

Validação de um instrumento para avaliar Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa

Validation of an instrument to assess Barriers and Facilitators of Collaborative Interprofessional Practice

Mathias Roberto Loch¹, Lucélia Justino Borges², Silvano da Silva Coutinho³, Brígida Gimenez Carvalho¹, Cassiano Ricardo Rech⁴

DOI: 10.1590/2358-289820251459602P

RESUMO O objetivo foi desenvolver e validar o instrumento intitulado Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa na Atenção Primária à Saúde (BFPIC-APS), sendo desenvolvido em três etapas. A primeira foi o desenvolvimento da versão inicial do instrumento com 12 itens e avaliação por 20 especialistas que indicaram as questões como adequadas quanto ao conteúdo (menor valor 85% e maior 95%). Após, foi verificada a reprodutibilidade, com 27 profissionais de saúde. Todos os itens atingiram uma concordância relativa maior do que 74%. Por fim, foi verificada a validade confirmatória e consistência interna, com 799 profissionais da Atenção Primária à Saúde. Os resultados apontaram uma estrutura tri-fatorial (Fator 1 – Composição das equipes e oportunidades para compartilhamento de conhecimentos; Fator 2 – Condições de trabalho; Fator 3 – Conhecimentos, Atitudes e Habilidades). O alfa de Cronbach mostrou valores que variaram entre 0,76 e 0,87. O modelo final apresentou qualidade de ajustamento excelente e bons valores de validade convergente e discriminante. O BFPIC-APS apresentou bons indicadores de validade, podendo ser recomendado para avaliar BFPIC-APS.

PALAVRAS-CHAVE Psicometria. Avaliação em saúde. Equipe de assistência ao paciente. Educação interprofissional. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The objective of this study was to develop and validate an instrument entitled Barriers and Facilitators of Collaborative Interprofessional Practice in Primary Health Care (BFCIP-PHC), which was developed in three stages. The first stage involved the development of the initial version of the instrument, which contained 12 items and was evaluated by 20 experts, who indicated that the questions were adequate in terms of content (lower bound 85%, higher bound 95%). The reproducibility of this approach was subsequently verified by reference to 27 health professionals. All the items exhibited a relative agreement greater than 74%. Finally, the content validity and internal consistency were assessed by reference to 799 Primary Health Care professionals. The results revealed a tri-factorial structure (Factor 1 – Team composition and opportunities for knowledge sharing; Factor 2 – Working conditions; and Factor 3 – Knowledge, attitudes and skills). The Cronbach's alpha coefficients ranged between 0.76 and 0.87. The final model exhibited excellent goodness of fit and good values with respect to convergent and discriminant validity. The BFCIP-PHC was thus associated with good indicators of validity and may be recommended as a tool that can be used to evaluate the barriers and facilitators of collaborative interprofessional practice.*

KEYWORDS *Psychometrics. Health evaluation. Patient care team. Interprofessional education. Primary Health Care.*

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
mathiasuel@hotmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

³Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro) – Itati (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e tem papel importante na promoção da saúde, na prevenção e tratamento de diversas doenças, na busca do cuidado integral e humanizado, levando em consideração não apenas os aspectos físicos e biológicos, mas também psicológicos, sociais, ambientais, políticos, econômicos e culturais, de acordo com as características de cada território¹. Dadas estas características, o trabalho em equipe entre os diversos profissionais de saúde envolvidos na APS é de fundamental importância²⁻⁷.

O trabalho em equipe na APS precisa possibilitar que os profissionais possam compartilhar conhecimentos, habilidades e experiências, além de poderem discutir casos e tomar decisões de forma mais assertiva e integrada⁵, contribuindo assim para uma melhor efetividade da APS e para a promoção do cuidado integral e de qualidade para a população². Vale mencionar que a justificativa para o trabalho em equipe na saúde não deve ser feita somente pela lógica da racionalização da assistência. Isto é, na busca por melhorar a relação custo-benefício do trabalho, ampliação do acesso e cobertura da população atendida, mas também tem relação com a necessidade de uma maior integração entre as diversas disciplinas e profissões, já que estas são fundamentais para a melhoria das práticas de saúde, especialmente quando se parte de uma visão mais ampliada de saúde⁸.

Autores, principalmente a partir dos anos 2000, têm estudado a questão do trabalho em equipe no contexto da atuação em saúde e, mais especificamente, na APS^{2-7,9-14}. Discussões apontam algumas imprecisões conceituais relativas a termos que, por vezes, acabam sendo usados como sinônimos, como é o caso, por exemplo, de 'trabalho em equipe', 'colaboração interprofissional' e 'trabalho em rede'¹⁵. Apesar destas imprecisões e de algumas diferenças entre os conceitos citados, as mesmas autoras consideram que a literatura relacionada a estes

conceitos tem como ponto comum a relevância dada a aspectos relacionais e da organização do trabalho entre os diferentes profissionais, para que possa haver o estabelecimento de equipes efetivas, integradas e colaborativas. Ainda, é preciso destacar a diferença entre o trabalho multiprofissional e interprofissional, uma vez que em ambos existem os diferentes profissionais atuando. Porém, na multiprofissionalidade o trabalho pode ser individualizado, sem integrar as profissões, enquanto a interprofissionalidade requer a prática colaborativa.

A Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) acontece quando profissionais com diferentes formações associam-se e compartilham *expertise*, conhecimento e habilidades, visando um cuidado integral que tenha impacto na saúde dos indivíduos¹⁵. Apesar de ter acontecido, nos últimos anos, um crescimento no número de produções relacionadas à atuação interprofissional na literatura nacional, a operacionalização desta prática nos serviços ainda se configura como um grande desafio.

Estudos publicados nesta temática têm inclusive apontado importantes desafios para a implementação e consolidação da PIC na APS. Dentre eles, destacam-se a formação profissional na área da saúde, ainda hegemonicamente fragmentada e que pouco estimula o trabalho interprofissional; a escassez de recursos financeiros, humanos e tecnológicos^{3,5,7,16,17} e mesmo as expectativas que os usuários têm dos serviços de saúde, haja vista que estes, por vezes, esperam um cuidado essencialmente biomédico¹⁸. Especificamente em relação a estudos que investigaram as percepções de profissionais atuantes na APS, estes identificaram pouca articulação das equipes, dificuldade do trabalho compartilhado, falta de prática de colaboração e cooperação, excesso de trabalho e falta de apoio profissional^{19,20}.

Apesar dos estudos citados terem importantes contribuições no sentido de uma melhor compreensão sobre o trabalho em equipe, ou mais especificamente sobre a PIC, não foram encontrados instrumentos validados que

buscassem investigar barreiras e facilitadores para a PIC na APS.

Dado este contexto, o objetivo deste estudo foi desenvolver e validar um instrumento para avaliação das barreiras e facilitadores para a PIC, denominado Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa na Atenção Primária à Saúde (BFPIC-APS), na percepção de profissionais de saúde atuantes na APS. Espera-se que o instrumento possa ser uma ferramenta útil para melhor conhecimento da realidade, avaliação do trabalho interprofissional e para o planejamento de ações que busquem fomentar a PIC na saúde.

Material e métodos

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa multicêntrico intitulado ‘Acesso ao tratamento multi e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com DCNT em

municípios de pequeno porte do estado do Paraná’ aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – UEL (CAAEE: 39012820.8.0000.5231; número do parecer: 4.414.235) observando as Resoluções CNS nº 466/2012²¹ e nº 510/2016²².

A seguir, são apresentadas informações sobre as três etapas de construção e validação do instrumento.

Etapa 1 – Construção da versão inicial do instrumento e avaliação dos especialistas – validade de conteúdo

Com base na literatura existente sobre a temática^{5,14,19,20,23-29} foi desenvolvida a primeira versão do instrumento, com 12 perguntas, com a possibilidade de cinco respostas, sendo duas para barreiras, uma neutra e duas para fortalezas (*quadro 1*).

Quadro 1. Versão final do instrumento

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (BFPIC-APS)	
O OBJETIVO DESTES INSTRUMENTOS É AUXILIAR OS TRABALHADORES A AVALIAREM AS BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA, FACILITANDO A IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DESTAS INTERVENÇÕES.	
O INSTRUMENTO PODE SER RESPONDIDO INDIVIDUALMENTE OU POR UM GRUPO DE TRABALHADORES QUE ATUAM EM EQUIPE, NESTE CASO, SUGERE-SE QUE DISCUTAM CADA ITEM E BUSQUEM CHEGAR A CONSENSOS OU REALIZEM ALGUMA MEDIDA A PARTIR DA MÉDIA DAS AVALIAÇÕES INDIVIDUAIS.	
PARA RESPONDER AO INSTRUMENTO DEVE-SE CONSIDERAR O SEGUINTE CONCEITO OPERACIONAL:	
PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA: OCORRE QUANDO PROFISSIONAIS DE DIFERENTES ÁREAS DA SAÚDE ATUAM COMPARTILHANDO CONHECIMENTOS E HABILIDADES VISANDO O CUIDADO INTEGRAL DOS USUÁRIOS.	
PARA AVALIAÇÃO SOBRE COMO TEM SIDO O TRABALHO EM EQUIPE NO SEU LOCAL DE TRABALHO, MARQUE COM UM "X" NO NÚMERO QUE MELHOR REPRESENTA O QUANTO VOCÊ(S) ESTÁ(O) DE ACORDO COM AS SENTENÇAS ABAIXO, CONSIDERANDO A SEGUINTE ESCALA:	

1	2	3	4	5
NÃO FAVORECE a prática interprofissional colaborativa	POUCO FAVORECE a prática interprofissional colaborativa	NÃO FAVORECE, NEM DIFICULTA	FAVORECE a prática interprofissional colaborativa	FAVORECE MUITO a prática interprofissional colaborativa

Nº	ITEM	1	2	3	4	5
1	A composição das categorias profissionais com quem atuo.					
2	A(s) estrutura(s) física(s) do(s) local(is) em que atuo.					
3	Minha carga de trabalho do(s) local(is) em que atuo.					
4	A organização do processo de trabalho do(s) local(is) que atuo.					
5	A gestão/coordenação do(s) local(is) onde atuo.					
6	Meu conhecimento atual sobre o trabalho interprofissional.					
7	Minha disposição para o trabalho interprofissional.					
8	Minhas habilidades atuais (capacidades técnicas) para o trabalho interprofissional.					
9	Meu conhecimento a respeito das funções e potencialidades de cada profissão que compõe a(s) equipe(s) que atuo.					
10	A receptividade dos usuários para o cuidado de forma interprofissional.					
11	As oportunidades que tenho para compartilhar meus conhecimentos com outros profissionais.					
12	As oportunidades que tenho para aprender com outro(s) profissional(is) da equipe.					

Fonte: elaboração própria.

Posteriormente, o instrumento foi enviado para 32 especialistas, especificamente docentes de nível superior, com produção na área da saúde coletiva e experiência de

acompanhamento de estudantes de graduação e/ou pós-graduação no contexto da APS. O envio ocorreu por meio de *link* do Google Forms® por correio eletrônico. Alguns desses

especialistas foram escolhidos por conveniência e outros a partir de sua produção na temática do trabalho em equipe na APS, identificados a partir de buscas realizadas na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Além disso, foram consideradas as diferentes regiões e especialistas de distintas instituições de ensino.

Vinte especialistas de três regiões do Brasil (Sul, Norte e Nordeste) e seis diferentes instituições de ensino (UEL, Universidade Estadual do Centro Oeste – Unicentro, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Universidade Federal do Amazonas – Ufam e Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS) responderam ao formulário relativo à avaliação de conteúdo do instrumento. Em relação à formação inicial (graduação) dos especialistas, cinco tinham formação em enfermagem, quatro em educação física, três em fisioterapia, três em fonoaudiologia, dois em nutrição e um para cada uma das seguintes áreas: odontologia, farmácia e psicologia.

No texto introdutório da mensagem eletrônica enviada aos especialistas, buscou-se esclarecer os objetivos do instrumento e que os profissionais que atuavam na APS eram o público-alvo que estava em construção. Foi solicitado que os especialistas avaliassem cada uma das questões, indicando se estas eram válidas para investigar as barreiras e facilitadores para a PIC, em uma escala de 1 a 4. Além disso, após cada questão havia espaço para que os(as) especialistas incluíssem comentários ou sugestões a respeito dela. As respostas 3 e 4 foram consideradas como sendo adequadas quanto a validade de conteúdo, isto é, no julgamento do(a) especialista, a pergunta apresentava validade para se investigar as barreiras e facilitadores para a PIC.

Para análise da validade de conteúdo, foi realizado o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção de especialistas que estão em concordância sobre os indicadores que compõem o instrumento. Todos os comentários e sugestões de alteração

das questões foram analisados e discutidos por três dos autores deste estudo (MRL, LJB e SSC), os quais chegaram a consensos após os apontamentos dos avaliadores, que foram, em geral, bastante pontuais.

Etapa 2 – Reprodutibilidade

Para verificar a reprodutibilidade do instrumento, foram selecionados, por conveniência, profissionais atuantes na APS de dois municípios do Paraná, sendo um de pequeno porte (com menos de 20 mil habitantes) e outro de porte médio (população aproximada de 180 mil habitantes). Foi realizado contato com gestores de saúde de ambos os municípios, os quais realizaram o convite aos profissionais de saúde por mensagem do WhatsApp, contendo o link do instrumento no Google Forms. Os profissionais foram convidados a responder o instrumento em duas ocasiões, sendo o segundo convite enviado cinco dias após a primeira participação. A diferença de dias observada entre a primeira e a segunda resposta dos profissionais variou de cinco a 11 dias.

Ao todo, 27 profissionais responderam ao instrumento nas duas ocasiões, sendo seis formados em educação física, cinco em nutrição, quatro em fisioterapia, dois em enfermagem, dois em psicologia, um em odontologia, um em serviço social, além de três agentes comunitários de saúde, dois agentes de endemias e uma técnica em enfermagem.

A reprodutibilidade foi calculada pela concordância relativa e considerada adequada quando a concordância foi maior do que 70%³⁰.

Etapa 3 – Validade confirmatória e consistência interna do instrumento

Esta etapa teve como objetivo analisar a validade fatorial confirmatória e a consistência interna do instrumento sobre barreiras e facilitadores para a PIC entre profissionais de saúde.

Para tanto, foram considerados elegíveis para o estudo os profissionais de saúde

atuantes na APS de todos os municípios paranaenses de pequeno porte (n=58), vinculados à cinco regionais de saúde (Curitiba, Irati, Ivaiporã, Londrina e União da Vitória). Os municípios que participaram desta etapa não participaram da etapa anterior.

Inicialmente, realizou-se contato com apoiadores regionais de saúde e/ou Consórcios Intermunicipais de Saúde e com os/as secretários(as) de cada município, explicando os objetivos e procedimentos da pesquisa. Estes encaminharam convite à pesquisa aos trabalhadores da APS ou repassaram contatos de coordenadores, para que estes pudessem ser os multiplicadores da informação aos profissionais.

Posteriormente, foi enviado um instrumento de coleta de dados, por meio de *link* do Google Forms®, diretamente aos profissionais, via correio eletrônico ou contato de WhatsApp. Na mensagem, havia a explicação sobre a pesquisa e os procedimentos; caso o profissional aceitasse participar, assinalava que concordava com a participação e indicava que havia lido e concordado com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No total, 799 profissionais, vinculados à 52 diferentes municípios, participaram do estudo, respondendo a um questionário que continha 76 questões, divididas em quatro seções (caracterização; aspectos gerais do trabalho em equipe; Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa; e informações gerais). Em relação à caracterização dos sujeitos participantes desta etapa do estudo, a maior parte era de mulheres (88,1%), entre 30 e 49 anos de idade (68,1%), autodeclarados brancos(as) (74,3%) e casados(as) (69,7%). Metade dos sujeitos possuía curso superior completo (50,1%), sendo que 24,8% tinham pelo menos um curso de pós-graduação concluído (191 em nível de especialização, quatro em nível de mestrado e três em nível de doutorado). Quanto ao tempo de atuação na APS, 35,9% referiram atuar há pelo menos 10 anos. Quanto às categorias

profissionais, observaram-se respostas de 17 categorias profissionais, sendo que as com mais respostas foram agentes comunitários de saúde (38,2%), profissionais de enfermagem (17,6%) e técnicos em enfermagem (16,6%).

A partir desse conjunto de dados foi testada a estrutura do instrumento por meio da análise fatorial exploratória com rotação ortogonal Varimax para determinar a estrutura básica do instrumento, o coeficiente alfa de Cronbach foi usado para determinar a consistência interna do instrumento. Posteriormente, testou-se a validade confirmatória utilizando o MLR (Estimador de Máxima Verossimilhança) como estimador do modelo e adotou-se que um modelo de bom ajuste deveria apresentar índices de ajuste: valor $<0,05$ e o limite superior do intervalo de confiança de 90% inferior a 0,08 para o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)³¹ e valores superiores a 0,90 para o Comparative Fit Index e o Tucker Lewis Index (CFI/TLI)³². Por fim, foi analisada a validade convergente, os itens indicadores de um fator específico que devem possuir uma elevada proporção de variância em comum e a validade discriminante que mede o grau em que um construto se difere dos demais. Para avaliar essas validades foi utilizada a correlação entre os fatores e a medida de Variância Média Extraída (VME) de cada item entre os fatores³³.

Resultados

Etapa 1 - Validade de conteúdo

Em relação aos resultados da primeira etapa (validade de conteúdo), observou-se que em todos os itens os(as) especialistas consideraram, em sua maioria, as questões como adequadas quanto a validade de conteúdo (respostas 3 e 4 na escala), sendo que o menor IVC foi de

85% e o maior 95%, com valor médio de 90%. Das 12 questões, cinco tiveram IVC de 95%, duas de 90% e cinco de 85%.

A partir destes resultados e da análise dos comentários deixados pelos(as) especialistas, foram realizadas pequenas modificações no instrumento, mas considerando o mesmo com adequada validade de conteúdo.

Etapa 2 - Reprodutibilidade

Todos os itens do instrumento apresentaram concordância relativa maior que 74%, sendo que o percentual de concordância variou entre 74,1% a 96,3% (tabela 1).

Tabela 1. Índice Kappa e percentual de concordância das perguntas relacionadas a Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa (n=27 profissionais de um município de pequeno porte e um de porte médio, Paraná, Brasil, 2022)

	Kappa	Concordância (%)
A composição das categorias profissionais com quem atuo.	0,289	85,1
A(s) estrutura(s) física(s) do(s) local(is) em que atuo.	0,645	85,1
Minha carga de trabalho do(s) local(is) em que atuo.	0,439	74,1
A organização do processo de trabalho do(s) local(is) que atuo.	0,682	85,1
A gestão/coordenação do(s) local(s) onde atuo.	0,658	88,9
Meu conhecimento atual sobre o trabalho interprofissional.	0,260	85,1
Minha disposição para o trabalho interprofissional.	0,080	85,1
Minhas habilidades atuais (capacidades técnicas) para o trabalho interprofissional.	0,649	96,3
Meu conhecimento a respeito das funções e potencialidades de cada profissão que compõe a(s) equipe(s) que atuo.	*	92,3
A receptividade dos usuários para o cuidado de forma interprofissional.	0,575	85,1
As oportunidades que tenho para compartilhar meus conhecimentos com outros profissionais.	0,502	81,2
As oportunidades que tenho para aprender com outro(s) profissional(is) da equipe.	0,289	85,1

Fonte: elaboração própria

*não calculou, pois nenhum dos profissionais indicou a variável como uma barreira na primeira avaliação.

Etapa 3 - Análise de estrutura

O instrumento apresentou uma estrutura tri-fatorial, sendo os fatores denominados:

- Fator 1 – Composição das equipes e oportunidades para compartilhamento de conhecimentos, que incluiu três itens: a composição das categorias profissionais, as oportunidades existentes para compartilhamento de conhecimentos do próprio profissional e as oportunidades existentes para que o profissional

aprenda com outros profissionais (itens B1, B11 e B12);

- Fator 2 – Condições de trabalho, que compreendeu quatro itens: a estrutura física, a carga de trabalho, a organização do processo de trabalho e a gestão/coordenação (itens B2, B3, B4 e B5);

- Fator 3 – Conhecimentos, atitudes e habilidades, que incluiu cinco itens: conhecimento sobre o trabalho interprofissional colaborativo, disposição para o trabalho interprofissional

colaborativo, habilidades atuais para o trabalho interprofissional colaborativo, conhecimento a respeito das funções, potencialidades de cada profissão e receptividade dos usuários para o cuidado de forma interprofissional (itens B6, B7, B8, B9, B10).

A composição dos três fatores explicou 67,6% da variância total do instrumento e apresentou valores de tamanho da amostra adequado (teste de Kaiser-Meyer-Olkin= 0,914; $p < 0,001$) e esfericidade de Bartlett (qui-quadrado 4820,6; $p < 0,001$) para a estrutura fatorial

(dados não apresentados em tabelas).

ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO

A análise da consistência interna através do alfa de Cronbach mostrou valores que variaram entre 0,76 para o Fator 1 e 0,87 para o Fator 3. Os 12 itens incluídos no modelo final do instrumento contribuíram para sua estrutura final, não sendo indicada a exclusão de nenhum dos itens (*tabela 2*).

Tabela 2. Análise da consistência interna dos itens do instrumento sobre Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa entre profissionais de saúde. Paraná, Brasil, 2022 (n= 799)

Alpha	Itens	Alpha se o item for deletado
Fator Composição das equipes e oportunidades para compartilhamento de conhecimentos Alpha= 0,76	Item B1 – A composição das categorias profissionais com quem atuo	0,72
	Item B11 – As oportunidades que tenho para compartilhar meus conhecimentos com outros profissionais	0,59
	Item B12 – As oportunidades que tenho para aprender com outros profissionais	0,61
Fator Condições de Trabalho Alpha= 0,81	Item B2 – A estrutura física	0,79
	Item B3 – Minha carga de trabalho	0,77
	Item B4 – A organização do processo de trabalho	0,71
	Item B5 – A gestão/coordenação	0,77
Fator Conhecimentos, atitudes e habilidades Alpha= 0,87	Item B6 – Meu conhecimento atual sobre trabalho interprofissional	0,84
	Item B7 – Minha disposição para o trabalho interprofissional	0,83
	Item B8 – Minhas habilidades atuais para o trabalho interprofissional	0,83
	Item B9 – Meu conhecimento a respeito das funções e potencialidades de cada profissão que compõem a equipe que atuo	0,84
	Item B10 – A receptividade dos usuários para o cuidado de forma interprofissional	0,86

Fonte: elaboração própria.

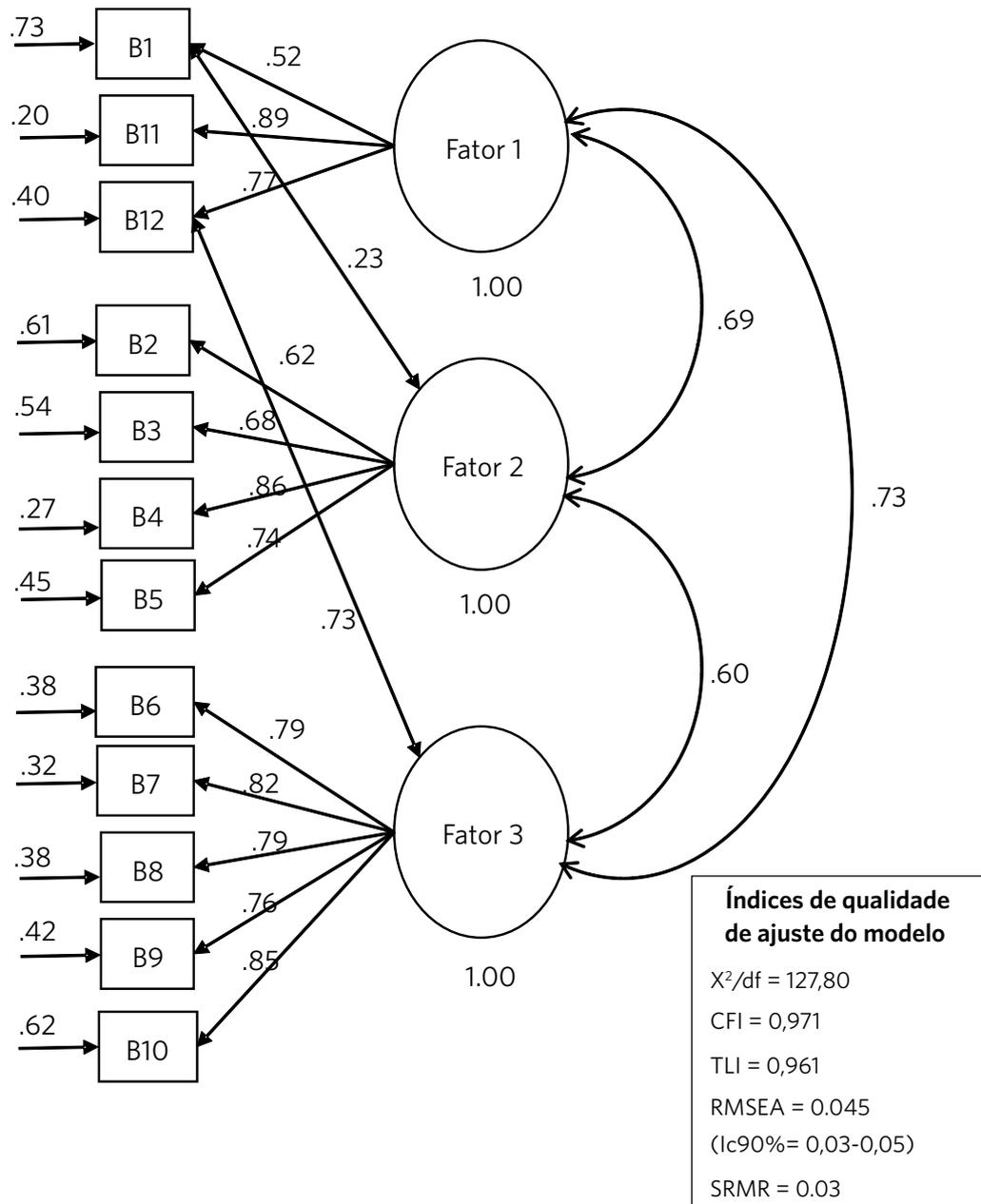
ANÁLISE DE VALIDADE CONFIRMATÓRIA

O modelo inicial apresentou uma qualidade de ajuste razoável para RMSE (valor = 0,085). Com base nos índices de modificação, foram realizados ajustes atribuindo correlação entre os itens B1 com o Fator

2 e B12 com Fator 3. Com isso, o modelo final mostrou uma qualidade de ajustamento excelente ($X^2/df = 127,80$; CFI = 0,971; TLI = 0,961; RMSEA = 0.045; $P [rmsea \leq 0.05] 1.0$; SRMR = 0.03). A *figura 1* apresenta os valores das cargas fatoriais padronizadas e a confiabilidade individual de cada um dos itens

no modelo de medida. Pode-se observar que todas as cargas fatoriais padronizadas foram superiores a 0,52 e a correlação entre os fatores menores do que 0,74.

Figura 1. Resultados da análise fatorial confirmatória da escala de facilitadores para a prática interprofissional colaborativa entre profissionais de saúde. Paraná, Brasil, 2021(n= 799)



Fonte: elaboração própria.

ANÁLISE DE VALIDADE CONVERGENTE E DISCRIMINANTE

A medida da VME foi de 0,55 para o Fator 1, 0,53 para o Fator 2 e 0,64 para o Fator 3. Todos os valores foram superiores a 0,50, mostrando haver validade convergente dos itens que formam os fatores. Já a medida de validade

convergente calculou a raiz quadrada da VME para cada fator e comparou os valores com o coeficiente de correlação obtido no modelo de análise (tabela 3). Observaram-se valores de 0,74 (entre F1 e F2), 0,72 (entre F1 e F3) e 0,80 (entre F2 e F3) (dados não apresentados em tabelas).

Tabela 3. Coeficiente de correlação e Variância Média Extraída (VME) do instrumento sobre Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa entre profissionais de saúde. Paraná, Brasil, 2022 (n= 799)

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Fator 1	(0,55) ^a		
Fator 2	0,69	(0,53) ^a	
Fator 3	0,73	0,60	(0,64) ^a

Fonte: elaboração própria

^aValor da Variância Média Extraída (VME).

Nota: Valores de VME superiores a 0,50 indicam que o modelo é adequado e possui validade convergente^{24,25}. Já valores da raiz quadrada da VME devem ser superiores aos valores de coeficiente de correlação para que exista validade discriminante^{24,25}.

Discussão

A atuação em equipe dos profissionais na APS está relacionada a diversos fatores, que podem se constituir em barreiras ou facilitadores para a PIC. Examinar como estes fatores se apresentam no cotidiano de um serviço, de forma simples e objetiva, o que permite avaliar maior número de profissionais em pouco tempo, pode ser importante para subsidiar gestores para adoção de medidas que potencializem os facilitadores ou superem as barreiras existentes, com vistas a alcançar a colaboração efetiva entre os profissionais, contribuindo para a integralidade do cuidado na APS. Além disso, a consolidação de um modelo de atenção pautado na lógica da colaboração, do apoio e da interprofissionalidade exige a quebra de paradigmas enraizados em nossa cultura, que operam tanto nos espaços de

formação na graduação, quanto na realidade dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o instrumento proposto poderá auxiliar no preenchimento de uma lacuna, haja vista que, apesar da existência de escala que avalia a colaboração interprofissional (AITCS II – BR)²³, não foram encontrados instrumentos específicos que pudessem auxiliar na identificação das barreiras e facilitadores para a PIC na APS. Evidentemente, o presente instrumento (BFPIC-APS) tem a limitação de permitir a identificação de possíveis barreiras e facilitadores somente na percepção dos profissionais de saúde da assistência, não incluindo os gestores.

Além disso, vale destacar que avaliar qualquer elemento ligado à PIC é tarefa complexa, inclusive porque esta acontece em contextos que podem ter grandes diferenças e particularidades. Talvez por isso, boa parte da literatura

relativa a esta temática faz uso de métodos qualitativos de análise, que permitem uma avaliação mais aprofundada nas especificidades de cada contexto.

Um instrumento como o BFPIC-APS, que busca ser mais simples e objetivo, certamente não consegue possibilitar, pelo menos se aplicado isoladamente, o mesmo nível de aprofundamento de métodos qualitativos. Por outro lado, justamente por sua simplicidade e objetividade, pode ser útil para ser aplicado com um maior número de profissionais em um curto espaço de tempo, gerando resultados que possibilitem uma boa avaliação sobre barreiras e facilitadores para a PIC.

Ademais, como qualquer instrumento desta natureza, tem a limitação de não permitir maiores aprofundamentos em questões macro contextuais, que podem ter grande relevância e influenciar a operacionalização da PIC. Por exemplo, a questão do financiamento, que é sempre uma questão central na APS, das prioridades das gestões municipais de saúde, de aspectos ligados às características de cada território, dentre outros. Em outras palavras, o instrumento permite uma avaliação sobre aspectos próximos da atuação dos profissionais. No entanto, isso não quer dizer que os resultados não permitam levantar informações que podem ser úteis em um nível macro.

A avaliação dos três fatores propostos pelo BFPIC-APS (a saber: 1- A composição da equipe e oportunidades para o compartilhamento de conhecimento; 2- As condições de trabalho e; 3- Os conhecimentos, atitudes e habilidades), torna-se importante por permitir a reflexão sobre como aspectos estruturais, que dependem mais diretamente de políticas públicas e financiamento, afetam o cotidiano do serviço e do trabalho em equipe, no caso específico, a PIC. Por exemplo, nos dois primeiros grupos de fatores do instrumento estão questões relacionadas à gestão do trabalho e que têm papel fundamental para a promoção da PIC^{24-27,34}.

Nesse contexto, estudos apontam que a oportunidade de comunicação partilhada, frequente e informal entre os profissionais^{27,34},

a existência de espaços instituídos e a possibilidade de reuniões frequentes entre os profissionais que atuam na APS²⁴⁻²⁷, bem como compartilhamento de responsabilidades e práticas¹⁸, são essenciais para a colaboração interprofissional. Estes elementos estão diretamente relacionados e podem ser avaliados pelo primeiro fator do BFPIC-APS – ‘composição da equipe e as oportunidades para o compartilhamento de conhecimento’.

Outro aspecto a ser considerado é o importante papel de governança que a gestão/ coordenação exerce na implementação de estratégias de articulação e integração dos profissionais e no incentivo para que as práticas colaborativas integrem o processo de trabalho na unidade^{5,24}. Dentre as estratégias de organização dos processos de trabalho, podem ser citadas: a liberação de espaços para matriciamento nas reuniões de equipe, articulação das agendas para a realização de trabalhos coletivos, bem como a organização da logística/espaço físico para o desenvolvimento de grupos e atividades coletivas²⁴.

Estudo de revisão apontou que a configuração favorável do espaço físico se constitui em um dos principais facilitadores das PIC²⁷, além de demonstrar como a sobrecarga de trabalho³³ e o grande número de atendimentos prejudica a colaboração^{35,36}. Estas questões podem ser avaliadas pelo segundo grupo de fatores da BFPIC-APS.

Já o terceiro grupo de fatores considera questões relacionadas aos conhecimentos, atitudes e habilidades dos profissionais para o trabalho interprofissional. Estudos apontam que, no Brasil, a formação dos profissionais é majoritariamente uniprofissional, devido ao centrismo na profissão que permeia os ambientes de formação na área da saúde, não sendo trabalhada a prática interprofissional e o potencial das práticas colaborativas na atenção à saúde³⁷. O reconhecimento e a problematização destes aspectos são essenciais para se promover a competência interprofissional nos espaços da APS³⁸, o que é possibilitado pela aplicação do instrumento BFPIC-APS.

Especificamente quando se fala em atitudes, a principal indagação do instrumento ao trabalhador da APS é saber como é sua percepção sobre sua ‘disposição para o trabalho interprofissional’. Este item tem uma importância singular a partir do momento que avalia o quanto este trabalhador está disposto a se abrir para desenvolver seu trabalho junto com o outro, de forma interprofissional. Estudos que avaliam o trabalho em equipe apontam itens relacionados ao convívio em equipe, indicando a necessidade de se desenvolver entre os membros aspectos subjetivos ligados à capacidade de estabelecer confiança, de se resolver conflitos, de escutar e conhecer o outro e de exercer liderança colaborativa^{20,23-28}, fatores estes que são complexos e exigem do trabalhador um movimento de extrapolar os limites de uma intervenção estritamente uniprofissional e se abrir para o compartilhamento de ações e, também, de emoções³⁹.

Investir na avaliação do trabalho em saúde por meio de um instrumento que possibilita a identificação de barreiras e facilitadores para a PIC no cotidiano da APS pode impactar, inclusive, na qualidade e custos do sistema, pois há indicativos de que a PIC pode auxiliar na diminuição do absenteísmo profissional, na maior satisfação com o ambiente de trabalho, na segurança do paciente e na melhoria da qualidade do cuidado²⁹. Assim, o instrumento proposto pode ser importante para o diagnóstico da PIC e ser importante como disparador de processos de mudança, principalmente a partir dos processos de educação permanente.

Ademais, destacamos que o instrumento pode ser útil para o planejamento de ações ligadas mais diretamente à um contexto específico, por exemplo, a partir da análise de dados obtidos em Unidade Básica de Saúde específica, como também pode servir para ações em outros níveis, como as próprias secretarias de saúde e mesmo, por exemplo, influenciando a melhoria da formação profissional em saúde, uma vez que esta é mencionada muitas vezes como um dos aspectos que dificulta a operacionalização da PIC.

Reforça-se assim a importância do processo de avaliação das ações em saúde, mais especificamente a PIC. Vale mencionar a necessidade de uma visão ampliada sobre a avaliação, compreendendo esta não como um fim em si mesmo, como muitas vezes acontece, mas como uma parte fundamental para a avaliação dos processos de trabalho e impacto das ações, além de não ser usada para punição dos envolvidos, mas como um processo natural que deve ser usado para repensar ações, rever objetivos, reorganizar planejamento, dentre outros.

Conclusões

Os resultados indicam que o instrumento BFPIC-APS possui validade de conteúdo, fidedignidade das medidas e estrutura fatorial aceitáveis, podendo ser utilizado para avaliar barreiras e facilitadores para a PIC entre profissionais da APS.

Reforça-se que este é um instrumento de avaliação que pode subsidiar o planejamento de serviços, no entanto, outros recursos diagnósticos não devem ser excluídos, mas incorporados ao processo. Recomenda-se também que este instrumento seja aplicado em diferentes cenários e sua aplicação acompanhada por estudos longitudinais, que avaliem seus efeitos para a promoção da PIC.

Colaboradores

Loch MR (0000-0002-2680-4686)*, Borges LJ (0000-0002-0142-3641)* e Coutinho SS (0000-0002-5398-4352)* contribuíram para concepção da ideia, coordenação do projeto de pesquisa, coleta de dados, redação preliminar, revisão do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. Carvalho BG (0000-0003-3850-870X)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo. Rech CR (0000-0002-9647-3448)* contribuiu para análise de dados, redação preliminar, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2023 nov 8]; Edição 183; Seção 1:68. Disponível em: https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf
2. Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev Psicol Saúde*. 2020;12(1):143-55. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>
3. Machado MDFAS, Xavier SPL, Rodrigues ADL, et al. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde debate*. 2021;45(131):987-97. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113104>
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
5. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl2):1525-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
6. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAMD, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
7. Silva JAMD, Peduzzi M, Orchard C, et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49:16-24. DOI: [10.1590/S0080-623420150000800003](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003).
8. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissio-*
9. Barros NFD, Spadacio C, Costa MVD. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*. 2018;42:163-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>
10. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(2):262-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200020>
11. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, et al. Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2020;25(1):e20200093. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0093>
12. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2005;53(esp):143-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700024>
13. Santos RR, Lima EDFA, Freitas PDSS, et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2016;18(1):130-9.
14. Kanno NP, Peduzzi M, Germani ACCG, et al. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(10):e00213322. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322>
15. Hammick M, Freeth D, Koppel I, et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide nº 9. *Med Teach*. 2007;29(8):735-51. DOI: <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>
16. Petermann XB, Miolo SB. Educação interprofissional em saúde no ensino superior: revisão integrati-

- va sobre a experiência brasileira. *Educ Teoria Prát.* 2021;31(64):e02. DOI: <https://doi.org/10.18675/1981-8106.v31.n.64.s14608>
17. Baquião APDSS, Almeida BC, Silva LGR, et al. Educação interprofissional em saúde: revisão integrativa da literatura brasileira (2008-2018). *Rev Psicol Saúde.* 2020;12(4):125-39. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1275>
 18. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16:1933-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300027>
 19. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc saúde coletiva.* 2015;20(8):2511-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
 20. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu).* 2018;22(supl2):1535-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-576220170647>
 21. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:549.
 22. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2016 maio 24; Seção I:44.
 23. Bispo EPF, Rossit RAS. Processo de validação e adaptação transcultural do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II). *J Manag Prim Health Care.* 2017;8(3):10-11. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i3.599>
 24. Lopes WP, Carvalho BG. Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* 2022;10(2):253-68. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i2.5414>
 25. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, et al. Práticas colaborativas em núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Saud Pesq.* 2022;15(1):e-9566. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n1.e9566>
 26. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:1217-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
 27. Seaton J, Jones A, Johnston C, et al. Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. *J Interprof Care.* 2021;35(2):217-28. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311>
 28. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: University of British Columbia; 2010.
 29. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016;20:905-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
 30. Terwee CB, Bot SD, Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
 31. Wang J, Wang X. *Structural Equation Modeling: Applications using Mplus.* Chichester: John Wiley & Sons; 2012.
 32. Marôco J. *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações.* Prêro Piñheiro: Editora Report Number; 2021.

33. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, et al. *Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. Los Angeles: SAGE; 2014.
34. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*. 2016;26(2):455-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
35. Falci DM, Belisário SA. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. *Interface (Botucatu)*. 2013;17:885-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000027>
36. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015;19:779-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542>
37. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(67):1183-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>
38. Costa MV, Freire Filho JR, Brandão C, et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl2):1507-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636>
39. Silva MA, Cardoso ELS, Miranda TTL, et al. Competências emocionais como dispositivo para integralização do cuidado em saúde: contribuições para o trabalho interprofissional. *Est Inter Psicol*. 2019;10(2):226-39. DOI: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n2p226>

Recebido em 25/06/2024

Aprovado em 30/12/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: pesquisa realizada com financiamento do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS Edição 2020/2021 Fundação Araucária-PR/Sesa-PR/CNPq /Decit/SCTIE/MS (Convênio nº 076/2021)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos