	26,86	5,97	1,49	1,49	-	1,49
11	46,26	29,85	16,41	8,95	-	-	-	-
12	43,28	29,85	16,41	4,47	1,49	-	-	4,47
13	41,79	20,89	28,35	5,97	-	-	-	2,98
14	55,22	25,37	11,94	5,97	-	-	-	1,49
15	32,83	34,32	20,89	5,97	2,98	-	-	2,98
16	62,68	22,38	10,44	2,98	-	1,49	-	-
17	46,26	25,37	20,89	1,49	4,47	-	-	1,49
18	31,34	25,37	28,35	4,47	4,47	2,98	-	2,98
19	40,29	29,85	19,40	4,47	2,98	-	1,49	1,49
20	35,82	34,32	20,89	7,46	1,49	-	-	-
21	65,67	20,89	11,94	1,49	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A Tabela 7 apresenta a média aproximada das respostas dadas pelos estudantes, da escala Likert, de acordo com o curso, para cada item do instrumento. A resposta “concordo em grande parte” (6) destaca-se nos cursos de educação física para 17 itens, enfermagem em 13 itens, fisioterapia em 12 itens, gerontologia em 15 itens, medicina em 11 itens e terapia ocupacional para 12 itens. No curso de Psicologia, a média da resposta em destaque foi “concordo” (5) para dez itens, sendo encontrada também a resposta “não concordo nem discordo” (4) para sete itens (Tabela 7).

Tabela 7- Média aproximada das respostas por curso, para cada item do instrumento, de acordo com a Escala Likert. São Carlos, 2018.

Média das respostas por curso para cada item do instrumento de acordo com a Escala Likert							
Item	Enf	Fisio	TO	Psico	Med	Ed Física	Geront
1	5	7	5	5	6	6	6
2	5	7	6	6	6	6	7
3	6	6	5	4	5	6	6
4	6	6	6	4	6	6	6
5	6	6	5	4	6	6	6
6	5	5	5	4	4	6	5
7	5	5	5	7	5	5	6
8	6	6	6	4	5	5	6
9	6	7	7	5	7	7	7
10	6	6	6	5	6	6	6
11	7	7	6	5	6	6	6
12	6	6	5	5	7	6	6
13	6	7	6	5	6	6	6
14	6	6	7	5	6	6	7
15	6	6	6	5	5	6	6
16	7	7	6	6	6	7	7
17	7	6	6	4	5	6	6
18	6	6	6	4	5	6	6
19	6	6	6	5	5	6	6
20	6	6	6	5	6	6	6
21	7	7	7	6	6	6	7

Nota: **Enf.:** Enfermagem; **Fisio.:** Fisioterapia; **TO.:** Terapia Ocupacional; **Psico.:** Psicologia; **Med.:** Medicina; **Ed. Física:** Educação Física; **Geronto.:** Gerontologia.

5.7.2.2 Avaliação geral do instrumento pelos estudantes

Após término do preenchimento do instrumento, foi entregue aos estudantes nove questões, para avaliação geral do ISVS-21, contendo em quatro delas um espaço adicional para justificativa das respostas.

Na avaliação pelos estudantes, 58 (86,6%) consideraram o instrumento bom, 52 (77,6%) consideraram fácil a compreensão dos itens, 46 (68,7%) não tiveram dificuldades em responder o instrumento, 65 (97,0%) consideraram os itens importantes para avaliar a socialização e valorização interprofissional e 65 (97,0%) concordam que os itens são importantes para o processo de formação (Quadro 1).

Quadro 1- Avaliação geral do instrumento pelos estudantes. São Carlos, 2018.

Avaliação do instrumento pelos estudantes			
De modo geral, como você avalia o instrumento?	Bom 58 (86,6%)	Regular 8 (11,9%)	Ruim 1 (1,5%)
Como você considera a compreensão dos itens do instrumento?	Fácil 52 (77,6%)	Regular 13 (19,4%)	Difícil 2 (3,0%)
Você teve dificuldade em responder o instrumento?	Não 46 (68,7%)	Às vezes 14 (20,9%)	Sim 7 (10,4%)
Você considera os itens importantes para avaliar a socialização e valorização interprofissional?	Sim 65 (97,0%)	Não 0 (0,0%)	Mais ou menos 2 (3,0%)
Os itens são importantes para o seu processo de formação?	Muito importante 65 (97,0%)	Pouco importante 1 (1,5%)	Sem importância 1 (1,5%)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na questão referente à mudança de algum item do instrumento, 60 (89,5%) dos estudantes responderam que “não” (Quadro 2).

Quadro 2- Questão para avaliação dos itens do instrumento pelos estudantes. São Carlos, 2018.

Você mudaria algum item?	
Sim	Não
10,4%	89,5%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Alguns dos estudantes que responderam que mudariam algum item do instrumento, forneceram as suas justificativas e observações (Quadro 3).

Quadro 3- Justificativa do estudante, de acordo com o curso. São Carlos, 2018.

Cursos	Se sim, qual a sua justificativa?
Educação Física	“de certo modo, existem algumas áreas da saúde que se sobrepõe a outras, então especificaria as áreas”
Medicina	“eu colocaria menos possibilidades de escolhas”; “o item 7 por uma pergunta mais clara”
Gerontologia	“Questão 7 muita confusa. Acredito que exista outra forma de perguntar o que se pretende”
Enfermagem	“Item 20: se torna um quesito muito pessoal refletido em experiências ruins ou conflitos”; “mudar não, mas talvez perguntar de uma forma mais compreensível visto que algumas questões podem confundir”

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

No espaço em branco para que o estudante pudesse justificar sua resposta ou fornecer sugestões, os que as fizeram foram alunos do segundo e quarto semestres dos cursos de graduação participantes. Quando perguntado se mudariam algum item do instrumento, houve destaque para o item sete que consideraram confuso, além da sugestão de ter menos possibilidades de escolhas na escala de concordância.

Quando perguntado se acrescentariam algum item, as sugestões dos estudantes basearam-se na percepção do estudante quanto a sua inserção e participação na equipe; investigar momentos em que os profissionais não possuam um interesse em comum, além da sugestão para que o participante descreva sua opinião sobre atividades de EIP. Em estudos realizados com a aplicação do instrumento ISVS em momentos anteriores e posteriores a uma atividade de EIP, questões abertas para que o participante descrevesse sua percepção sobre o conceito e perspectivas profissionais foram válidas e demonstraram resultados satisfatórios para melhoria das atividades interprofissionais (BROWN et al., 2018; CLARKE; DERRICK, 2018; STUBBS et al., 2017).

Na avaliação, 56 (83,6%) dos estudantes responderam que “não” (Quadro 4).

Quadro 4- Questão para avaliação dos itens do instrumento pelos estudantes. São Carlos, 2018.

Você acrescentaria algum item?	
Sim	Não
16,4%	83,6%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Alguns dos estudantes que responderam que acrescentariam algum item no instrumento, forneceram as suas justificativas e observações (Quadro 5).

Quadro 5- Justificativa pelos estudantes, de acordo com o curso. São Carlos, 2018.

Cursos	Se sim, qual a sua justificativa?
Medicina	“me sinto inserido e participante na equipe de saúde”; “momentos em que os profissionais não tem um interesse em comum”; “tenho dificuldade em aceitar práticas populares utilizadas por usuários”
Gerontologia	“um campo para que a pessoa que estiver a preencher possa opinar sobre atividades de educação interprofissional”
Enfermagem	“Se melhorei minha compreensão com o meu papel dentro da equipe”
Fisioterapia	“Em que ambiente houve relação interprofissional e com quais profissionais”
Terapia Ocupacional	“Como as experiências mudaram seu modo de pensar?”
Psicologia	“o papel da graduação no processo de valorização da interdisciplinaridade”

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na questão se houve algum item que não quis responder, 64 (95,5%) dos estudantes responderam que “não”. Os demais, não escreveram justificativas (Quadro 6).

Quadro 6- Questão para avaliação dos itens do instrumento pelos estudantes. São Carlos, 2018.

Houve algum item que você não quis responder?	
Sim	Não
4,5%	95,5%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Na questão quanto a dificuldade em responder algum item, 51 (76,1%) dos estudantes responderam que “não” houve (Quadro 7).

Quadro 7- Questão para avaliação dos itens do instrumento pelos estudantes. São Carlos, 2018.

Houve dificuldade em responder algum item?	
Sim	Não
23,9%	76,1%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os estudantes que sentiram dificuldades em responder algum item do instrumento, forneceram as suas justificativas e observações (Quadro 8).

Quadro 8- Justificativa pelos estudantes, de acordo com o curso. São Carlos, 2018.

Cursos	Se sim, qual a sua justificativa?
Educação Física	“tive poucas experiências clínicas ou interprofissionais”; “os itens que referiam diretamente ao "usuário" da equipe interprofissional, por não ter tido ainda contato muito direto com essa situação”; “não sou da área da saúde, não vivencio as situações de trabalho em equipe e diagnóstico mencionados”
Medicina	“em geral, acredito que fiquei em dúvida a respeito da escala de concordância, pois são muitas”; “não é uma dificuldade, mas pela inserção precoce na prática do curso”; ” item 7 por não estar clara a pergunta”; “algumas questões demoram para chegar a uma conclusão definitiva”
Gerontologia	“o item 7”
Enfermagem	“As perguntas são extensas”; “não houve dificuldade, apenas preferia ter entendido melhor algumas questões”
Fisioterapia	“dificuldade em interpretar”
Terapia Ocupacional	“Pouca experiência”; “Alguns itens parecem um pouco confusos”;

	“no primeiro ano ainda não temos tanto contato com os trabalhos interdisciplinares, apenas vemos a importância deles e possíveis atuações. Então fica difícil dizer sobre minha experiência com isso”
Psicologia	“eu nunca trabalhei em uma equipe de saúde, interprofissional ou não”; “falta de vivência interprofissional”; “além da falta de experiência profissional, temos pouco contato com estudantes/profissionais de outras áreas”

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quanto a dificuldade para responder algum item, os estudantes apontaram quanto a extensão dos itens que poderiam causar dúvidas e confusão durante a interpretação, e a dificuldade em responder por não terem tido experiência interprofissional e contato com usuários e estudantes de outras áreas.

Diante das análises da VPC2, da VIC das sugestões da autora do instrumento original para a alteração e da realização do pré-teste, as pesquisadoras chegaram a versão português final (VPF) para a escala.

6 DISCUSSÃO

A pesquisa realizada teve como foco o processo de adaptação transcultural do instrumento “*Interprofessional Socialization and Valung Scale (ISVS-21)*” no contexto do ensino da saúde no Brasil, a fim de adquirir uma versão em português mediante o consenso de *experts* com as equivalências semântica, operacional, conceitual e cultural. Possibilitou avaliar a clareza do instrumento ISVS-21 para ser aplicado à estudantes e profissionais da saúde, assim como a percepção desses referente a EIP, a socialização e a colaboração interprofissional.

A pesquisa fundamentou-se no processo metodológico sugerido por Borsa, Damásio e Bandeira (2012), que embasou as etapas desenvolvidas para o processo da adaptação transcultural, assim como em outras pesquisas que seguiram o desenvolvimento das etapas sugeridas incluindo a submissão e discussão com o autor do instrumento original para ajustes e modificações na nova versão, além da avaliação do instrumento pela população-alvo. Destaca-se que o processo proposto pelos autores permite mudanças nas etapas de acordo com a necessidade e variação da pesquisa que estiver sendo realizada (BORSA, 2014; CAUDURO; REPPOLD; PACHECO, 2017; GOMES et al., 2018), mas no presente estudo não foram necessárias.

O comitê de juízes que participou do estudo contribuiu significativamente com o desenvolvimento do processo de adaptação transcultural do ISVS-21. O olhar experiente e com expertise trouxe qualidade às análises. O comitê foi composto por representantes de quatro profissões diferentes da saúde (Enfermagem, Odontologia, Terapia Ocupacional e Farmácia) evidenciando a composição interprofissional com a riqueza da diversidade de conhecimentos para as atividades propostas que abrangeu a análise das traduções frente ao instrumento original, de acordo com as equivalências, e sugestão para uma nova redação, caso não as considerasse pertinentes.

No processo de adaptação os significados das palavras, expressões, cultura de origem e de destino do instrumento foram considerados, pois uma tradução literal, mesmo feita por um profissional, pode resultar em um instrumento ineficaz quando aplicado para diferentes populações (BECK; BERNAL; FROMAN, 2003).

A atuação de um comitê de especialistas com conhecimento acerca do construto avaliado pelo instrumento é primordial para análise da estrutura, instruções do instrumento, abrangência e adequação das expressões contidas nos itens. A quantidade de especialistas para o comitê é variável e a diversidade de localização e naturalidade também são sugeridas (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

A escala ISVS tem sido utilizada em estudos, tendo como público-alvo, sobretudo, estudantes e profissionais da área da saúde, em diferentes países. Essa ferramenta demonstra nível de confiabilidade e validade, atendendo integralmente aos padrões de desenvolvimento de instrumentos, com ampla aplicação em todas as profissões da saúde (COPENHAVER, 2018; OATES; DAVIDSON, 2015).

Em estudo realizado numa clínica universitária da Escola de Estudos Interprofissionais de Saúde, localizada em Auckland, com 100 alunos que completaram o estágio clínico no ano de 2012. Nos cursos de enfermagem, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e saúde bucal notou-se que os estudantes da área da saúde, em geral, possuem atitudes positivas sobre a EIP e que avaliações realizadas a longo prazo com profissional inserido nesse ambiente, podem contribuir para o desenvolvimento de habilidades interprofissionais. A maioria dos estudantes era do sexo feminino com idade média de 24 anos cursando pós-graduação. Para a pesquisa utilizou-se o instrumento ISVS de 24 itens, que foi aplicado aos participantes antes e após o programa ser realizado, avaliando o nível de concordância em uma escala Likert de sete pontos o qual obteve uma aceitação maior nas respostas relacionadas a capacidade e valor em trabalhar com outros e, menor para o conforto em trabalhar com os outros. Quanto mais cedo os alunos se envolverem com a prática colaborativa interprofissional, melhores resultados serão alcançados profissionalmente (O'BRIEN, D., MCCALLIN, A., BASSET, 2013).

No ano de 2017, na universidade de Michigan, em um estudo sobre EIP na simulação de transtorno alimentar pediátrico, com nove sessões de simulação que envolveu 24 estudantes da área da saúde em cada sessão, os estudantes trabalharam juntos em equipe para discutirem o plano de cuidados em estudos de caso propostos e também vivenciaram o processo de escolha de um líder de grupo para a discussão. Uma avaliação das atitudes em relação à EIP aplicadas antes e depois foi concluída usando a ISVS. Os estudantes relataram resultados positivos em relação à aprendizagem e comunicação interprofissional, apresentando

aceitação maior nos conceitos das respostas após atividade interprofissional, obtendo o conforto em trabalhar com demais membros (SCHOLTEN, 2018).

Na Austrália, o valor da aprendizagem baseada em casos de discussões durante o curso é fortemente enfatizado, permitindo que os estudantes colaborem com outras profissões em prática interprofissional, e gerenciem os cuidados com usuários antes de iniciar os estágios. Um estudo foi realizado com 125 estudantes da saúde, cursando o terceiro e último anos da graduação e primeiro ano da pós-graduação, da Curtin-University, para investigar se a participação em estudos de casos aumentaria o conforto, capacidade de auto-percepção e o valor do estudante em trabalhar em EIP para atender às necessidades de saúde. A participação resultaria em um aumento significativo nos scores da ISVS. Os valores, atitudes e resultados de aprendizagem antes e após um estudo de caso foram bem sucedidos no desenvolvimento da socialização interprofissional, porém itens relacionados ao conforto em trabalhar com demais membros de uma equipe, apresentaram médias menores com destaque dado ao item referente a “se sentir confortável em ser o líder em uma situação de equipe”. A aprendizagem colaborativa realizada permitiu que os alunos consolidassem a compreensão de seu próprio papel profissional e de outros (CARTWRIGHT et al., 2015).

Nos Estados Unidos em uma aplicação do ISVS realizada com profissionais terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, o instrumento foi considerado útil para avaliar crenças, comportamentos e atitudes em relação a colaboração interprofissional. Os autores ressaltaram que o instrumento pode apresentar resultados divergentes quando aplicado a estudantes e comparado com resultados aplicados a profissionais (DE VRIES et al., 2016).

Como apontado pelos autores, a variabilidade de resultados entre diferentes populações de estudantes e trabalhadores da saúde na aplicação do ISVS é um aspecto importante a ser explorado em novas investigações.

Em outra faculdade norte-americana foi realizado um programa que permitiu aos estudantes participar de atividades interprofissionais, expondo-os a determinantes sociais de saúde. Os resultados mostraram melhorias na compreensão dos estudantes sobre os determinantes, aumentando significativamente as pontuações nas categorias de conforto e valor, quando

comparados ao não envolvimento e aproximação com os conceitos, derrubando estereótipos e alinhando-se com as iniciativas da EIP (STUBBS et al., 2017).

No ano de 2018, nos Estados Unidos, um estudo foi realizado utilizando a ISVS com estudantes de 12 profissões diferentes da saúde, de três universidades, e constataram resultados positivos para cada uma das subescalas, medindo a capacidade de trabalhar em equipe, a valorização e o conforto. O instrumento foi aplicado duas vezes, antes e após atividade interprofissional e os estudantes puderam realizar sugestões e contribuições positivas para a EIP. Na análise dos conceitos da escala, a subescala conforto apresentou um aumento na média das respostas após realização da atividade, assim como as demais categorias, mas ainda foi representada como maior dificuldade pelas respostas dos estudantes (BROWN et al., 2018).

Um estudo-piloto foi desenvolvido para um novo programa de aprendizagem interprofissional de recém-formados, para abordar a falta de oportunidades de aprendizagem interprofissional pós-qualificação no Hospital e Serviço de Saúde Central de Queensland, Austrália, obtendo que a participação no programa teve um resultado positivo nas atitudes, crenças e comportamentos dos participantes à prática medida na ISVS, com uma melhor confiança na prática interprofissional, no seu papel profissional e nos de outras profissões (MARTIN et al., 2016).

No mesmo ano, uma pesquisa foi realizada com estudantes da Faculdade de Boston, Estados Unidos, obtendo resultados favoráveis na aplicação do ISVS, mostrando que o instrumento é válido para o que se propôs (CLARKE; DERRICK, 2018).

Assim como nos resultados encontrados nos estudos utilizando-se da escala ISVS, de 24 itens, na análise geral do preenchimento do instrumento, no presente estudo, nota-se que os itens com maior concordância na escala Likert, “concordo totalmente” (7), pelos estudantes, foram os que retratam a valorização, como os itens dois, nove, 16 e 21, que apontam mudanças incorporadas nos comportamentos e atitudes dos estudantes com relação à prática interprofissional em saúde, tanto pelos ingressantes quanto os concluintes de curso.

Os itens 6, 7, 15 e 18 apresentaram menor concordância entre os estudantes, estão relacionados ao quanto este sente-se confortável no envolvimento com outros membros profissionais e usuários, no trabalho em equipe, corroborando com os

estudos realizados em diferentes países. Os estudantes que apontaram essa dificuldade cursavam, em sua maioria, o segundo semestre da graduação, não tendo até o momento, a oportunidade de envolvimento em trabalhos com outros membros dos demais cursos, dificultando a compreensão da realidade interprofissional.

Os achados sugerem que desenvolver um senso de conforto ao trabalhar com os outros pode ser mais um desafio da educação e prática interprofissional. O ISVS é útil ajudando equipes que não tenham trabalhado junto e foram beneficiadas pela EIP, na avaliação da sua capacidade, conforto e valorização do trabalho em equipe (KING et al., 2010).

A literatura mostra que a compreensão de como as pessoas pensam, o que sabem e como agem é alcançada por meio da discussão aberta e troca de saberes no desenvolvimento de um objetivo em comum para guiar a ação, desenvolvendo novas habilidades, refletindo sobre a sua prática e dos demais profissionais (BARR, 1998; D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Um conjunto de competências que requerem o desenvolvimento e a integração de atitudes, comportamentos, valores e julgamentos necessários para a prática colaborativa, compreendem domínios relacionados ao esclarecimento de papéis, o funcionamento da equipe, a comunicação interprofissional, o cuidado centrado no usuário, resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa (CIHC, 2010).

Aprender sobre o trabalho em saúde se relaciona a fazer junto com outros profissionais, adotando uma postura colaborativa e não competitiva, numa relação de respeito mútuo na qual todos serão protagonistas no cotidiano do cuidado em saúde (MCNAIR, 2005).

Dessa forma, o instrumento ISVS-21 foi avaliado pelos estudantes e considerado bom, de fácil compreensão dos itens, não apresentando dificuldades para respondê-lo, sendo que 65 (97%) dos participantes responderam ser importante para avaliar a socialização e valorização interprofissional e também para o processo de formação. Assim como em estudos citados anteriormente, os participantes das atividades interprofissionais puderam responder a questionários de avaliação do instrumento, propondo contribuições positivas para a EIP. Dentre as sugestões da avaliação, os estudantes consideraram a importância de vivenciar

atividades interprofissionais para melhor percepção dos conceitos da colaboração interprofissional.

Nota-se nos estudos citados anteriormente, que a aplicação do instrumento quando realizada com estudantes da área da saúde, ocorreu com os mesmos em momentos diferentes, antes e após uma interação interprofissional, observando um aumento significativo e uma percepção melhorada quanto aos conceitos da socialização, em suas crenças, comportamentos e atitudes. Neste estudo, com estudantes do segundo ao décimo semestre de graduação, os participantes apontaram dificuldade de interpretação e reconhecimento de termos e expressões pelos iniciantes nos cursos, por não terem tido o contato com demais áreas e relações interprofissionais.

A literatura traz que a aprendizagem do papel profissional tem influência na valorização da profissão pela sociedade. A identidade profissional construída pelo estudante resulta na interação com outros membros durante o processo de formação profissional, ampliando normas, valores e comportamentos associados à prática profissional (HALL, 2005). Os profissionais possuem pouco conhecimento e compreensão dos papéis e valores dos demais profissionais. A mudança da concepção requer a mudança de um paradigma de educação uniprofissional para o interprofissional, no qual poderá o profissional desenvolver identidades, esclarecer e conhecer a equipe na qual está inserido (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; FRENK et al., 2010; ORCHARD; CURRAN; KABENE, 2005).

Para a formação em saúde com as competências que a EIP e prática colaborativa preconizam, há a necessidade de um currículo cuja proposta educacional seja superar as fragmentações entre teoria e prática, o compartilhamento de saberes, o raciocínio crítico e reflexivo. O estudante é construtor do conhecimento, a partir do momento que reproduz ao invés de transformar, com participação na sociedade, compreensão de contextos a partir do cotidiano da saúde e cenários reais da prática (DA COSTA et al., 2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adaptação transcultural da ISVS-21 para a realidade brasileira, foi conduzida com rigor metodológico que fortalece a confiabilidade dos resultados. O estudo realizado no contexto da formação em saúde no Brasil atingiu os resultados esperados e possibilitou a disponibilização de um instrumento traduzido para avaliar a visão dos estudantes em relação às crenças, valores e habilidades da socialização interprofissional necessários para o avanço e fortalecimento das iniciativas de EIP.

Esta pesquisa possibilitou a auto-avaliação dos estudantes, participantes da pesquisa, em relação às suas crenças, valores e atitudes, relacionados ao seu papel profissional e do outro, a importância da socialização, da colaboração profissional e do valor dado ao outro em busca de um objetivo comum no cuidado em saúde.

A análise do comitê de juízes e a realização do pré-teste demonstraram que os itens são pertinentes à cultura brasileira, e compreendem a dimensão proposta pelo instrumento original. Foram obtidas as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural entre a versão final português e a versão original.

Entre as limitações para o desenvolvimento da pesquisa destaca-se a dificuldade para as reuniões presenciais com os membros do comitê de juízes, prolongando, assim, algumas etapas do processo de adaptação. Ressalta-se ainda que a ausência da apresentação dos itens do instrumento em sua versão original em inglês e nas versões traduzidas e validadas pelo comitê de juízes prejudicaram a apresentação dos resultados. Contudo, o sigilo dos itens foi mantido devido solicitação dos autores do ISVS-21.

Como perspectivas futuras, tem-se a continuidade desse estudo com a validação da versão do *ISVS-21* na população estudantil e de profissionais de saúde no Brasil. Com a validação da *ISVS-21* haverá disponibilização do instrumento em cenário nacional, cuja aplicação contribuirá para o fortalecimento da socialização, EIP, trabalho em equipe e colaboração interprofissional na formação e nas práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. [Cultural adaptation of instruments utilized in occupational health]. **Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health**, v. 11, n. 2, p. 109–11, fev. 2002.
- BAKER, L. et al. Relationships of power: Implications for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 25, n. 2, p. 98–104, 16 mar. 2011.
- BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 12, n. 2, p. 181–187, 6 jan. 1998.
- BARR, H. Interprofessional education and training (Better partnership working series). **International Journal of Integrated Care (IJIC)**, v. 8, n. 3, p. 1, 20 ago. 2008.
- BARR, H. **Interprofessional Education: The Genesis of a Global Movement**. London: CAIPE, 2015.
- BARR, H.; LOW, H.; GRAY, R. **Introducing Interprofessional Education**. [s.l.] CAIPE, 2013.
- BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **FNEPAS**, v. 2, p. 4, jan. 2012.
- BATISTA, N. A. et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1705–1715, 2018.
- BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. DA S. **Educação interprofissional na formação em Saúde: Tecendo redes de práticas e saberes** **Interface: Communication, Health, Education** UNESP, , mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100202&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 6 jan. 2019
- BATISTA, S. H. S. DA S. et al. Formação em Saúde: Reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. suppl 1, p. 743–752, dez. 2015.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 15 dez. 2000.
- BECK, C. T.; BERNAL, H.; FROMAN, R. D. **Methods to document semantic equivalence of a translated scale** **Research in Nursing and Health** John Wiley & Sons, Ltd, , 1 fev. 2003. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/nur.10066>>. Acesso em: 22 jan. 2019
- BORSA, J. C. Adaptação transcultural do Questionário de Comportamentos Agressivos e Reativos entre Pares no Brasil Adaptación transcultural del Cuestionario de Comportamientos Agresivos y Reactivos entre Pares en Brasil. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 287–296, ago. 2014.
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 423–432, dez. 2012.

- BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 14 fev. 2019.
- BROWN, D. K. et al. Interprofessional education model for geriatric falls risk assessment and prevention. **BMJ Open Quality**, v. 7, n. 4, p. e000417, 10 nov. 2018.
- CAPOZZOLO, A. A. et al. Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1675–1684, 2018.
- CARPENTER, J.; DICKINSON, C. Understanding interprofessional education as an intergroup encounter: The use of contact theory in programme planning. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 1, p. 103–108, 2 jan. 2016.
- CARTWRIGHT, J. et al. Promoting collaborative dementia care via online interprofessional education. **Australasian Journal on Ageing**, v. 34, n. 2, p. 88–94, 1 jun. 2015.
- CAUDURO, G. N.; REPPOLD, C. T.; PACHECO, J. T. B. Adaptação transcultural do Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA) TT - Transcultural adaptation of the Caregiver's Feeding Styles Questionnaire (CFSQ) TT - Adaptación transcultural del Cuestionario de Estilos Parentales en Alimenta. **Aval. psicol**, v. 16, n. 3, p. 293–300, 2017.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400–1410, out. 2004.
- CIHC. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver: CIHC, 2010.
- CLARK, P. G. Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 23, n. 3, p. 213–223, 2009.
- CLARKE, C. L.; DERRICK, S. J. Evaluation of an Interprofessional Poverty Simulation Experience. 2018.
- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925–936, mar. 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Res 569/2017. **Conselho Nacional de Saúde**, n. 8, p. 1–29, 2017.
- COPENHAVER, M. **USING CLINICAL SUPERVISION TO IMPROVE INTERPROFESSIONAL COLLABORATION**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://commons.nmu.edu/dnp/3>>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1183–1195, 6 ago. 2018.
- CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 10, p. 950–957, 6 mar. 2014.

CUFF, P. A. et al. **Interprofessional education for collaboration : learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice.** [s.l.] National Academies Press, 2013.

CUNHA, C.; CINTRA, L. **Nova Gramática do Português Contemporâneo.** 7. ed. [s.l.] Lexicon, 2016.

CURRIE, G.; FINN, R.; MARTIN, G. Spanning boundaries in pursuit of effective knowledge sharing within networks in the NHS. **Journal of Health, Organisation and Management**, v. 21, n. 4–5, p. 406–417, 2007.

D'AMOUR, D. et al. **The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks** **Journal of Interprofessional Care**, 2005. Disponível em:

<<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=16096150&S=R&D=mdc&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7E4yNfsOLCmr1Gep7dSs6y4SK%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtlGuq7FJuePfgex44Dt6fIA>>. Acesso em: 13 jan. 2019

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. SUPPL. 1, p. 8–20, 2005.

DA COSTA, M. V. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. suppl 1, p. 709–720, dez. 2015.

DA COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Ed.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 14–27.

DA COSTA, M. V. et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1507–1510, 2018.

DE ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 64, p. 67–76, 19 out. 2018.

DE SWARDT, H. C. (RINA); VAN RENSBURG, G. H.; OOSTHUIZEN, M. J. Supporting students in professional socialisation: Guidelines for professional nurses and educators. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, v. 6, p. 1–7, 2017.

DE VRIES, D. R. et al. The validity and reliability of the Interprofessional Socialization and Valuing Scale for therapy professionals. **Work**, v. 53, n. 3, p. 621–630, 14 mar. 2016.

DEMARZO, M. M. P. **Transforming health professionals' education** **The Lancet** Elsevier, , 9 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21481697>>. Acesso em: 17 jan. 2019

ELY, L. I. et al. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1563–1575, 2018.

- FEUERWERKER, L. C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 3–4, abr. 2007.
- FILHO, C. C. DA S. et al. O PET-SAÚDE / GRADUA-SUS COMO CATALISADOR DE MUDANÇAS CURRICULARES. **Seminário de Políticas Públicas e Sociais**, v. 1, n. 1, p. 32–33, 13 jun. 2018.
- FILHO, J. R. F.; SILVA, C. B. G. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Ed.). **Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 28–39.
- FONTES XAVIER, N. et al. Pet-Saúde: O Impacto do Programa na Formação do Profissional Médico The Educational Program for Health Work: Impact on the Training of Medical Professionals. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 37–44, 6 mar. 2018.
- FRANÇA, T. et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 286–301, out. 2018.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, dez. 2010.
- FURTADO, J. P. Equipes de referência: Arranjo Institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e professores. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 11, n. 22, p. 239–255, ago. 2007.
- GILBERT, J. H. V. Interprofessional learning and higher education structural barriers. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. SUPPL. 1, p. 87–106, maio 2005.
- GOMES, L. B. et al. Pesquisas transculturais em psicologia do desenvolvimento: considerações teórico-metodológicas. **Arq. bras. psicol. (Rio J. 2003)**, v. 70, n. 1, p. 260–275, 2018.
- GRIGGIO, A. P. et al. Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1799–1809, 2018.
- GUDMUNDSSON, E. Guidelines for translating and adapting psychological instruments. **Nordic Psychology**, v. 61, n. 2, p. 29–45, 11 jan. 2009.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417–1432, dez. 1993.
- HALL, P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. SUPPL. 1, p. 188–196, 2005.
- HENZ, A. DE O.; CASETTO, S. J.; CAPOZZOLO, A. A. Discursos e Rupturas de Fronteiras na Clínica Comum em Saúde. **TrajEthos**, v. 3, n. 2, p. 37–49, 2014.
- HERSHEY, J. L. THE LIVED EXPERIENCE OF BECOMING A PROFESSIONAL NURSE FOR by. **ProQuest Dissertations and Theses**, p. 176, 2007.
- KHALILI, H. et al. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. **Journal of**

Interprofessional Care, v. 27, n. 6, p. 448–453, 18 nov. 2013.

KHALILI, H.; HALL, J.; DELUCA, S. **Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice** *Journal of Interprofessional Care*, 2 mar. 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2013.869197>>. Acesso em: 15 jan. 2019

KING, G. et al. The Interprofessional Socialization and Valuing Scale: A tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. **Work**, v. 35, n. 1, p. 77–85, 2010.

KING, G. et al. Refinement of the Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21) and Development of 9-Item Equivalent Versions. **The Journal of continuing education in the health professions**, v. 36, n. 3, p. 171–177, 2016.

MACIEL, J. et al. PERSPECTIVAS PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EDUCAÇÃO. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 2, n. 2, 2018.

MARTIN, P. et al. Interprofessional Scenario-Based Learning for New Graduates in a Regional Setting: A Pilot Study. **INTERNET JOURNAL OF ALLIED HEALTH SCIENCES AND PRACTICE**, v. 14, n. 3, 3 jul. 2016.

MCNAIR, R. P. The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. **Medical Education**, v. 39, n. 5, p. 456–464, 1 maio 2005.

MICKAN, S. M.; RODGER, S. A. Effective health care teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. 4, p. 358–370, 2005.

MIGUEL, E. A. et al. Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1763–1776, 2018.

MIRA, Q. L. M.; BARRETO, R. M. A.; VASCONCELOS, M. I. O. IMPACTO DO PET-SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, 17 set. 2017.

MUÑIZ, J.; ELOSUA, P.; HAMBLETON, R. K. **Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición** *Psicothema*, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23628527>>. Acesso em: 24 set. 2018

O'BRIEN, D., MCCALLIN, A., BASSET, S. Student perceptions of an interprofessional clinical experience at a university clinic. **New Zealand Journal of Physiotherapy**, v. 41, n. 3, p. 81–7, 1 nov. 2013.

OATES, M.; DAVIDSON, M. A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. **Medical Education**, v. 49, n. 4, p. 386–398, 1 abr. 2015.

OLIVEIRA, A. F. DE; LUCENA, R. D. S. Adaptação transcultural de instrumentos de medida e avaliação em saúde : estudo de metodologias. **Revista Acreditação**, v. 10, n. 10, p. 13–33, 2015.

OMS. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. **OMS**, 2010.

ORCHARD, C. A.; CURRAN, V.; KABENE, S. Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. **Medical Education Online**, v. 10, n. 1, p. 4387, 13 dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal**. Colômbia: [s.n.]. Disponível em: <www.paho.org>. Acesso em: 20 jan. 2019.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977–983, ago. 2013.

PEDUZZI, M. et al. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 7–15, dez. 2015.

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Ed.). **Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. v. 6p. 40–48.

PEREIRA, K. R.; 03563895619; [HTTP://LATTES.CNPQ.BR/7988398622151643](http://LATTES.CNPQ.BR/7988398622151643). Adaptação transcultural e validação da Escala de Depressão Geriátrica GDS-15. 25 jul. 2017.

PETTIGREW, T. F. INTERGROUP CONTACT THEORY. **Annual Review of Psychology**, v. 49, n. 1, p. 65–85, 1998.

REEVES, S. et al. **Interprofessional Teamwork in Health and Social Care**. Chichester, U.K: Wiley-Blackwel, 2010.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 185–197, mar. 2016.

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical teacher**, v. 38, n. 7, p. 656–68, jul. 2016.

REEVES, S. et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, p. CD000072, 22 jun. 2017.

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, 2 jan. 2018.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. **Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia** *Revista de Saude Publica*, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17589768>>. Acesso em: 19 out. 2018

REID, R. et al. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: Are health care professionals ready for IPL? **Medical Education**, v. 40, n. 5, p. 415–422, 1 maio 2006.

ROSSIT, R. A. S. et al. Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre

educação interprofissional (EIP): narrativas em foco. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1511–1523, 10 jul. 2018.

ROSSIT, R. A. S.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. A. Formação interprofissional em saúde: percepção de egressos de cursos de graduação da UNIFESP- Baixada Santista. **ENPEC - Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**, 9, p. 1–7, 2013.

ROSSIT, R.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. A. Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 3, n. 1, 5 mar. 2016.

SCHOLTEN, K. **Inter-professional Education: A Literature Analysis and Description of PACER Study at Western Michigan University**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://scholarworks.wmich.edu/honors_theses/2975>. Acesso em: 8 fev. 2019.

SILVA, J. A. M. DA et al. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 49 Spec No, n. spe2, p. 16–24, dez. 2015.

SOUZA, A. C. DE et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 2017.

STUBBS, C. et al. Implementing and evaluating a community-based, inter-institutional, interprofessional education pilot programme. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 5, p. 652–655, 2017.

WELLER, J. **Shedding new light on tribalism in health care** *Medical Education* John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), , 1 fev. 2012. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2923.2011.04178.x>>. Acesso em: 19 jan. 2019

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Resolução 466/2012 do CNS)

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA *INTERPROFESSIONAL SOCIALIZATION VALUING SCALE (ISVS)* NO BRASIL

Prezado(a) Juíz(a),

Gostaríamos de convidar o(a) senhor(a) a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada “**Adaptação Transcultural e Evidências de Validade da *Interprofessional Socialization Valuing Scale (ISVS)* no Brasil**” vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem –PPG-ENF da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sendo as pesquisadoras responsáveis a mestrande Regiane Aparecida Jacomini e a Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/SP.

O estudo tem como objetivo realizar adaptação transcultural e validação do instrumento canadense ISVS para o contexto da educação no campo da saúde no Brasil e os objetivos específicos são: realizar adaptação transcultural do instrumento *ISVS* para a língua portuguesa falada no Brasil; avaliar as evidências de validade baseadas na estrutura interna para a *ISVS* junto a amostras de estudantes de cursos de graduação em saúde; aferir a consistência interna das dimensões avaliadas pela *ISVS*; investigar evidências de validade para a *ISVS* baseadas na relação com variáveis externas: (1) em relação a outro instrumento medindo construto relacionado – a *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)*; (2) em relação a grupos-critério compostos por diferentes estudantes de cursos de graduação distintos, com diferentes experiências de formação; analisar a percepção dos estudantes da saúde com relação ao seu comportamento, comunicação, atitudes, valores, crenças e experiências relacionadas à prática colaborativa interprofissional. Sua participação é voluntária e consiste em responder, num único encontro, ao formulário (anexo) após análise do instrumento (anexo), cujo objetivo é analisar

a facilidade de leitura, semântica, clareza e apresentação do mesmo (itens: aparência, pertinência e compreensão). O(a) senhor(a) não gastará mais que 30 minutos.

O(a) senhor(a) não terá qualquer prejuízo em seu ambiente de trabalho por participar na pesquisa ou se recusar a participar. Informamos que quando o(a) senhor(a) estiver preenchendo o instrumento da pesquisa, algumas questões podem te levar à reflexão sobre o seu ambiente de trabalho e as relações com a equipe de saúde e esse pode ser um possível risco por estar participando da pesquisa. Se isso acontecer, o(a) senhor(a) poderá interromper sua participação imediatamente e retomá-la, caso seja de seu desejo. O(a) senhor(a) não receberá benefícios financeiros e não terá gastos advindos da participação. Sua participação não trará benefícios diretos para o(a) senhor(a) nesse momento, mas no futuro, os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para que nós possamos entender melhor sobre os valores e práticas que interferem no seu trabalho, possibilitando a construção de estratégias para implementar ações de melhoria da qualidade da assistência em saúde e de promoção da saúde no trabalho.

Caso concorde em participar, é preciso assinar este termo, que está em duas vias, ambas assinadas pelo(a) senhor(a), pela pesquisadora principal e pela orientadora do estudo. Uma dessas vias será sua e o(a) senhor (a) poderá utilizá-la, caso queira fazer contato conosco, por exemplo, para interromper a sua participação na pesquisa ou esclarecer alguma dúvida. A outra via, será arquivada pelo pesquisador responsável.

Desde já, agradecemos sua participação nessa pesquisa que auxiliará na adaptação transcultural do instrumento ISVS, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área do Ensino Superior em Saúde mediante sua aplicação, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para a formação interprofissional em saúde. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo, seja em sua relação com a pesquisadora, a Instituição em que estuda, trabalha ou a Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Você receberá uma via deste termo assinada, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento ligando diretamente para a pesquisadora de Mestrado responsável Regiane Aparecida Jacomini ou para a orientadora Prof^a Dr^a Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, email: regi_jacomini@yahoo.com.br / jaqueline.alc@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br Por gentileza solicitamos que envie o termo assinado para o email da pesquisadora.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Regiane: E-mail: regi_jacomini@yahoo.com.br

Jaqueline: E-mail: jaqueline.alc@gmail.com

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil

Regiane Aparecida Jacomini

Pesquisadora

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Profa. Dra. Orientadora da Pesquisa

Assinatura do Participante

APÊNDICE B- CARTA CONVITE AO COMITE DE JUÍZES



Universidade Federal de São Carlos
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

CARTA CONVITE

Prezada Profa.
Dra.

APRESENTAÇÃO

Apresento-me neste ato, como Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem –PPG-ENF da Universidade Federal de São Carlos sob orientação da Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/SP. Atualmente estou desenvolvendo a pesquisa **“ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA INTERPROFESSIONAL SOCIALIZATION VALUING SCALE (ISVS) NO BRASIL”**.

Neste momento, gostaria de **CONVIDÁ-LA(O)** a compor o Comitê de Especialistas / Juízes para avaliação e validação dos conteúdos do *Interprofessional Socialization and Valuing Scale—21 (ISVS-21)* (KING, ORCHARD, & KHALILI, 2016), instrumento canadense busca avaliar a socialização interprofissional para investigar o papel da educação interprofissional em saúde no preparo para o trabalho em equipe. A pesquisa possui autorização formal para tradução, validação e adaptação transcultural por **GILLIAN KING, CAROLE ORCHARD e HOSSEIN KHALILI**, autores do instrumento mencionado e também encontra-se autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos CAAEE 71488217.2.1001.5504.

Para validação do ISVS-21 serão seguidas as etapas propostas pelos pesquisadores **(BORSA, DAMASIO e BANDEIRA, 2012; BEATON et al, 2007; FERRER et al, 1996;**

WHO, 2017), os quais propõem quatro fases para este procedimento: Fase 1 – Tradução Inicial; Fase 2 – Comitê de especialistas; Fase 3 - Retrotradução; Fase 4 – Pré-teste com avaliação semântica da população-alvo.

O grupo de juízes ao qual se refere o convite, deve ser formado por especialistas na área de conhecimento sobre a temática que contribuem na **revisão das traduções e discutem sugestões de possíveis modificações** para a melhor composição da versão em adaptação.

Para esclarecimentos adicionais, segue em anexo o instrumento original e as traduções, as quais solicito a colaboração de V.Sa. como juiz(a) para avaliar os itens 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). **Mediante o aceite para contribuição nessa pesquisa, será realizada a consolidação de todas as versões produzidas, com os respectivos pareceres, em uma única versão em português.** Solicitamos gentilmente o retorno da análise proposta até o dia **15/03/2018** por meio de parecer escrito para possibilitar a continuidade das etapas de validação e adaptação Transcultural do *Interprofessional Socialization and Valuing Scale—21 (ISVS-21)*. Será uma honra poder contar com a valiosa contribuição do (a) professor (a) nesta etapa da pesquisa. Aguardamos sua confirmação do convite proposto e agradecemos antecipadamente sua colaboração,

Cordialmente,

Regiane Aparecida Jacomini
Mestranda – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- PPG- ENF
Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva
Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSCar
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- PPG- ENF
Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

APÊNDICE C - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE EQUIVALÊNCIAS DO COMITÊ DE JUÍZES (FORMULÁRIO GOOGLE)

PERGUNTAS
RESPOSTAS 8

Seção 1 de 30
✕ ⋮

Relatório de avaliação do Comitê de Juízes da pesquisa “Adaptação Transcultural e Evidências de Validade da Interprofessional Socialization Valuing Scale (ISVS) no Brasil”

Prezado Juiz,

O Relatório de Avaliação elaborado contém os itens a serem avaliados segundo os aspectos de equivalência, que estão listados a seguir.
Cada item está apresentado sequencialmente com a versão original em inglês, seguido pelas versões 1 e 2 traduzidas.

- Equivalência Semântica: se o item traduzido para a língua portuguesa preserva o sentido da expressão na versão original em inglês (significado da palavra);
- Equivalência Idiomática: se o item traduzido considera expressões idiomáticas e coloquiais;
- Equivalência Cultural: se as situações evocadas ou retratadas nos itens correspondem às situações vivenciadas em nosso contexto cultural, e
- Equivalência Conceitual: palavras que possuem significados culturais diferentes.

Para cada item, serão avaliadas as quatro equivalências e deverá ser assinalada uma única alternativa, respectiva para cada uma delas, utilizando o escore “sim” e “não”.

Após isso, segue um campo de preenchimento para que escreva a sugestão para a versão final do mesmo.

As questões que possuem asterisco (*) são de resposta obrigatória.

Desde já agradecemos a sua colaboração!

Endereço de e-mail *

Endereço de e-mail válido

Quanto a equivalência operacional do Instrumento:

Descrição (opcional)

Qual sua opinião sobre a equivalência operacional do instrumento, em relação a sua adequação e pertinência da aplicabilidade aos estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde? *

Texto de resposta longa

Como você acredita que deveria ser aplicado o instrumento?

Descrição (opcional)

Pergunta *

	IMPRESSO	ON-LINE
TIPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pergunta *

	AUTO-PREENCHIMENTO	ENTREVISTA PRESENCIAL
FORMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pergunta *

	SERVIÇO DE SAÚDE	SALA DE AULA	OUTRO
LOCAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu outro, especifique:

Texto de resposta longa

Opiniões, comentários e sugestões:

Descrição (opcional)

Comentários e sugestões:

Texto de resposta longa

Após a seção 29 [Continuar para a próxima seção](#)

Seção 30 de 30

Seção sem título

Descrição (opcional)

Nome do especialista: *

Texto de resposta curta

Data *

APÊNDICE D- PERCENTUAL DAS ANÁLISES REFERENTES AS AVALIAÇÕES DO CJ PARA A VPC1

<i>Itens para análise</i>	<i>Tradução 1</i>	<i>Tradução 2</i>	<i>Sem Sugestão</i>	<i>Sugestão para nova versão</i>
Título	50%	12,5%	0	37,5%
Introdução	12,5%	12,5%	0	75%
Instruções	0	12,5%	0	75%
Instrução para responder aos itens	62,5%	0	12,5%	25%
Escala Likert	75%	0	0	25%
Item 1	12,5%	62,5%	0	25%
Item 2	0	50%	0	50%
Item 3	0	50%	12,5%	37,5%
Item 4	0	62,5%	12,5%	25%
Item 5	0	12,5%	0	87,5%
Item 6	0	37,5%	0	62,5%
Item 7	0	0	0	100%
Item 8	12,5%	25%	0	62,5%
Item 9	0	25%	0	75%
Item 10	0	75%	12,5%	12,5%
Item 11	0	25%	0	75%
Item 12	12,5%	25%	0	62,5%
Item 13	0	75%	0	25%
Item 14	12,5%	25%	0	62,5%
Item 15	0	62,5%	0	37,5%
Item 16	0	12,5%	0	87,5%
Item 17	0	50%	0	50%
Item 18	37,5%	25%	0	37,5%
Item 19	0	62,5%	12,5%	25%
Item 20	0	37,5%	0	62,5%
Item 21	0	0	0	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

APÊNDICE E- QUESTÕES PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO PELO ESTUDANTE

Por favor, responda as questões abaixo referentes a Escala de Socialização e Valorização Interprofissional -21 (ISVS -21), que você preencheu.

QUESTÕES PARA AVALIAÇÃO	CATEGORIAS DE AVALIAÇÃO
1- De modo geral, como você avalia o instrumento?	<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM
2- Como você considera a compreensão dos itens do instrumento?	<input type="checkbox"/> FÁCIL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> DIFÍCIL
3- Você teve dificuldade em responder o instrumento?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ÀS VEZES <input type="checkbox"/> NÃO Caso tenha respondido “sim” ou “às vezes”, explique o motivo. <hr/> <hr/>
4- Você considera os itens importantes para avaliar a socialização e valorização interprofissional?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MAIS OU MENOS <input type="checkbox"/> NÃO Caso tenha respondido “mais ou menos” ou “não”, explique o motivo. <hr/> <hr/>
5- Você mudaria algum item?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, qual seria? <hr/> <hr/>

6- Você acrescentaria algum item?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, qual seria? <hr/> <hr/>
7- Houve algum item que você não quis responder?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, qual o motivo? <hr/> <hr/>
8- Se houve dificuldade em responder algum item, qual foi? Qual o motivo?	<hr/> <hr/>
9- Os itens são importantes para o seu processo de formação?	<input type="checkbox"/> MUITO IMPORTANTE <input type="checkbox"/> POUCO IMPORTANTE <input type="checkbox"/> SEM IMPORTÂNCIA Se respondeu “pouco importante” ou “sem importância”, explique o motivo. <hr/> <hr/>

APÊNDICE F- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO ESTUDANTE

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ESTUDANTES

Sexo

Masculino

Feminino

Data de nascimento

-----/-----/-----

Idade

Naturalidade

Curso de Graduação

Enfermagem

Fisioterapia

Terapia Ocupacional

Medicina

Gerontologia

Psicologia

Educação Física

Já possui algum curso de graduação além do que está cursando?

Semestre que cursa na Graduação

APÊNDICE G- SUGESTÕES DO CJ REFERENTE À EQUIVALÊNCIA OPERACIONAL DO INSTRUMENTO

Avaliador 1: Acredito que o instrumento é pertinente e pode ser utilizado em vários contextos e com vários sujeitos. Entretanto, algumas questões podem não ser as mais importantes para a realidade brasileira. Por outro lado, abordar esses temas (que talvez não sejam os mais importantes) chama atenção para essas questões.

Avaliador 2: Entendo que as instruções estão claras, que o instrumento é adequado e muito pertinente. Todavia, recomendo fortemente que as traduções sejam criteriosamente reanalisadas, pois estão muito "ao pé da letra", comprometendo o sentido da afirmação - fiz várias sugestões neste sentido. Bom trabalho!

Avaliador 3: Acho possível. Achei estranha a tradução de clientes e trocaria a palavra de "grupo" na tradução 1 por "equipe". Em alguns momentos eu faria uma mistura entre as traduções 1 e 2. De todo modo, acho possível a aplicação em serviços e com estudantes de cursos da saúde.

Avaliador 4: Os itens do instrumento por vezes não me parecem fáceis de serem compreendidos, por isso considero este um instrumento que deve ser cuidadosamente repensado e reavaliado em relação a sua tradução. Incluir psicometristas nesse julgamento poderia ser considerado pelas pesquisadoras. Gostaria de poder visualizar a versão final traduzida. Parece-me que o processo de equivalência está sendo realizado de uma forma muito séria e adequada. É muito importante que novos instrumentos avaliando a interprofissionalidade possam ser validados no Brasil.

Avaliador 5: Penso que a equivalência operacional está adequada e pertinente para serem aplicadas aos estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde. Contém todas as informações descritas, de forma clara e direta para compreensão e entendimento do instrumento. Penso que seria importante frisar em escolher APENAS uma das respostas, pois não identifiquei isso na versão traduzida.

Avaliador 6: Na minha opinião a equivalência operacional do instrumento ISVS está em vias de adequação, sendo necessário realizar ajustes de ordem semântica, e sobretudo cultural e conceitual das questões, para que possa ser aplicado de modo mais fidedigno aos estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde.

Avaliador 7: Considero que há uma equivalência operacional para os trabalhadores dos serviços de saúde, em relação a pertinência e aplicabilidade. Entretanto, para os estudantes, considero que seria importante rever os itens, em especial, porque os estudantes podem se inserir em grupos interprofissionais ou em equipes interprofissionais. Confesso que no preenchimento fiz a defesa do termo equipe. Entretanto, pensando no preenchimento pelos estudantes talvez seja melhor colocar grupo/equipe.

Avaliador 8: Considero que o instrumento está adequado e seu conteúdo é pertinente para ser aplicado com estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde. A partir do instrumento finalizado com as contribuições dos juízes será preciso um olhar minucioso sobre os termos utilizados e os sentidos atribuídos com a tradução e adaptação transcultural, especialmente em relação à compreensão e clareza das assertivas.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

APÊNDICE H- SUGESTÕES DO CJ PARA FORMAS, TIPO E LOCAL DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Avaliador 1: Acho que pode ser aplicado tanto em serviços de saúde durante a prática cotidiana de profissionais ou durante/após qualquer atividade formativa sobre o tema.

Avaliador 2: outro = online

Avaliador 3: Local onde o respondente achar mais adequado.

Avaliador 4: Em relação ao tipo, dependerá muito do grupo a ser aplicado, aos estudantes poderá ser on-line, aos profissionais dependerá do acesso facilitado ao computador. Neste caso, se for online, não importará muito o local que ele irá responder, pois poderá ser aquele de sua preferência.

Avaliador 5: As indicações se baseiam em minha experiência que mostra que o preenchimento on-line tem taxa de retorno muito reduzida. No autopreenchimento o participante pode, eventualmente, não conseguir tirar dúvidas ou preencher automaticamente. Sobre o local de aplicação, é importante avaliar cada contexto institucional. Muitos deles não permitem a aplicação em sala, por exemplo. Desta forma, se a aplicação for realizada em diferentes instituições de ensino, por exemplo, sugiro deixar várias possibilidades, pois dependerá da recomendação institucional.

Avaliador 6: Sem sugestão

Avaliador 7: Sem sugestão

Avaliador 8: A versão online é interessante, mas o retorno tem sido baixo, o que nos mobiliza para fazer a coleta em papel em espaços de trabalho e ensino, e também, por meio eletrônico.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

APÊNDICE I- COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DO CJ QUANTO A PARTICIPAÇÃO NA PRIMEIRA ETAPA PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO

Avaliador 1: Não sei se já está previsto, mas sugiro fazer uma nova rodada com as/os juízes após escolha da tradução de cada item. Parabéns pelo trabalho. Tenho certeza que o resultado final será excelente.

Avaliador 2: Bom trabalho!

Avaliador 3: Parabéns! E boa sorte!

Avaliador 4: Após o processo de adaptação transcultural estar concluído, um grupo focal com pesquisadores da Universidade e profissionais dos serviços de saúde, para discutir os itens do instrumento poderia ser considerado pelas pesquisadoras.

Avaliador 5: Sei que o mestrado é um tempo muito limitado para seguir todas as etapas necessárias até identificar as evidências de validade do instrumento. Mas isso poderá ser sua tese de doutorado. Siga melhorando e aprofundando o conhecimento nesta área, pois é importante que percorra todas as etapas. Discuta com sua orientadora a padronização do termo “grupo” ou “equipe” no instrumento, você pode até recorrer ao referencial teórico para decidir sobre isso, mas padronizar o termo no instrumento todo penso ser importante.

Avaliador 6: O estudo é de grande relevância para a produção de evidências acerca do tema da Educação Interprofissional no país.

Avaliador 7: Senti falta no início do *Google Form* o quadro geral com todos os itens. Facilita o preenchimento. Não sei se é possível colocar uma janela ao lado com essa informação, mas ajuda. Parabéns pelo trabalho

Avaliador 8: Atentar para a tradução "Valuing" pois não se trata de valorização e sim de 'emitir juízo de valor sobre a interprofissionalidade', de analisar a 'relevância' ou 'importância' da interprofissionalidade. Sugiro conversar com a autora para entender qual o sentido atribuído na língua original da Escala, mas entendo que não se trata de 'valorização'. Padronizar o termo 'paciente', 'cliente' ou 'pessoa sob cuidado'. Adotar o que for de uso mais frequente na população alvo (estudantes e profissionais da saúde).

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PELOS AUTORES DO INSTRUMENTO PARA A UTILIZAÇÃO DESTE PELAS PESQUISADORAS NO BRASIL

COPYRIGHT LICENSE

This License Agreement (the "License") is effective June 5, 2017, between Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital, with an address at 150 Kilgour Road, Toronto, Ontario M4G 1R8 ("Holland Bloorview") and the Universidade Federal de São Carlos, with an address at Rodovia Washington Luis Km 235, São Carlos- SP= Brasil CEP: 13.565-905 ("Recipient").

WHEREAS the Licensed Work (as defined below) is protected by copyright law and any use of the Licensed Work other than as authorized under this License is strictly prohibited;

WHEREAS by exercising any rights to the Licensed Work, Recipient accepts and agrees to be bound by the terms of this License;

AND WHEREAS Holland Bloorview grants to Recipient the rights contained herein in consideration of Recipient's acceptance of these terms and conditions.

1. Definitions

- a. "Licensed Work" means the literary work described in Schedule A to this Agreement, which is owned by Holland Bloorview as well as all accompanying user documentation, Translations, if applicable thereto, and any related trade-marks.
- b. "Original Authors" means the author(s) of the Licensed Work, described in Schedule A to this Agreement.
- c. "Commercial Purposes" means the sale, lease, license or use of the Licensed Work for any commercial purpose or for the commercial benefit of any for-profit entity, including the use of the Licensed Work to perform research for the benefit of a for-profit entity.
- d. "Distribute" means to make available to the public the original and copies of the Licensed Work.
- e. "Reproduce" means to make copies of the Licensed Work by any means.
- f. "Translation" means a translation of the Licensed Work derived from the Licensed Work in a manner described in Schedule B to this Agreement.

2. License Grant. Subject to the terms and conditions of this License, Holland Bloorview hereby grants Recipient a worldwide, royalty-free, non-exclusive, license to exercise the rights in the Licensed Work only as stated below:

- a. to use and Reproduce the Licensed Work;
- b. to create Translations provided that any such Translations meet the requirements of a Translation as described in Schedule B to this agreement and that any such Translation in any medium takes reasonable steps to clearly label, demarcate or otherwise identify that changes were made to the Licensed Work.

3. Restrictions. The license granted in Section 2 above is expressly made subject to and limited by the following restrictions:

- a. Recipient may not exercise any rights to the Licensed Work or Translations granted hereunder for Commercial Purposes.
- b. Recipient may not modify, adapt or create any other derivative work of the Licensed Work except as permitted in Section 2 (Translations).
- c. Recipient shall not distribute the Licensed Work or Translations to any third party without the express written permission of Holland Bloorview.
- d. Recipient may Reproduce the Licensed Work only under the terms of this License and shall not publicly display the Licensed Work, Translations or any part of the Licensed Work or Translations.
- e. Recipient may not remove or obscure any copyright, trademark or other proprietary notices contained in or associated with the Licensed Work.
- f. Recipient must keep intact all copyright notices for the Licensed Work and provide, reasonable to the medium or means Recipient is utilizing: (i) the name of the Original Authors and (ii) the title of the Licensed Work.

4. Publications. Subject to publication restrictions listed in Schedule A to this Agreement ("Publication Restrictions") Recipient may publish research and other articles based on data obtained using the Licensed Work provided that Recipient does not publish any part of the Licensed Work and that all research publications include (i) the name of the Original Authors (ii) the title of the Licensed Work and (iii) and the statement "used under license from Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital, Toronto".

5. Representations, Warranties and Disclaimer

UNLESS OTHERWISE MUTUALLY AGREED TO BY THE PARTIES IN WRITING, HOLLAND BLOORVIEW OFFERS THE WORK AS-IS AND MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES OF ANY KIND CONCERNING THE LICENSED WORK, EXPRESS, IMPLIED, STATUTORY OR OTHERWISE, INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, WARRANTIES OF TITLE, MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, NONINFRINGEMENT, OR THE ABSENCE OF LATENT OR OTHER DEFECTS, ACCURACY, OR THE PRESENCE OF ABSENCE OF ERRORS, WHETHER OR NOT DISCOVERABLE.

RECIPIENT ACKNOWLEDGES THAT RECIPIENT HAS HAD THE OPPORTUNITY TO REVIEW THE LICENSED WORK AND HAS DETERMINED THAT ITS FORM IS ACCEPTABLE FOR RECIPIENT'S USE.

6. Limitation on Liability.

RECIPIENT ASSUME ALL LIABILITY FOR DAMAGES, WHICH MAY ARISE FROM RECIPIENTS USE OF THE LICENSED WORK. HOLLAND BLOORVIEW WILL NOT BE LIABLE TO RECIPIENT OR ANY OTHER PARTY FOR ANY LOSS, CLAIM OR DEMAND MADE BY RECIPIENT, OR MADE AGAINST RECIPIENT BY ANY OTHER PARTY, DUE TO OR ARISING FROM RECIPIENT'S USE OF THE LICENSED WORK, EXCEPT TO THE EXTENT

PERMITTED BY LAW WHEN CAUSED BY THE NEGLIGENCE OR WILFUL MISCONDUCT OF HOLLAND BLOORVIEW.

7. Termination

- a. This License and the rights granted hereunder will terminate automatically upon any breach by Recipient of the terms of this License. Sections 1 and 4 through 8 will survive any termination of this License.
- b. Notwithstanding the above, Holland Bloorview reserves the right to release the Licensed Work under different license terms or to stop distributing the Licensed Work at any time; provided, however that any such election will not serve to withdraw this License and this License will continue in full force and effect unless terminated as stated above.

8. Miscellaneous

- a. This License constitutes the entire agreement between Recipient and Holland Bloorview with respect to the Licensed Work licensed here. There are no understandings, agreements or representations with respect to the Licensed Work not specified here. Holland Bloorview shall not be bound by any additional provisions that may appear in any communication from Recipient. This License may not be modified without the written agreement of Holland Bloorview.
- b. Recipient acknowledges that the terms of this Agreement are relevant to this Agreement only and will not be considered as a template or precedent for any future agreements. Recipient will not use the name of Holland Bloorview in any publicity, advertising or announcement without the prior written approval of Holland Bloorview. For clarity, Recipient has no right to use the following names: "Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital"; "Bloorview"; "Holland Bloorview"; "Bloorview Research Institute"; or the title of the Licensed Work, except as is incidental to the purposes of this Agreement.

In witness whereof the parties agree to be bound by the terms and conditions of this Agreement

HOLLAND BLOORVIEW KIDS REHABILITATION
HOSPITAL

RECIPIENT

SCHEDULE A – LICENSED WORK

Licensed Work: Interprofessional Socialization and Valuing Scale - 21 (ISVS-21)

Original Authors: Gillian King, Carole Orchard, Hossein Khalili

Description: There is a need for measures of interprofessional socialization (IS) to investigate the role of interprofessional education in preparing health care students and practitioners to take part in interprofessional health care teams. The 21-item Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21) is a refined measure (from a previously published 34-item measure) that can be used with practitioners and students. Two equivalent 9-item forms (ISVS-9A and ISVS-9B) can be used for pre-post study to assess change in IS after interprofessional education.

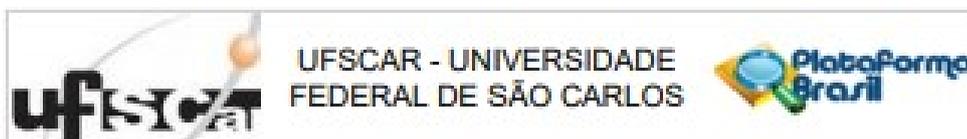
Publication Restrictions: None

SCHEDULE B – TRANSLATION POLICY AND GUIDELINES

Below are the specific guidelines necessary to translate the Licensed Work into another language.

1. Recipient must maintain all the content of the English version of the Licensed Work, including but not limited to: copyright information, acknowledgement of Original Authors, website address, etc.
2. During the process of translating the Licensed Work, please contact Holland Bloorview for clarification if necessary. Effective Translations must also take into account regional customs and cultures to reflect accurately the intention of the wording in the original English version. Some words do not directly translate and there may need to be discussion between the translator and the Original Authors to ensure that the correct meaning is attained.
3. Recipient must include in Recipient's Translation, information around what person or organization translated the document (including name and email address) and any other acknowledgements Recipient would like to make.
4. When Recipient's DRAFT translation is ready, another person who is fluent in both English and the translated language must translate the translated version back into English (i.e. back-translation). An electronic version of the "back-translated" English copy and the original translated copy must be forwarded to the Original Authors and Holland Bloorview for approval prior to Recipient's use of the Translation.
5. Holland Bloorview and the Original Authors retain all right, title and interest in and to the Translation. Any use of the Translation remains subject to the terms and conditions of this Copyright Agreement.
6. Licensee is solely responsible for the costs of translation and the linguistic validation.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação Transcultural e Evidências de Validade da Interprofessional Socialization Valuing Scale (ISVS) no Brasil

Pesquisador: REGIANE APARECIDA JACOMINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71488217.2.1001.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.337.476

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo multiêntrico metodológico de abordagem quantitativa, para adaptação transcultural e validação da Escala de Valorização da

Socialização Interprofissional, Interprofessional Socialization Valuing Scale (ISVS), instrumento canadense elaborado por Gillian King, Lynn Shaw e

Carole Orchard (2011). O estudo será baseado nos conceitos da educação interprofissional (EIP), na prática centrada na pessoa (FCP), colaboração

interprofissional (CIP) e socialização interprofissional (SIP).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a adaptação transcultural e validação do instrumento canadense, Escala de Valorização da Socialização Interprofissional, Interprofessional

Socialization Valuing Scale (ISVS) para o contexto da educação no campo da saúde no Brasil.

Objetivo Secundário:

a) Realizar adaptação transcultural do ISVS para a língua portuguesa falada no Brasil; b) Avaliar as evidências de validade baseadas na estrutura

interna para a ISVS junto a amostras de estudantes de cursos de graduação em saúde; c) Aferir a consistência interna das dimensões avaliadas

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

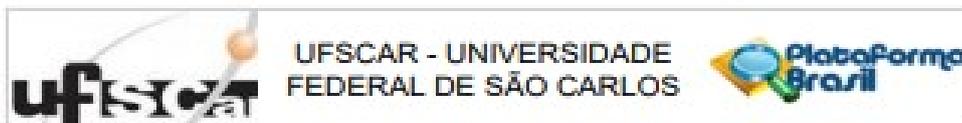
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9903

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.007.476

pela ISVS; d) Investigar evidências de validade para a ISVS baseadas na relação com variáveis externas: (1) em relação a outro instrumento medindo construto relacionado -a Escala de Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional, Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); (2) em relação a grupos-critério compostos por diferentes estudantes de cursos de graduação distintos, com diferentes experiências de formação; e) Analisar a percepção dos estudantes da saúde com relação ao seu comportamento, comunicação, atitudes, valores, crenças e experiências relacionadas à prática colaborativa interprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos participantes estão relacionados ao estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais ao responder as perguntas que envolvem as próprias ações profissionais no preenchimento do instrumento referente a Escala de Valorização da Socialização Interprofissional.

Benefícios:

Os participantes serão beneficiados por entrar em contato com uma concepção de formação interprofissional que contribui para o fortalecimento do trabalho em equipe indispensável para a resolubilidade do cuidado em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências relacionadas aos termos obrigatórios foram sanadas.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9883 E-mail: cep@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.337.476

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_853804.pdf	26/09/2017 22:02:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_RegianeJacomini.pdf	26/09/2017 21:56:56	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	Anexo_TCLE_RegianeJacomini.pdf	26/09/2017 21:55:03	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RegianeJacomini_Mestrado.pdf	26/09/2017 21:53:30	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_RegianeJacomini.pdf	26/09/2017 21:51:56	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Cronograma	CronogramaAtividadeMestrado_RegianeJacomini.pdf	03/07/2017 00:56:39	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	Cartaautorizacao_UFRBMestradoRegianeJacomini.pdf	02/07/2017 21:02:26	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	CartaFisioterapia_UFSCar.pdf	02/07/2017 20:59:55	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	CartaTerapiaOcupacional_UFSCar.pdf	02/07/2017 20:59:03	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	CartaGerontologia_UFSCar.pdf	02/07/2017 20:56:50	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	CartaMedicina_UFSCar.pdf	02/07/2017 20:56:03	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	CartaEnfermagem_UFSCar.pdf	02/07/2017 20:54:14	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	CartaEducacaoFisica_UFSCar.pdf	02/07/2017 20:53:14	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Outros	CartaPsicologiaUFSCar.pdf	02/07/2017 20:51:02	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito
Orçamento	OrçamentoFinanceiro_PesquisaMestrado_RegianeJacomini.pdf	02/07/2017 20:34:29	REGIANE APARECIDA JACCOMINI	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9283

E-mail: caphumanas@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.327.476

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 19 de Outubro de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9583 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br