

Artigo Original

Silva NO, Felix JVC, Boostel R, Vilarinho JOV, Bucco M, Mendes JO.
Evidências preliminares de validade da versão brasileira do Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE). Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240282.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240282.pt>

Evidências preliminares de validade da versão brasileira do Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE)

Preliminary evidence of validity of the Brazilian version of the Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE)

Evidencia preliminar de validez de la versión brasileña del Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE)

Nilton Orlando da Silva^a. <https://orcid.org/0000-0003-1956-7376>
Jorge Vinicius Cestari Felix^b <https://orcid.org/0000-0002-0086-674X>
Radames Boostel^c. <https://orcid.org/0000-0003-2678-0001>
Jessica De Oliveira Veloso Vilarinho^a. <https://orcid.org/0000-0003-0503-7104>
Marcia Bucco^b. <https://orcid.org/0000-0001-9427-9839>
Juliana Olle Mendes^b. <https://orcid.org/0000-0002-5684-7185>

^aComplexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba/PR, Brasil.

^bUniversidade Federal do Paraná. Curitiba/PR, Brasil.

^cInstituto Federal do Paraná. Curitiba/PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva NO, Felix JVC, Boostel R, Vilarinho JOV, Bucco M, Mendes JO. Evidências preliminares de validade da versão brasileira do Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE). Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240282.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240282.pt>

RESUMO:

Objetivo: Apresentar evidências preliminares de validade do instrumento *Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation* (C-ICE) traduzido e adaptado ao contexto do português do Brasil.

Método: Estudo metodológico realizado em seis etapas: tradução, síntese, retrotradução, revisão por especialistas, pré-teste e submissão aos autores originais. Este estudo foi sediado no Sul do Brasil, envolvendo profissionais de diversas áreas da saúde, de distintas regiões do país. A coleta de dados ocorreu entre 2023 e 2024, por

meio de encontros presenciais e questionários *online* disponibilizados via Google Forms®. Para avaliar a confiabilidade, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: A versão traduzida e adaptada do *Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation* foi modificada conforme as sugestões dos especialistas. As evidências de validade e confiabilidade foram aferidas por meio do Índice de Validade de Conteúdo e Alfa de Cronbach, respectivamente. O Índice de Validade de Conteúdo foi 0,95, a confiabilidade pelo alfa de Cronbach foi de 0,913, considerado um ótimo resultado.

Conclusão: A tradução e adaptação da Avaliação Colaborativa Interprofissional *Creighton – Brasil* disponibiliza um instrumento que avalia a atuação interprofissional no processo de formação/treinamento de profissionais de saúde no contexto brasileiro.

Descritores: Educação interprofissional; Competência clínica; Treinamento por simulação; Equipe de Assistência ao Paciente; Relações interprofissionais.

ABSTRACT:

Objective: To present preliminary evidence of validity of the Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation (C-ICE) instrument translated and adapted to the Brazilian Portuguese context.

Method: Methodological study conducted in six steps: translation, synthesis, back-translation, expert review, pre-testing, and submission to the original authors. This study was based in southern Brazil, involving professionals from various health areas from different regions of the country. Data collection took place between 2023 and 2024, through in-person meetings and online questionnaires made available via Google Forms®. To assess reliability, Cronbach's alpha coefficient was calculated.

Results: The translated and adapted version of the Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation was modified according to the experts' suggestions. Validity and reliability evidence were measured using the Content Validity Index and Cronbach's Alpha, respectively. The content validity index was 0.95, and reliability by Cronbach's alpha was 0.913, considered an excellent result.

Conclusion: The translation and adaptation of the Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation – Brazil version, provide an instrument to evaluate interprofessional performance in the training process of health professionals in the Brazilian context.

Descriptors: Interprofessional education; Clinical competence; Simulation training; Patient Care Team; Interprofessional relations.

RESUMEN:

Objetivo: Presentar evidencia preliminar de validez del instrumento *Creighton Interprofessional Collaborative Assessment (C-ICE)* traducido y adaptado al contexto portugués brasileño.

Método: Estudio metodológico realizado en seis etapas: traducción, síntesis, retrotraducción, revisión por expertos, pretest y envío a los autores originales. Este estudio fue basado en el Sur de Brasil, involucrando profesionales de diferentes áreas de salud de diferentes regiones del país. La recopilación de datos se llevó a cabo entre 2023 y 2024, a través de reuniones cara a cara y cuestionarios en línea disponibles a través de Google Forms®. Para evaluar la confiabilidad se calculó el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: La versión traducida y adaptada del *Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation* fue modificada según las sugerencias de los expertos. La evidencia de validez y confiabilidad se mide utilizando el Índice de Validez de Contenido y el Alfa de Cronbach, respectivamente. El Índice de Validez de Contenido fue 0,95 y la confiabilidad mediante alfa de Cronbach fue de 0,913, considerado un excelente resultado.

Conclusión: La traducción y adaptación de la *Avaliação Colaborativa Interprofissional Creighton – Brasil*, proporciona un instrumento para evaluar el desempeño interprofesional en el proceso de formación/capacitación de profesionales de la salud en el contexto brasileño.

Descriptor: Educación interprofesional; Competencia clínica; Entrenamiento por simulación; Equipo de Atención al Paciente; Relaciones interprofesionales.

INTRODUÇÃO

A saúde requer uma abordagem interdisciplinar, envolvendo profissionais de diversas formações, para atender às necessidades complexas dos indivíduos e acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico. Para a obtenção de melhores resultados é fundamental a combinação de mais de uma especialidade no tratamento de questões relacionadas à saúde. Nesse sentido, a integralidade do cuidado exige uma abordagem colaborativa, que ultrapasse as limitações de uma única categoria profissional. Assim sendo, é preciso adotar estratégias interprofissionais para superar a fragmentação dos saberes disciplinares⁽¹⁾.

Embora o atendimento interprofissional seja importante na prática clínica, tradicionalmente, estudantes de diferentes profissões da saúde têm poucas oportunidades de trabalhar em equipe durante a graduação, limitando a real compreensão da necessidade do outro profissional para um resultado efetivo⁽²⁾.

A formação tradicional em ambientes restritos, onde estudantes interagem exclusivamente com colegas da mesma área, apresenta limitações significativas para o desenvolvimento de habilidades de comunicação interprofissional eficazes na equipe de saúde. Como consequência, uma deficiência na comunicação entre os profissionais de saúde pode levar a erro, complicações e eventos adversos, comprometendo a segurança do paciente e a qualidade do atendimento⁽³⁾.

Em vista disso, integrar as profissões aproximando as relações interpessoais requer compreensão do papel profissional, respeito às diferenças, melhor capacidade de comunicação e de negociação entre os profissionais para o planejamento do cuidado centrado no paciente⁽⁴⁾.

Assim sendo, a EIP representa uma estratégia importante, com potencial de melhorar a capacidade dos recursos humanos, capaz de cooperar no fortalecimento do sistema de saúde. No entanto, a não utilização da EIP durante o processo formativo dificulta a transição para a prática profissional⁽⁵⁻⁶⁾. Pois a EIP está conectada ao envolvimento do trabalho em equipe de saúde, representada pelo aprofundamento sobre os papéis profissionais, resolução de problemas e interlocução nos processos decisórios de forma compartilhada, com respeito às peculiaridades e diferenças de cada prática profissional⁽⁴⁻⁵⁾.

É consenso que a preparação para o trabalho colaborativo em saúde necessita de uma abordagem pedagógica inovadora, que transcenda as metodologias tradicionais de ensino, como as aulas expositivas, para promover habilidades eficazes de comunicação, a resolução de problemas e o trabalho em equipe. Nesse sentido, diversas estratégias têm sido empregadas com o objetivo de implementar programas interprofissionais de ensino, os quais demonstram impacto positivo nas competências cognitivas, habilidades técnicas e atitudes disposicionais relacionadas ao trabalho colaborativo em saúde. Nesse contexto, a Simulação Clínica (SC) destaca-se como uma metodologia inovadora, com evidências científicas robustas que comprovam sua eficácia⁽⁷⁾.

Adicionalmente, a SC promove o desenvolvimento de competências técnicas e cognitivas, como comunicação eficaz, resolução de problemas e pensamento crítico. Dessa forma, estudantes e profissionais de saúde podem interagir com simuladores, atores-pacientes ou atores-familiares desenvolvendo, em cenários simulados, habilidades essenciais para a prática interprofissional. Além disso, a SC permite o treinamento em tomada de decisão, trabalho em equipe, liderança e colaboração interdisciplinar. Do mesmo modo, a SC pode ser realizada em laboratórios de simulação ou *in situ*, no próprio ambiente de trabalho, potencializando a transferência de aprendizado para a prática real⁽⁸⁻⁹⁾.

No entanto, é necessário que a aprendizagem por simulação esteja alicerçada em uma base teórica e que existam instrumentos validados e confiáveis, capazes de avaliar o conhecimento e as competências adquiridas tanto de estudantes como de profissionais. As ferramentas desenvolvidas para avaliar a aprendizagem interprofissional dão enfoque à qualidade das interações interpessoais e do comportamento dentro das equipes. Em virtude disso, como resultado de interações, os profissionais de saúde devem exercer suas funções de forma coesa, sob liderança, com tomada de decisão e responsabilidade compartilhadas⁽¹⁰⁾.

O *Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation* (C-ICE) é um instrumento abrangente para avaliação de comportamentos, habilidades e desempenho da equipe interprofissional. Ele foi elaborado por uma equipe interprofissional de pesquisadores da Universidade de Creighton dos Estados Unidos da América (EUA) a partir de quatro eixos das competências essenciais de EIP vinculados às competências essenciais do *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC) dos EUA, sendo elas: Valores/Ética para a prática interprofissional; Funções e Responsabilidades; Comunicação Interprofissional; e Trabalho em equipe. A partir das competências essenciais do IPEC, foram elaborados 26 itens dicotômicos de avaliação (sim/não), distribuídos pelos quatro eixos de competências⁽¹¹⁾.

O C-ICE foi desenvolvido com base no modelo do *Creighton Competency Evaluation Instrument* (CCEI), um instrumento amplamente utilizado e validado para avaliar o desempenho dos estudantes de enfermagem em simulações clínicas, já traduzido, adaptado e validado para diversos idiomas⁽¹¹⁾. Assim sendo, o instrumento C-ICE foi projetado para fornecer uma avaliação quantitativa e qualitativa da participação dos membros de uma equipe em atividades interprofissionais. Abrangendo as competências essenciais para o trabalho em equipe.

O C-ICE pode ser usado em uma variedade de atividades, tanto na prática clínica como também em ambientes simulados, e com estudantes de diferentes níveis de formação e profissionais de diferentes categorias que componham a equipe interprofissional. Assim, o C-ICE pode ser de grande utilidade na formação interprofissional em saúde no Brasil. O presente estudo teve por objetivo traduzir e adaptar para o português do Brasil o instrumento *Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation* (C-ICE), para uso Interprofissional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural realizado no período de 2023 e 2024, utilizando o referencial de Beaton, seguindo as seis etapas: tradução, síntese, retrotradução, revisão, pré-teste e submissão aos autores originais⁽¹²⁾. Sediado no Sul do Brasil, contando com a participação de profissionais de diversas áreas da saúde, de diferentes regiões brasileiras.

O instrumento C-ICE contempla quatro categorias: Valores/Ética para a prática interprofissional; Funções/Responsabilidades; Comunicação Interprofissional; Equipe e Trabalho em Equipe. Cada categoria é composta por itens e subitens que permitem

avaliar o trabalho em equipe. Os critérios de pontuação são: 0 = não demonstra competência; 1 = demonstra competência; e NA = não se aplica (caso o item não esteja previsto nos objetivos da avaliação). Para orientar a utilização do instrumento, é recomendada a visualização dos vídeos disponibilizados *online* pela Universidade de Creighton (EUA), acessíveis através do *link*:



<https://www.creighton.edu/healthsciences/interprofessional/resources>, ou

Houve autorização e concordância da autora correspondente da Universidade de Creighton para a tradução e adaptação do instrumento.

Na Etapa 1 (Tradução para o português), a tradução foi realizada por dois tradutores independentes, nativos da língua portuguesa e com domínio da língua de origem do instrumento. Um dos tradutores da área para a qual se destina o instrumento, ciente do trabalho desenvolvido, e outro tradutor de área afim, sem conhecimento sobre o construto, conferindo uma tradução voltada para a linguagem usual da população. Identificados como Tradutor 1 e Tradutor 2 (T1 e T2). A seleção dos tradutores foi realizada por convite intencional enviado em correio eletrônico, respeitando os critérios como a área de atuação, domínio da língua inglesa e familiaridade com o tema. Ambos receberam a versão original em arquivo enviado por *e-mail* e realizaram a tradução de forma independente.

A Etapa 2 (Síntese das traduções) consistiu na elaboração de uma versão síntese das traduções T1 e T2, identificada como Tradução 12 (T12). Os dois arquivos traduzidos foram tabulados e as diferenças de traduções destacadas em uma planilha. Esta etapa permitiu distinguir diferenças semânticas e conceituais entre a versão original e as traduções e expressa a concordância dos tradutores envolvidos. A construção dessa versão de consenso foi mediada pelo pesquisador e os tradutores T1 e T2, e reflete o resultado das versões discutidas e analisadas a partir dos objetivos do instrumento original⁽¹³⁾. O encontro ocorreu por videoconferência utilizando a plataforma do *Google Meet*®, com duração de aproximadamente 2 horas.

Na Etapa 3 (Tradução para o idioma original), o documento T12 passou pelo processo de retrotradução por outros dois tradutores independentes, nativos da língua original, com domínio do idioma português, e permitiu a identificação de erros e interpretações divergentes, conferindo maior confiabilidade à tradução⁽¹⁴⁾. Os participantes desta etapa foram recrutados por convite intencional enviado por *e-mail* a

nativos da língua inglesa com proficiência em português. As traduções da versão síntese foram denominadas de retrotradução 1 e 2 (RT1 e RT2).

A Etapa 4 (Síntese das versões traduzidas) correspondeu à composição de um comitê de especialistas para analisar todas as traduções, corrigir e consolidar todas as versões (T1, T2, T12, BT1, BT2), até a obtenção de consenso para a redação de um documento equivalente ao original. A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional, por convite enviado em correio eletrônico após análise do Currículo Lattes, respeitando os critérios: área de formação, experiência clínica, produção/publicação na temática da SC, conhecimento metodológico e domínio dos idiomas envolvidos.

Na formação do comitê, foi observada a composição recomendada de participantes, sendo: metodologistas, profissionais de interesse e linguista. Oito pesquisadores com expertise e produção científica em SC foram convidados por *e-mail*; desse total, seis aceitaram participar da pesquisa, sendo eles: três enfermeiros, um fisioterapeuta, um metodologista e um linguista. Foram disponibilizadas aos membros participantes as orientações necessárias para a avaliação, e as informações acerca dos conceitos envolvidos no instrumento e os conteúdos produzidos nas etapas anteriores⁽¹²⁾.

O comitê de especialistas realizou a análise e revisão das versões traduzidas anteriormente, observando a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual. Cada membro emitiu seu parecer quanto à adequação linguística de cada item traduzido em um formulário do *Google Forms*®, com uma escala do tipo Likert de quatro pontos, sendo: 1 (Não representativo), 2 (item necessita de grande revisão para ser representativo), 3 (necessita de pequena revisão para ser representativo), 4 (representativo).

Para avaliar a concordância entre os avaliadores foi realizado cálculo do Índice de Validade de Conteúdo por itens (IVC-i) e do Índice de Validade de Conteúdo geral (IVC), considerando o total das respostas com pontuação 3 ou 4, dividido pelo número total de especialistas participantes⁽¹³⁻¹⁴⁾. Os itens que obtiveram índice abaixo de 0,80 foram readequados e submetidos a nova análise.

Na Etapa 5 (Pré-Teste) é recomendado que a versão seja submetida a uma população de 30-40 indivíduos da população-alvo⁽¹²⁾. Assim sendo, o instrumento foi submetido a duas rodadas de pré-teste, com amostras de 30 e 36 membros, respectivamente, compostas por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e assistente social. Cada participante respondeu um questionário *online* sobre a adequação linguística, pertinência e compreensão de cada

item. Esse processo visa verificar se o instrumento adaptado mantém equivalência com o instrumento original e se retém o significado de cada item⁽¹⁴⁾. As dúvidas ou dificuldades apontadas pelos respondentes foram seguidas de propostas de melhoria das sentenças. As alterações sugeridas foram discutidas pelos pesquisadores, que reformularam os itens.

Os participantes foram recrutados intencionalmente por convite enviado via *e-mail*, observados a experiência na área de interesse e o conhecimento relacionado ao tema da SC. Na primeira rodada do pre-teste participaram 30 profissionais com formação em Enfermagem (23; 76,7%), Fisioterapia (1; 3,3%), Medicina (2; 6,7%), não informado (4; 13,3%), sendo eles de oito estados diferentes da federação. Todos os participantes da primeira e segunda rodadas do pré-teste responderam ao questionário do *Google Forms*® sobre a compreensão do instrumento, pontuando a respeito da objetividade, simplicidade, pertinência, acessibilidade e precisão de cada item. E emitiram parecer qualitativo a respeito da adequação linguística, pertinência e compreensão do instrumento, sugerindo alterações, quando necessárias.

Após a análise das sugestões advindas na primeira rodada do pré-teste, o instrumento foi submetido a uma nova rodada de apreciação, com o intuito de avaliar as adequações e relevância do instrumento entre profissionais da área de saúde. Foram feitos convites aos membros do Grupo de Pesquisa em Saúde do Adulto e Idoso da Universidade Federal do Paraná e aos profissionais matriculados na residência multiprofissional de um hospital público do Sul do país, 36 participantes responderam ao questionário *online*, sendo eles: Enfermagem (18; 50%), Fisioterapia (5; 13,7%), Medicina (7; 19,4%), e Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Farmácia, todos com um representante (2,8%). Após essa etapa foi calculada a confiabilidade pelo Alfa de Cronbach, parâmetro amplamente utilizado para aferir se um instrumento é capaz de mensurar aquilo a que se propõe, ou seja, a avaliação da consistência interna do instrumento. Os valores de alfa variam de 0 a 1, sendo considerado um ótimo resultado quando o alfa de Cronbach está entre 0,85 e 0,95, e apontados como aceitáveis índices alfa > 0,70⁽¹⁴⁾. A versão final do instrumento foi encaminhada ao autor correspondente para apreciação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná - UFPR, com o Parecer número 2.387.308, aprovado sob o número CAAE: 51163921.7.0000.0102/2021.

RESULTADOS

Foram realizadas as traduções independentes, identificadas como T1 e T2, sendo o primeiro tradutor com doutorado em enfermagem e o segundo, doutor em área afim, ambos com conhecimento dos idiomas envolvidos, os quais receberam a versão original do instrumento C-ICE. Na etapa de síntese foram analisadas as traduções T1 e T2 e as divergências debatidas até a obtenção de uma tradução de consenso entre os tradutores e o pesquisador, identificada como Tradução 12 (T12).

Dos 26 itens traduzidos nas quatro categorias, houve concordância entre os dois tradutores em 40% (12) dos itens, 23% (7) tiveram pequenas diferenças relacionadas a conjugação e colocação do verbo na frase, e em 37% (11) dos itens traduzidos foram necessárias maiores adequações, com reestruturação e conciliação das traduções.

A retrotradução, efetuada por dois tradutores independentes, nativos de língua inglesa dos Estados Unidos, com formação na área linguística, não evidenciou diferenças significativas nas traduções que pudessem comprometer o entendimento do conteúdo.

O comitê de especialistas para análise das traduções foi formado por seis pesquisadores da área de saúde, sendo três enfermeiros, um fisioterapeuta, um metodologista e um linguista. As traduções T1, T2, T12, BT1 e BT2 foram analisadas quanto à equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual. Os itens 15, 22, 23 obtiveram $IVC-i < 0,80$ na primeira avaliação, sendo 67%, 33% e 33%, respectivamente. Foi realizada reunião de revisão com seis pesquisadores da área da saúde familiarizados com o tema da simulação clínica interprofissional, que readequaram os itens antes da submissão ao pré-teste, sendo obtida concordância de 100% nos três itens relacionados.

O item 15 – Respeita as funções, pontos de vista e experiência dos membros da equipe. Reconhece os pontos de vista dos membros da equipe (reconhece ou confirma a decisão clínica dos membros da equipe) foi readequado e passou a ter a seguinte redação: Respeita funções, responsabilidades e experiência dos membros da equipe. Reconhece os pontos de vista dos membros da equipe (reconhece ou confirma a decisão clínica dos membros da equipe).

O item 22 – Envolve-se na partilha da solução de problemas centrados no paciente. Chega a um consenso sobre o planejamento de cuidados (ou seja, integra e prioriza ideias e opiniões de outros membros da equipe, pode ser não se aplica (NA) em determinadas situações, por exemplo, emergência). Identifica o encaminhamento

apropriado para profissionais de saúde de fora da equipe (NA se não for necessário) – houve discordância quanto ao uso do termo “resolução compartilhada” sugerido pelo T1, sendo adotada a redação com o termo “partilha da solução”.

No item 23 a frase inicial “Direciona os eventuais conflitos dentro da equipe a fim de desenvolver uma decisão coletiva para o paciente” gerou discordância entre os membros do comitê, sendo consenso que a versão T1 teria maior representatividade na categoria em que está inserida. Assim, o IVC geral para o instrumento após adequações foi de 0,95. O Quadro 1 apresenta a redação pré-final, bem como o cálculo do IVC-i de todos os itens após as adequações.

Quadro 1 - Versão pré-final com Índice de concordância por itens. Curitiba/Paraná, Brasil, 2024

		M1	M2	M3	M4	M5	M6	IVC-I.
1	Avaliação de colaboração interprofissional Creighton (C-ICE)	4	4	1	4	4	4	0,83
2	Participantes da equipe. Data / atividade	4	4	4	4	4	4	1,00
3	Valores/ Ética para a prática interprofissional	4	4	4	4	4	4	1,00
4	Demonstra cuidados centrados no paciente (ou seja, dignidade do paciente, confidencialidade, diversidade etc.)	4	4	4	4	3	4	1,00
5	Envolve o paciente como membro da equipe de saúde (informa, solicita informações e ouve o paciente, NA se o paciente não estiver presente)	4	4	4	4	3	2	0,83
6	Valoriza o direito dos pacientes de tomarem suas próprias decisões nos cuidados de saúde (refere-se à perspectiva do paciente)	4	4	3	2	4	4	0,83
7	Identifica os fatores que influenciam o estado de saúde do paciente (verbaliza esses fatores)	4	4	4	4	4	4	1,00
8	Integra circunstâncias específicas do paciente ao plano de cuidado (considera esses fatores no plano)	4	4	1	4	4	4	0,83
9	Demonstra as metas estabelecidas pela equipe	4	4	4	4	4	4	1,00
10	Identifica as metas dos pacientes (pela perspectiva do paciente, verbaliza as metas)	4	4	4	4	4	4	1,00
11	Identifica as metas da equipe para os pacientes (verbaliza as metas)	4	4	4	4	4	4	1,00
12	Prioriza as metas (NA se apenas uma meta for estabelecida)	4	4	4	4	4	4	1,00
13	Funções / Responsabilidades	4	2	4	4	3	4	0,83
14	Demonstra compreensão das funções e responsabilidades (ou seja, comunica-se com os membros da equipe) • *Comunica as condutas/orientações específicas da especialidade para o paciente (por duas ou mais profissões, NA se o paciente não estiver presente)	4	3	3	4	3	4	1,00

15	Respeita funções, responsabilidades e experiência dos membros da equipe. Reconhece os pontos de vista dos membros da equipe (reconhece ou confirma a decisão clínica dos membros da equipe).	4	3	3	4	4	3	1,00
16	Reconhece as próprias limitações como um membro da equipe. Se oferece para buscar orientação de um colega da mesma disciplina quando incerto sobre seu próprio conhecimento, competências ou habilidades (NA se não for necessário)	4	4	4	4	3	4	1,00
17	Comunicação interprofissional	4	4	4	4	4	4	1,00
18	Esclarece a linguagem específica da profissão durante as interações da equipe • Evita o uso de terminologias específicas da profissão. Explica as terminologias específicas da profissão quando necessário (ou seja, responde aos pedidos de esclarecimento de maneira profissional, NA se não solicitado)	4	4	4	4	4	4	1,00
19	Utiliza ferramentas e técnicas de comunicação eficazes com pacientes e membros da equipe. *Envolve-se na escuta ativa dos membros da equipe (comunicação verbal/não verbal ou reconhece as opiniões dos membros da equipe) *Envolve-se na escuta ativa do paciente (comunicação verbal/não verbal, ou reconhece as opiniões do paciente, NA se o paciente não estiver presente) *Incentiva ideias e opiniões de outros membros da equipe * Reconhece e leva em consideração as ideias dos membros da equipe usando comunicação verbal e/ou não verbal	4	3	4	4	4	2	0,83
20	Fornece e recebe feedback durante as interações da equipe *Reconhece verbalmente e/ou não verbalmente quando os membros da equipe fornecem uma contribuição adequada para o atendimento do paciente. *Respeita os outros membros da equipe (ou seja, mantém o profissionalismo)	4	3	4	3	4	4	1,00
21	Equipes e Trabalho em Equipe	4	4	4	4	4	4	1,00
22	Envolve-se na partilha da solução de problemas centrados no paciente. *Chega a um consenso sobre o planejamento de cuidados (ou seja, integra e prioriza ideias e opiniões de outros membros da equipe, pode ser NA em determinadas situações, por exemplo, emergência) *Identifica o encaminhamento apropriado para profissionais de saúde de fora da equipe (NA se não for necessário)	4	4	4	4	4	4	1,00

23	Se surgem, aborda os conflitos entre a equipe para desenvolver uma decisão coletiva para o paciente (ex: diferenças de opiniões ou prioridades). *Identifica desentendimentos nas interações da equipe (não se aplica caso não haja conflito). *Discute o desentendimento nas interações da equipe (não se aplica caso não haja conflito). *Atua com respeito diante de situações difíceis e/ou conflitos interprofissionais (ex: membros da equipe propagam confrontos, não se aplica caso não haja conflito).	4	4	4	4	3	3	1,00
24	Reflete sobre o desempenho da equipe. *Reflete sobre os pontos fortes das interações entre a equipe (não se aplica caso não seja instruído a fazer isso) *Reflete sobre as fragilidades das interações entre a equipe (não se aplica caso não seja instruído a fazer isso) *Identifica como melhorar a interação entre a equipe (não se aplica caso não seja instruído a fazer isso)	4	4	4	2	3	4	0,83
25	Avaliador	4	4	4	3	4	2	0,83
26	Comentários do revisor para a equipe. Pontos fortes da equipe	4	4	4	4	4	4	1,00
27	Fragilidades da equipe	4	4	4	4	4	4	1,00
28	Sugestões para melhoria da equipe	3	4	4	4	4	4	1,00
29	*Indica a participação necessária de dois ou mais membros da equipe	4	4	4	4	4	4	1,00
	IVC= 0,95							

Fonte: Os autores, 2024.

*M = Membro do comitê de especialistas.

A versão pré-final foi submetida à avaliação de 30 participantes com expertise em SC. Participaram desta etapa 23 enfermeiros, dois médicos, um fisioterapeuta e quatro participantes não identificaram a área de atuação. Quanto à formação: 60% (18) dos participantes possuíam doutorado; 33,3% (10), mestrado; e 6,7% (2), pós-graduação. Todos emitiram parecer quanto à adequação linguística, pertinência e compreensão do instrumento C-ICE. Dos 29 itens, houve sugestões para alterações em oito, as quais foram analisadas e acatadas (Quadro 2).

Quadro 2 - Itens com necessidades de alteração apontadas no pré-teste. Curitiba/Paraná, Brasil, 2024

4	Demonstra cuidados centrados no paciente (ou seja, dignidade do paciente, confidencialidade, diversidade etc.)
---	--

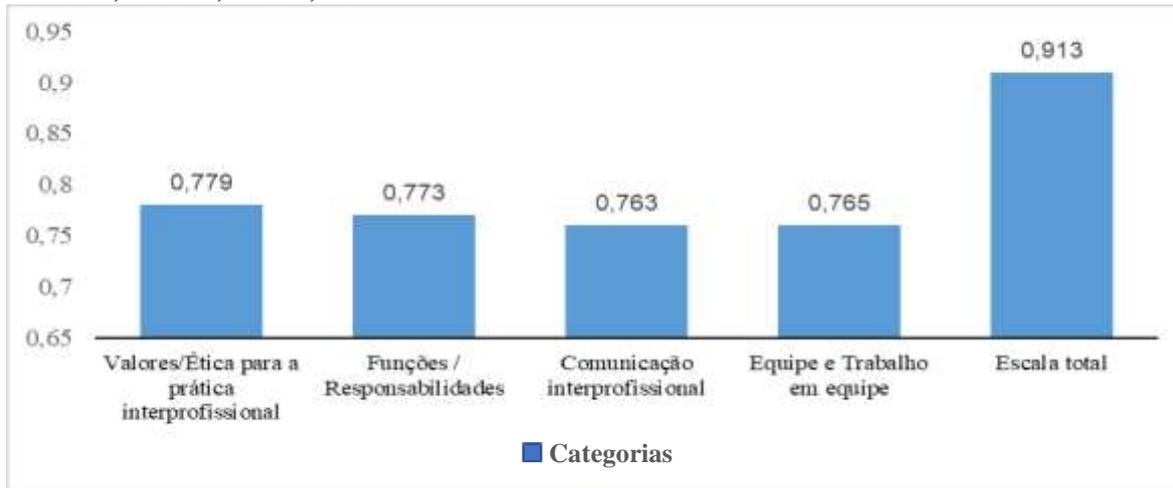
5	Envolve o paciente como membro da equipe de saúde (informa, solicita informações e ouve o paciente, NA se o paciente não estiver presente)
7	Identifica os fatores que influenciam o estado de saúde do paciente (verbaliza esses fatores)
8	Integra circunstâncias específicas do paciente ao plano de cuidado (considera esses fatores no plano)
14	Demonstra compreensão das funções e responsabilidades (ou seja, comunica-se com os membros da equipe) • *Comunica as condutas/orientações específicas da especialidade para o paciente (por duas ou mais profissões, NA se o paciente não estiver presente)
15	Respeita funções, responsabilidades e experiência dos membros da equipe. Reconhece os pontos de vista dos membros da equipe (reconhece ou confirma a decisão clínica dos membros da equipe).
16	Reconhece as próprias limitações como um membro da equipe. Se oferece para buscar orientação de um colega da mesma disciplina quando incerto sobre seu próprio conhecimento, competências ou habilidades (NA se não for necessário)
22	Se envolve na resolução compartilhada de problemas centrados no paciente *Chega a um consenso sobre o planejamento de cuidados (ou seja, integra e prioriza ideias e opiniões de outros membros da equipe, pode ser NA em determinadas situações, por exemplo, emergência) *Identifica o encaminhamento apropriado para profissionais de saúde de fora da equipe (NA se não for necessário)
23	Se surgem, aborda os conflitos entre a equipe para desenvolver uma decisão coletiva para o paciente (ex: diferenças de opiniões ou prioridades). *Identifica desentendimentos nas interações da equipe (não se aplica caso não haja conflito). *Discute o desentendimento nas interações da equipe (não se aplica caso não haja conflito). *Atua com respeito diante de situações difíceis e/ou conflitos interprofissionais (ex: membros da equipe propagam confrontos, não se aplica caso não haja conflito).

Fonte: Os autores, 2024.

Após a avaliação qualitativa e adequações, o instrumento foi novamente submetido à avaliação de um grupo interprofissional de 36 profissionais da saúde, sendo: 18 enfermeiros, sete médicos, cinco fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais, um farmacêutico, um psicólogo, um nutricionista e um assistente social. Quanto à formação: 13,9% declararam possuir doutorado; 33,3%, mestrado; 38,9%, especialização; e 13,9%, graduação.

Nesta etapa não houve novas mudanças nas frases, os entrevistados emitiram parecer quanto à compreensão e relevância do instrumento, pontuando em uma escala de Likert de cinco pontos (1= não relevante, 2= pouco relevante, 3= indiferente, 4= relevante e 5 = altamente relevante). Quando analisadas as quatro categorias separadamente, obteve-se: Categoria 1: Valores/Ética Para a Prática Interprofissional $\alpha= 0,779$; Categoria 2: Funções/Responsabilidades $\alpha= 0,773$; Categoria 3: Comunicação Interprofissional $\alpha= 0,763$; Categoria 4: Equipes e Trabalho em Equipe $\alpha= 0,765$). Ao analisar o instrumento na íntegra, o valor do Coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,913, conferindo alta confiabilidade ao instrumento aplicado (Figura 1).

Figura 1: Alfa de Cronbach para a versão final em português do instrumento C-ICE. Curitiba, Paraná, Brasil, 2024



Fonte: Os autores, 2024.

A versão final foi submetida e aprovada pelos autores originais e é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 – Avaliação Colaborativa Interprofissional Creighton – Brasil (C-ICE.Br). Curitiba/Paraná, Brasil, 2024

Avaliação de Colaboração Interprofissional Creighton (C-ICE)

Participantes da equipe:

Data:

Atividade:

Valores / Ética para a prática interprofissional	0=Não demonstra competência 1=Demonstra competência NA- Não se aplica																		
<p>Demonstra cuidados centrados no paciente (ou seja, dignidade do paciente, confidencialidade, diversidade: raça, religião, idade, orientação sexual, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Envolve o paciente como membro da equipe de saúde (informa, solicita informações e ouve o paciente). NA se o paciente não estiver presente. Valoriza o direito do paciente de tomar suas próprias decisões nos cuidados de saúde (refere-se à perspectiva do paciente). Identifica os fatores que influenciam o estado de saúde do paciente (exemplo: idade, estado de consciência, etc.), verbaliza esses fatores. Integra os fatores específicos do paciente ao plano de cuidado (considera esses fatores no plano). 	<p>Circule a pontuação apropriada para todos os critérios aplicáveis</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">0</td> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">N/A</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	0	1	N/A	0	1	N/A	0	1	N/A	0	1	N/A						
0	1	N/A																	
0	1	N/A																	
0	1	N/A																	
0	1	N/A																	
<p>Demonstra as metas estabelecidas pela equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifica as metas dos pacientes (pela perspectiva do paciente, verbaliza as metas) Identifica as metas da equipe para os pacientes (verbaliza as metas) Prioriza as metas (NA se apenas uma meta for estabelecida) 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">0</td> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">N/A</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	0	1	N/A	0	1	N/A	0	1	N/A									
0	1	N/A																	
0	1	N/A																	
0	1	N/A																	
Funções / Responsabilidades	0=Não demonstra competência 1=Demonstra competência																		
<p>Demonstra compreensão das funções e responsabilidades (ou seja, comunica-se com os membros da equipe)</p> <ul style="list-style-type: none"> *Comunica as condutas/orientações específicas da especialidade/profissão para o paciente (para duas ou mais profissões; NA se o paciente não estiver presente). 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">0</td> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">N/A</td> </tr> </table>	0	1	N/A															
0	1	N/A																	
<p>Respeita as funções, responsabilidades e as experiências dos membros da equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reconhece os pontos de vista dos membros da equipe (reconhece ou confirma a decisão clínica dos membros da equipe). 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">0</td> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">N/A</td> </tr> </table>	0	1	N/A															
0	1	N/A																	
<p>Reconhece as próprias limitações como um membro da equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> Se dispõe a buscar orientação de um colega da mesma disciplina quando incerto sobre seu próprio conhecimento, competências ou habilidades (NA se não for necessário). 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">0</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">1</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0		1	N/A														
0		1																	
N/A																			
Comunicação Interprofissional	0= Não demonstra competência 1=Demonstra competência																		
<p>Esclarece a linguagem específica da profissão durante as interações da equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> Evita o uso de terminologias específicas da profissão. *Explica as terminologias específicas da profissão quando necessário (ou seja, responde aos pedidos de esclarecimento de maneira profissional, NA se não solicitado) 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">0</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">1</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0		1	N/A			0		1	N/A								
0		1																	
N/A																			
0		1																	
N/A																			
<p>Utiliza ferramentas e técnicas de comunicação eficazes com pacientes e membros da equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> *Envolve-se na escuta ativa dos membros da equipe (comunicação verbal/não verbal ou reconhece as opiniões dos membros da equipe) Envolve-se na escuta ativa do paciente (comunicação verbal/não verbal, ou reconhece as opiniões do paciente, NA se o paciente não estiver presente) *Incentiva ideias e opiniões de outros membros da equipe. * Reconhece e leva em consideração as ideias dos membros da equipe usando comunicação verbal e/ou não verbal. 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">0</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">1</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0		1	N/A			0		1	N/A			0		1	N/A		
0		1																	
N/A																			
0		1																	
N/A																			
0		1																	
N/A																			
<p>Fornecer e receber feedback durante as interações da equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> *Reconhece verbalmente e/ou não verbalmente quando os membros da equipe fornecem uma contribuição adequada para o atendimento do paciente *Respeita os outros membros da equipe (ou seja, mantém o profissionalismo). 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">0</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">1</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0		1	N/A			0		1	N/A								
0		1																	
N/A																			
0		1																	
N/A																			
Equipe e Trabalho em Equipe	0= Não demonstra competência 1=Demonstra competência																		

<p>Se envolve na resolução compartilhada de problemas centrados no paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • *Chega a um consenso sobre o planejamento de cuidados (ou seja, integra e prioriza ideias e opiniões de outros membros da equipe, pode ser (NA se não for necessário) • Identifica o encaminhamento apropriado para profissionais de saúde de fora da equipe (NA se não for necessário). 	<p>0 1 N/A</p> <p>0 1 N/A</p>
<p>Se surgem, aborda os conflitos entre a equipe para desenvolver uma decisão coletiva para o paciente (ex.: diferenças de opiniões ou prioridades).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica discordância nas interações da equipe (não se aplica caso não haja conflito) • *Discute a discordância nas interações da equipe (não se aplica caso não haja conflito) • *Atua com respeito diante de situações difíceis e/ou conflitos interprofissionais (ex.: membros da equipe propagam confrontos, NA caso não haja conflito). 	<p>0 1 N/A</p> <p>0 1 N/A</p> <p>0 1 N/A</p>
<p>Reflete sobre o desempenho da equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • *Reflete sobre os pontos fortes das interações da equipe (NA caso não seja instruído a fazer isso) • *Reflete sobre as fragilidades das interações da equipe (NA caso não seja instruído a fazer isso) • *Identifica como melhorar a interação da equipe (NA caso não seja instruído a fazer isso). 	<p>0 1 N/A</p> <p>0 1 N/A</p> <p>0 1 N/A</p>
<p>Facilitador:</p>	<p>Total: Total de itens aplicáveis: Pontuação obtida: (Total de itens pontuados divididos pelo total de itens aplicáveis)</p>

Comentários do revisor para a equipe
Pontos fortes da equipe:
Fragilidades da Equipe:
Sugestões para melhoria:

Fonte: Os autores, 2024.

* Indica a participação necessária de dois ou mais membros.

DISCUSSÃO

A realização de formações com capacitações e educação continuada envolvendo as profissões da área da saúde é essencial para a melhora das habilidades técnicas e cognitivas, propiciando o desenvolvimento e aperfeiçoamento das habilidades de tomada de decisão, comunicação, liderança e trabalho em equipe, dentre outras, sustentando a execução de tarefas mais complexas. Para um atendimento efetivo, é necessária a colaboração harmoniosa entre os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente⁽¹⁵⁾.

Com o propósito da construção de um ambiente favorável ao aprendizado interprofissional, é necessário o desenvolvimento de estudos para identificação dos melhores resultados e estratégias de ensino. Nesse contexto, instrumentos confiáveis que possibilitem a avaliação da colaboração interprofissional são imprescindíveis, por permitirem aos avaliadores obterem uma resposta aos seus métodos de ensino. Permitindo a manutenção ou implementação de mudanças no método de ensino utilizado⁽¹⁶⁾.

No Brasil, diante do interesse em práticas colaborativas, instrumentos vêm sendo adaptados para o uso em SC e outras práticas de EIP, permitindo acesso a variáveis como: colaboração interprofissional, socialização, comunicação e prontidão para o trabalho em equipe. Ressalta-se que a seleção de um instrumento deve estar ligada aos objetivos propostos para a aprendizagem⁽¹⁷⁾.

O instrumento C-ICE na versão em português obteve medidas estatísticas confiáveis, com IVC de 0,95 e alfa de Cronbach geral 0,91. Na versão original, o instrumento apresentou um IVC de 0,93 em seu país de origem. A concordância do instrumento original foi calculada pelo coeficiente alfa de Krippendorff aplicado, obtendo-se valores iguais ou superiores a 0,796 em quatro de cinco avaliações, confirmando ser um instrumento confiável para avaliar o desempenho em cenários clínicos simulados⁽¹¹⁾.

Os valores de alfa de Cronbach são variáveis na literatura, sendo comumente aceitos valores superiores a 0,70. O estudo de construção e validação da Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde, realizado em Portugal, propiciou à comunidade acadêmica e aos profissionais de saúde um instrumento de autorresposta para avaliar a comunicação interprofissional, o índice de consistência interna, alfa de Cronbach foi de 0,876, sendo considerado adequado⁽¹⁸⁾.

A escolha de um instrumento de aferição da prática clínica interprofissional é crucial para alinhar objetivos e mensurar os resultados. Um estudo subsequente à simulação síncrona de cuidados paliativos realizou uma avaliação das competências interprofissionais por meio do instrumento C-ICE. Para garantir a precisão da avaliação, foi realizado um treinamento específico para os avaliadores de diferentes áreas da saúde sobre o uso adequado deste instrumento. A utilização permitiu a identificar os níveis de colaboração entre os estudantes. O *feedback* qualitativo possibilitou a indicação de áreas para melhoria, e na comparação entre os avaliadores foi possível constatar impressões positivas diante de atitudes acima do esperado para o cenário⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Num estudo interprofissional, alunos de farmácia e enfermagem foram incentivados a resolver problemas éticos complexos. Para isso, participaram de simulações clínicas com pacientes padronizados. Na avaliação do desempenho, os pesquisadores utilizaram a categoria “Valores e Ética” do instrumento C-ICE, permitindo, assim, avaliar o desempenho do trabalho em equipe de forma eficaz⁽²¹⁾.

A *Interprofessional Attitude Scale* (IPAS), escala indicada para a avaliação de atitudes interprofissionais em saúde, ao ser traduzida para a língua alemã, teve dois itens

excluídos ou redistribuídos⁽²²⁾. Assim como a versão em português do C-ICE na reestruturação do item 22, foi excluída parte da frase que se referia a situações de emergência, por não ser aplicável no contexto brasileiro.

Um estudo de revisão sistemática sobre os efeitos da EIP identificou que aproximadamente 50% dos artigos examinados não abordaram questões relacionadas a conflitos internos em equipes⁽²³⁾.

O Instrumento C-ICE na versão em português mantém a estrutura original em quatro categorias com 26 itens, permitindo avaliação da “Ética para a prática interprofissional”, “Funções / Responsabilidades”, “Comunicação Interprofissional” e da “Equipe / Trabalho em Equipe”. Nessa perspectiva, o instrumento proporciona uma abordagem integral para avaliar práticas colaborativas, permitindo mensurações quantitativas e qualitativas, utilizando todas as categorias ou selecionando categorias específicas.

Em relação ao critério de avaliação, o instrumento C-ICE.Br mantém o mesmo modelo utilizado e aperfeiçoado no *Creighton Competency Evaluation Instrument* (CCEI), que é um instrumento válido e confiável para a avaliação de competências na área da enfermagem, sendo 0 = não demonstra competência, 1 = demonstra competência e N/A = não se aplica⁽¹¹⁾.

A falta de clareza sobre os papéis desempenhados pelos diferentes integrantes da equipe pode ser causa de desentendimentos na atribuição de funções e responsabilidades. Contudo, a simulação clínica interprofissional demonstra ser eficaz para desenvolver e promover a autoconsciência, a compreensão dos papéis e deveres, além de promover um ambiente favorável para o diálogo interprofissional. Pensando em minimizar possíveis desentendimentos, um debate sobre as respectivas atribuições, antes da primeira simulação, pode ser interessante⁽¹⁷⁾.

Em revisão de literatura para avaliação da prática colaborativa dos 21 artigos que fizeram parte da amostra, apenas 11 (52%) utilizaram instrumentos para avaliação. Ressalta-se que a utilização de instrumentos está relacionada como base de sustentação para a tomada de decisão, estruturação de currículos e implementação dos programas de saúde⁽¹⁷⁻²³⁾.

Em resposta ao desafio de mudanças no ensino em saúde proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), a nona edição do Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde propõe estratégias com foco específico na EIP e nas práticas colaborativas. O programa apontou novas

formas de interação entre estudantes e os serviços de saúde, contribuindo para a integração ensino-serviço-comunidade, e, por conseguinte, favorecendo o trabalho interprofissional⁽²⁴⁻²⁵⁾. Ainda, permitiu o debate da EIP nos cursos de graduação e nos serviços de saúde. As experiências vivenciadas no programa constituem um arcabouço para a estruturação de estratégias sustentáveis na EIP, como meio para qualificar a atenção à saúde⁽²⁶⁾.

Uma nova proposta nos programas de formação exige também uma mudança no processo avaliativo, sendo fundamental o uso de instrumentos avaliativos apropriados e validados, que contribuam para o desenvolvimento dos múltiplos atores envolvidos nas intervenções de ensino⁽²⁷⁾.

É importante que estudantes e profissionais se envolvam em práticas de EIP para melhorar a qualidade e os resultados do atendimento em saúde. A aprendizagem tem melhores resultados quando os objetivos estão bem definidos dentro do quadro de competências interprofissionais. Esses temas devem ser considerados no projeto da EIP e o *feedback* deve ser fornecido a respeito das atividades desenvolvidas, garantindo que o alinhamento das atividades esteja relacionado com os objetivos propostos⁽²⁶⁻²⁷⁾.

O planejamento, desenvolvimento e avaliação de competências colaborativas consiste em um desafio no processo formativo de profissionais da área da saúde e na atuação interprofissional⁽²⁷⁾.

A versão brasileira do C-CEI, denominada Avaliação Colaborativa Interprofissional Creighton – Brasil (C-ICE.Br), mostrou boa aceitação entre os juízes das áreas da saúde e linguística aplicada. Destaca-se, neste trabalho, o rigor metodológico aplicado, para que um novo instrumento esteja disponível para a comunidade científica e aos profissionais e instituições formadoras. Somado a isso, a importante participação de um comitê interprofissional que possibilitou um olhar abrangente para cada item do instrumento, elevando a confiabilidade deste.

Como limitações do estudo, destaca-se a não realização do processo de validação psicométrica, que não é prevista pela metodologia de Beaton⁽¹²⁾. Embora a versão original do C-ICE já tenha passado por todo processo de validação, é necessário que a versão ora traduzida seja submetida ao processo de validação a fim de avaliar com maior profundidade suas propriedades psicométricas.

CONCLUSÃO

O instrumento *Creighton Interprofessional Collaborative Evaluation* foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil, rigorosamente submetido a todas as etapas metodológicas, alcançando valores satisfatórios de validade e confiabilidade. A pesquisa é relevante ao disponibilizar, para uso no Brasil, um instrumento específico que possibilita avaliar a atuação interprofissional no processo formativo com a utilização de SC em diferentes contextos, envolvendo desde estudantes até profissionais de saúde.

A versão brasileira da Avaliação Colaborativa Interprofissional *Creighton* – Brasil (C-ICE.Br) mostrou boa aceitação entre os juízes das áreas da saúde e linguística aplicada. Somado a isso, a importante participação dos avaliadores possibilitou um olhar abrangente para cada item do instrumento, elevando a confiabilidade deste.

Desta forma, a partir dos resultados obtidos, o C-ICE-Br já poderá ser utilizado, embora seja recomendada a realização posterior dos processos mais refinados de validação psicométrica.

Referências

1. Girundi C, Bettine M, Uchôa-Figueiredo L. Educação Interprofissional em Saúde: um dever da Teoria do Agir Comunicativo. *Cad Pedagog*. 2024;21(1):964–86. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n1-050>
2. Reitsma G, Scrooby B, Rabie T, Viljoen M, Smit K, Preez AD, et al. Health students' experiences of the process of interprofessional education: a pilot project. *J Interprof Care*. 2019;33(3):298–307. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1572600>
3. Donovan SK, Herstein JJ, Prober CG, Kolars JC, Gordon JA, Boyers P, et al. Expansion of simulation and extended reality for undergraduate health professions education: a call to action. *J Interprof Educ Pract*. 2021;24. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100436>
4. Silva PL, Vieira A, De Paula MCR. Gestão de competências das equipes de saúde para o cuidado centrado no paciente. *Rev Gestão Planej*. 2023;24:192-05. <https://doi.org/10.53706/gep.v.24.7935>
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, DC: OPAS; 2017.
6. Isidoro FGR, Côrtes MCJW, Ferreira FR, D'Assunção ADM, Gontijo ED. Formação interprofissional na graduação em saúde: revisão sistemática de estratégias educativas. *Rev Bras Educ Méd*. 2022;46(3):e113. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20220030>
7. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface Comun Saúde Educ*. 2016;20(56):185-96. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>

8. Fonseca AS, Reis F, Melaragno ALP. Habilidades para as melhores práticas clínicas. In: Melaragno ALP, Fonseca AS, Assoni MAS, Mandelbaum MHS, organizadoras. Educação Permanente em Saúde. Editora ABEn. 2023;31-6. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e25.c03>
9. Spaulding EM, Francoise AM, Jacob E, Hansen BR, Hanyok LA, et al Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action. *J Interprof Care*. 2021;35(4)612–621. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1697214>
10. Vallejo-Gómez L, Ruiz-Recéndiz MJ, Jiménez-Arroyo V, Alcántar-Zavala MLA, Huerta-Baltazar MI. Instrumentos para medir competencias en enfermería: revisión sistemática. *Sanus*. 2021;6:e198. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.198>
11. Iverson L, Tood M, Haddad AR, Packard K, Begley K, Doll J, et al. The development of an instrument to evaluate interprofessional student team competency. *J Interprof Care*. 2018;32(5):531–8. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1447552>
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Institute for Work & Health. 2007.
13. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):925-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
14. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489-97. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
15. Tervajärvi L, Hutri-Kähönen N, Rautiola AM. Student-LED interprofessional sequential simulation improves communication and teamwork. *Nurse Educ Pract*. 2021;51. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102983>
16. Rodrigues RCS, Araújo-Monteiro GKN, Marcolino EC, Brandão BMLS, Barbosa LA, Moraes RM, et al. Violência contra pessoa idosa: análise da consistência interna de instrumentos. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e90288. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.90288>
17. Chriguer RS, Aveiro MC, Batista SHSS, Garbus RBSC. O PET-Saúde Interprofissionalidade e as ações em tempos de pandemia: perspectivas docentes. *Interface (Botucatu)*. 2021;25(Supl.1):e210153. <https://doi.org/10.1590/interface.210153>
18. Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB. Construction and validity of the Interprofessional Communication in Health Scale. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(3):e20220483. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0483>
19. Almoghirah H, Nazar H, Illing J. Assessment tools in pre-licensure interprofessional education: a systematic review, quality appraisal and narrative synthesis. *Med Educ*. 2021;55:795–807. <https://doi.org/10.1111/medu.14453>
20. Kirkpatrick AJ, Thinnas AM, Selig CL, Chapple HS, Iverson LM, Nystrom KK, et al. Building interprofessional team competence through online synchronous simulation of palliative care scenarios. *J Interprof Educ Pract*. 2022;27. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100512>

21. Haddad A, Begley K, Ryan Haddad A. Interprofessional Ethics Simulations and Debriefing to Develop Collaborative Skills. *Camb Q Healthc Ethics*. 2024;1-11. <https://doi.org/10.1017/S096318012400029X>
22. Pedersen TH, Cignacco E, Meuli J, Habermann F, Berger-Estilita J, Greif R. The German interprofessional attitudes scale: translation, cultural adaptation, and validation. *GMS J Med Educ*.2020;37(3). <https://doi.org/10.3205/zma001325>
23. Marion-Martins AD, Pinho DLM. Interprofessional simulation effects for healthcare students: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2020;94:104568. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104568>
24. Ministério da Saúde (BR). As contribuições do PET-Saúde/Interprofissionalidade para a reorientação da formação e do trabalho em saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
25. Brinco R, França T, Magnago C. PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de mudanças curriculares e práticas colaborativas. *Saúde Debate*. 2022;46(Esp6):55–69. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E606>
26. Morais IF, Medeiros SM. PET-Saúde interprofissionalidade: contribuições, barreiras e sustentabilidade da Educação Interprofissional. *Interface (Botucatu)*.2023;27:e220319. <https://doi.org/10.1590/interface.220319>
27. Van Diggele C, Roberts C, Burgess A, Mellis C. Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Med Educ*. 2020;20(Suppl 2):455. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Contribuição de autoria

Conceituação Jorge Vinicius Cestari Felix. Nilton Orlando Da Silva.

Curadoria de dados: Nilton Orlando Da Silva. Jorge Vinicius Cestari Felix.

Análise formal: Nilton Orlando Da Silva. Jorge Vinicius Cestari Felix.

Metodologia: Nilton Orlando Da Silva. Jorge Vinicius Cestari Felix.

Administração de projeto: Jorge Vinicius Cestari Felix.

Supervisão: Jorge Vinicius Cestari Felix.

Validação: Jorge Vinicius Cestari Felix.

Visualização: Radames Boostel. Jessica De Oliveira Veloso Vilarinho. Marcia Bucco. .
Juliana Olle Mendes. Jorge Vinicius Cestari Felix.

Escrita - rascunho original: Nilton Orlando Da Silva. Jorge Vinicius Cestari Felix.
Radames Boostel. Jessica De Oliveira Veloso Vilarinho. Marcia Bucco.

Escrita - revisão e edição: Jorge Vinicius Cestari Felix. Nilton Orlando Da Silva. Juliana Olle Mendes.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Nilton Orlando da Silva
niltonorl@gmail.com

Recebido: 29.08.2024

Aprovado: 26.03.2025

Editor associado:

Carlise Rigon Dalla Nora

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira