



ARTIGO ORIGINAL

Evidências de validade e confiabilidade para uso da *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS-40)* em estudantes da Bahia

Evidences of validity and reliability for use of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS-40) in students of Bahia

Evidencias de validez y confiabilidad para el uso de la Escala de Preparación para el Aprendizaje Interprofesional (RIPLS-40) en estudiantes de Bahía

 Everson Meireles*
 Laís Souza da Silva**
 Luciana Alaíde Alves Santana***
 Ramona Fernanda Ceriotti Toassi****
 Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva*****
 Marina Peduzzi*****

RESUMO

Introdução: *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) é uma escala psicométrica de autorrelato que se propõe a avaliar a disponibilidade de estudantes e profissionais de saúde para o aprendizado compartilhado e colaborativo entre profissões de diferentes áreas. Desde que foi proposta originalmente na Inglaterra, em 1999, a RIPLS tem sido utilizada em diferentes países, incluindo o Brasil, num processo contínuo de aprimoramento e de demonstração de evidências de validade e confiabilidade para uso e interpretação dos resultados obtidos com sua utilização. **Objetivo:** Avaliar evidências de validade e confiabilidade para a RIPLS-40 em uma amostra de estudantes de cursos de graduação em saúde de uma universidade pública localizada no interior do estado da Bahia. **Metodologia:** Participaram 205 estudantes de cinco cursos da área da saúde (Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia), com modelos de formação distintos: formação linear e em ciclos. Os dados foram coletados em sala de aula. Foram realizadas análises fatoriais/modelagens exploratórias de equações estruturais (ESEM) para avaliar a dimensionalidade do instrumento, bem

* Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Brasil. E-mail: emeireles@ufrb.edu.br.

** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Brasil. E-mail: lais.ufrb@gmail.com.

*** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Brasil. E-mail: lualaide@ufrb.edu.br.

**** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br.

***** Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, Brasil. E-mail: jaqueline.alc@ufscar.br.

***** Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. E-mail: marinape@usp.br.

Autor para correspondência: Everson Meireles. E-mail: emeireles@ufrb.edu.br.

como análises de confiabilidade e de comparação de grupos ao nível de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Os resultados das análises psicométricas indicaram ajuste satisfatório do modelo fatorial de três fatores: “Trabalho em equipe e colaboração” (CC = 0,89); “Identidade profissional” (C = 0,67); “Atenção centrada no paciente” (CC = 0,92). A RIPLS-40 foi capaz de diferenciar grupos e identificar atividades acadêmicas potentes para a promoção da interprofissionalidade. **Conclusão:** Foram demonstradas evidências de validade e de confiabilidade da RIPLS-40, sobretudo para os fatores “Trabalho em equipe e colaboração” e “Atenção centrada no paciente”. Estudos complementares são recomendados para o uso da escala RIPLS-40, em particular para o fator “Identidade profissional”, que vem apresentando fragilidade na validação nos contextos brasileiros, bem como em outros países.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Estudo de Validação. Psicometria. Universidades.

ABSTRACT

Introduction: Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) is a self-report psychometric scale that aims to assess the availability of students and health professionals for shared and collaborative learning between professions from different areas. Since it was originally proposed in England in 1999, RIPLS has been used in different countries, including Brazil, in a continuous process of improvement and demonstration of evidence of validity and reliability for use and interpretation of results obtained with its use. **Objective:** To evaluate evidence of validity and reliability for the RIPLS-40 in a sample of students from undergraduate health courses at a public university located in the interior of the state of Bahia. **Method:** 205 students participated in five health courses (Interdisciplinary Bachelor’s Degree in Health, Nursing, Medicine, Nutrition and Psychology), with different training models: linear and cycle training. Data were collected in the classroom. Factor analyses/exploratory structural equation modeling (ESEM) were carried out to evaluate the dimensionality of the instrument, as well as reliability and group comparison analyzes at the level of $p \leq 0.05$. **Results:** The results of the psychometric analyzes indicated a satisfactory fit of the factor model with three factors: “Teamwork and collaboration” (CC = 0.89); “Professional identity” (C = 0.67); “Patient-centered care” (CC = 0.92). RIPLS-40 was able to differentiate groups and identify powerful academic activities for promoting interprofessionality. **Conclusion:** Evidence of validity and reliability of the RIPLS-40 was demonstrated, especially for the factors “Teamwork and collaboration” and “Patient-centered care”. Additional studies are recommended for the use of the RIPLS-40 scale, in particular for the “Professional identity” factor, which has shown fragility in validation in Brazilian contexts, as well as in other countries.

Keywords: Interprofessional Education. Validation Study. Psychometrics. Universities.

RESUMEN

Introducción: *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) es una escala psicométrica de autoinforme que tiene como objetivo evaluar la disponibilidad de estudiantes y profesionales de la salud para el aprendizaje compartido y colaborativo entre profesiones de diferentes áreas. Desde que fue propuesto originalmente en Inglaterra en 1999, RIPLS ha sido utilizado en diferentes países, incluido Brasil, en un proceso continuo de mejora y demostración de evidencia de validez y confiabilidad para el uso e interpretación de los resultados obtenidos con su uso. **Objetivo:** Evaluar evidencia de validez y confiabilidad del RIPLS-40 en una muestra de estudiantes de cursos de pregrado en salud de una universidad pública ubicada en el interior del estado de Bahía. **Método:** Participaron 205 estudiantes de cinco carreras de salud (Licenciatura Interdisciplinaria en Salud, Enfermería, Medicina, Nutrición y Psicología), con diferentes modelos de formación: lineal y cíclica. Los datos fueron recogidos en el aula. Se realizaron análisis factoriales/modelos exploratorios de ecuaciones estructurales (ESEM) para evaluar la dimensionalidad del instrumento, así como análisis de

confiabilidad y comparación de grupos al nivel de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Los resultados de los análisis psicométricos indicaron un ajuste satisfactorio del modelo factorial de tres factores: “Trabajo en equipo y colaboración” (CC = 0,89); “Identidad profesional” (C = 0,67); “Atención centrada en el paciente” (CC = 0,92). RIPLS-40 pudo diferenciar grupos e identificar actividades académicas poderosas para promover la interprofesionalidad. **Conclusión:** Se demostró evidencia de validez y confiabilidad del RIPLS-40, especialmente para los factores “Trabajo en equipo y colaboración” y “Atención centrada en el paciente”. Se recomiendan estudios adicionales para el uso de la escala RIPLS-40, en particular para el factor “Identidad profesional”, que ha mostrado fragilidad en la validación en contextos brasileños, así como en otros países.

Palabras clave: Educación Interprofesional. Estudio de Validación. Psicometría. Universidades.

INTRODUÇÃO

Há mais de uma década a Organização Mundial da Saúde vêm divulgando a Educação Interprofissional (EIP) como uma potente resposta às mudanças requeridas na formação de profissionais da saúde (Frenk *et al.*, 2010; Organização Mundial da Saúde, 2010). Na região das Américas, especificamente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem envidado esforços para que seus países membros desenvolvam ações promotoras da EIP na formação dos profissionais de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017).

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reafirmou a prerrogativa constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) em ordenar a formação de trabalhadores da área da saúde e definiu princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, apontando o trabalho interprofissional como um fundamento da formação em saúde para a promoção do cuidado em equipes, em uma perspectiva interprofissional colaborativa (Brasil, 2017).

A EIP pode ser definida como o processo de aprendizagem em que estudantes e/ou profissionais de saúde de diferentes profissões (duas ou mais), aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, buscando construir práticas e decisões compartilhadas e colaborativas, para um cuidado efetivo (Barr, 2002; Peduzzi *et al.*, 2020).

Embora haja o reconhecimento da necessidade de avanços e inovações neste campo, o descompasso da formação em saúde com as necessidades dos sistemas de saúde no Brasil tem sido discutido na literatura (Vendruscolo; Prado; Kleba, 2014). A carência de profissionais de saúde voltados ao trabalho colaborativo em equipe que considerem a centralidade das necessidades dos usuários no cuidado também tem sido discutida (Frenk *et al.*, 2010; Freire Filho *et al.*, 2019; Peduzzi *et al.*, 2020).

À época da implantação do Programa de Apoio aos Planos de Restruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI (Brasil, 2007) o modelo de educação superior predominante no Brasil era o de uma estrutura curricular caracterizada pela concepção linear, fragmentação do conhecimento, reformas universitárias incompletas (ou frustradas), desregulamentação da educação superior, incompatibilidade do modelo nacional com outros sistemas mundiais. Dentre as 53 universidades federais que aderiram ao REUNI, apenas 26 apresentaram projetos com componentes de inovação. Destas, 17 propuseram transformações na arquitetura acadêmica – os Bacharelados Interdisciplinares (BI) – inspirados na proposta do movimento “Universidade Nova”, ancorado nas orientações de Anísio Teixeira e Darcy Ribeiro (Almeida-Filho; Nunes, 2020).

A proposta inovadora dos BI, com duração de três anos, representa o primeiro ciclo de formação em uma grande área de conhecimento, com currículos estruturados para oferecer componentes de formação geral e básica na grande área do BI. Tal proposta assegura aos egressos dos BI o acesso ao segundo ciclo de formação profissionalizante, ao terceiro ciclo de formação em nível de pós-graduação ou o mundo do trabalho (Almeida Filho; Nunes, 2020).

A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista, foi pioneira na criação de cursos na área da saúde alinhados à proposta da educação EIP. No estado da Bahia, destacam-se as iniciativas de criação dos Bacharelados Interdisciplinares em Saúde (BIS) nas Universidades Federais: da Bahia – UFBA, do Sul da Bahia – UFSB e do Recôncavo da Bahia – UFRB (Santana; Oliveira; Meireles, 2016). Para Veras *et al.* (2018), os cursos de bacharelado interdisciplinar focados na saúde são inovadores e apresentam potencial de preparar o/a estudante para o trabalho interprofissional.

Entende-se que modelos de formação em saúde inovadores, que valorizem a comunicação e interação entre os profissionais, com foco no trabalho colaborativo em equipe e na atenção centrada nos usuários nos serviços de saúde, podem contribuir para a criação e consolidação de um ambiente favorável ao efetivo aprendizado interprofissional. Neste contexto, as atitudes e a disposição de estudantes em aprender e compartilhar desses aprendizados com estudantes de outras áreas de saúde são apontadas como as mais importantes preditoras para o sucesso de atividades interprofissional no desenvolvimento de práticas colaborativas (Parsell; Bligh, 1999; Peduzzi *et al.*, 2015; Veras *et al.*, 2018; Toassi; Meireles; Peduzzi, 2021).

Assim, justificam-se estudos que investiguem quais variáveis e arranjos educacionais funcionam melhor para promover a EIP, em que circunstâncias e como a EIP pode impactar os resultados da atenção à saúde de usuários, da população e dos trabalhadores. Em revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação da EIP com evidências de validade e confiabilidade disponíveis para estudos com estudantes de graduação, Oates e Davidson (2015) encontraram nove instrumentos psicométricos, dentre os quais apenas um possuía adaptação transcultural para uso no Brasil – a *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)*. Por se tratar do instrumento de avaliação para o qual são buscadas evidências de validade e confiabilidade no presente estudo, a seção seguinte se dedica a discorrer brevemente sobre seu processo contínuo de validação.

Desenvolvimento e processo contínuo de validação da RIPLS

A RIPLS é uma escala psicométrica de autorrelato que se propõe a avaliar a disponibilidade de estudantes e profissionais de saúde para o aprendizado compartilhado e colaborativo com pessoas de outras profissões da saúde. Desde que foi proposta originalmente na Inglaterra por Parsell e Bligh (1999) o instrumento têm sido adaptado e validado em diversos países ao redor do mundo, por exemplo: Emirados Árabes (El-Zubeir; Rizk; Al-Khalil, 2006); Canadá (Cloutier *et al.*, 2014); Brasil (Peduzzi *et al.*, 2015); Holanda (Pype; Deveugele, 2016); Estados Unidos da América (Rich; Tillman; Adams, 2017); Japão (Oishi *et al.*, 2017); China (Li; Sun; Zhang, 2018); Turquia (Ergönül *et al.*, 2018); Irã (Ataollahi *et al.*, 2019).

A primeira versão da RIPLS foi testada em um estudo piloto com 120 estudantes de oito cursos de graduação em saúde (Parsell; Bligh, 1999). Por meio de análises de componentes principais, foi proposta uma estrutura de três componentes para representar o agrupamento de 19 itens: “Trabalho em equipe e colaboração” ($\alpha = 0,88$); “Identidade profissional” (α

= 0,63) e “Papéis e responsabilidades profissionais” ($\alpha = 0,32$). Mesmo com resultados de consistência interna pouco favoráveis para dois dos três componentes, a escala foi ganhando popularidade, sendo traduzida para diversas línguas e utilizada como uma das principais medidas de EIP junto a estudantes e profissionais de saúde.

McFadyen *et al.* (2005) utilizaram a versão da RIPLS com 19 itens em estudos longitudinais/coortes com duas amostras contendo 308 estudantes iniciantes em cursos da saúde e 247 já no final destes cursos, com experiências de EIP. Por meio de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, propuseram quatro fatores para a RIPLS – “Trabalho em equipe e colaboração” ($\alpha = 0,80$); “Identidade profissional”, com duas subescalas para avaliar identidade positiva e identidade negativa ($\alpha = 0,21$) e “Papéis e responsabilidades profissionais” ($\alpha = 0,40$).

No ano seguinte, Reid *et al.* (2006) propuseram uma versão da RIPLS com 23 itens. Utilizaram uma amostra de 546 pós-graduandos escoceses (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) e, por meio de análises fatoriais exploratórias, propuseram uma estrutura de três fatores, dois já relatados nos estudos progressos – “Trabalho em equipe e colaboração” ($\alpha = 0,88$); “Identidade profissional” ($\alpha = 0,69$) e um novo fator denominado de “Atenção centrada no paciente” ($\alpha=0,86$).

Mattick e Bligh (2005; 2009) propuseram uma versão ainda mais ampliada da escala, com 29 itens. Esta versão foi utilizada por El-Zubeir, Rizk e Al-Khalil (2006) em uma amostra de 178 estudantes dos anos finais de Medicina e Enfermagem dos Emirados Árabes. Por meio de análise de componentes principais, os autores chegaram a três componentes, conforme o estudo de Reid *et al.* (2006) – “Trabalho em equipe e colaboração” ($\alpha = 0,86$); “Identidade profissional” ($\alpha = 0,80$) e “Atenção centrada no paciente” ($\alpha = 0,80$).

Anos mais tarde, Peduzzi *et al.* (2015) realizaram a adaptação transcultural da RIPLS para uso no Brasil (versão com 29 itens proposta por Mattick; Bligh, 2005; 2009) com uma amostra de 327 estudantes de 13 cursos de graduação em saúde de uma universidade pública do estado de São Paulo. A partir de análises paralelas e análises fatoriais exploratórias no contexto de modelagens por equações estruturais (ESEM), obtiveram evidências favoráveis para três fatores – “Trabalho em equipe e colaboração” ($\alpha = 0,90$); “Identidade profissional” ($\alpha = 0,66$) e “Atenção centrada no paciente” ($\alpha = 0,75$).

Embora a RIPLS seja utilizada como uma das principais medidas de avaliação da EIP junto a estudantes e profissionais de saúde (Oates; Davidson, 2015), a partir da revisão dos estudos supracitados, é possível encontrar diferentes versões do instrumento e diferentes métodos de validação de sua estrutura interna, o que dificulta a comparabilidade entre os estudos. Por este motivo, críticas têm sido feitas no sentido de apontar limitações relacionadas à demonstração de evidências de validade da RIPLS. Entre as limitações, destacam-se as variadas configurações fatoriais apresentadas, dificultando a compreensão de quais dimensões, de fato, o instrumento mede; os baixos índices de consistência dos fatores “Identidade profissional” e “Papéis e responsabilidades”; a falta de um arcabouço teórico robusto; o foco apenas no indivíduo nos itens da dimensão “Atenção centrada no paciente” e a ausência de estudos preditivos capazes de explicar mudanças efetivas no cuidado dispensado aos pacientes nos sistemas de saúde (Mahler; Berger; Reeves, 2015; Schmitz; Brant, 2015; Chaudhry; Mohamma; Chaudhry, 2020; Violato; King, 2021).

Além destas críticas, acrescenta-se a utilização de modelos de análise da dimensionalidade pouco adequados e nem sempre compatíveis com o nível de medida da RIPLS. Rauvola, Briggs e Hinyard (2020) argumentam que a ausência de estudos que demonstrem uma rede

nomológica com a especificação donexo causal entre medidas observáveis/itens e os construtos latentes/fatores, configura-se como uma lacuna importante na literatura sobre EIP e prática colaborativa.

Peduzzi *et al.* (2015) realizaram estudo visando a ampliação e o aprimoramento da escala para uso no Brasil, com anuência dos autores da versão original da escala. Buscaram ampliar a escala com a elaboração de novos itens para melhor representar os três fatores avaliados – seja para equilibrar melhor o número de itens em cada fator, seja para incluir itens com conteúdos mais abrangentes para representar os princípios da EIP e do SUS no contexto brasileiro. Assim, foi proposta uma versão com 40 itens para a RIPLS, tendo sido denominada RIPLS-40.

Estudos com a RIPLS-40 (Tompson *et al.*, 2018; Toassi; Meireles; Peduzzi, 2021) revelaram evidências iniciais de que o modelo tridimensional proposto por Mattick e Bligh (2005; 2009) apresenta ajuste aceitável aos dados empíricos coletados junto a uma amostra de 370 estudantes de 15 cursos de graduação na área da saúde de uma universidade pública do Rio Grande do Sul (“Trabalho em equipe e colaboração” [$\alpha = 0,89$]; “Identidade profissional” [$\alpha = 0,47$]; “Atenção centrada no paciente” [$\alpha = 0,83$]).

Diante do exposto e visando dar continuidade ao processo de aprimoramento e demonstração de evidências de validade e confiabilidade para uso da RIPLS-40 no Brasil, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar evidências de validade e confiabilidade para a RIPLS-40 em uma amostra de estudantes de cursos de graduação em saúde de uma universidade pública localizada no interior do estado da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo correlacional/*survey*, com recorte transversal, realizado em uma universidade pública localizada no interior do estado da Bahia, Brasil.

Participantes

A amostra de conveniência foi constituída por 205 estudantes, correspondendo cerca de 25% da população de estudantes com matrículas ativas na unidade acadêmica pesquisada. A idade dos participantes variou de 17 a 56 anos ($M = 23,5$; $DP = 5,6$), sendo 77,9% que se considerou como mulher cisgênero, 18,6% como homens cisgênero e 3,4% como pertencentes a outras categorias de gênero. Os estudantes vinculados a cinco cursos de graduação em saúde: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – BIS ($n = 43$; 21,0%); Enfermagem ($n = 19$; 9,3%); Medicina ($n = 64$; 31,2%); Nutrição ($n = 32$; 15,6%) e Psicologia ($n = 46$; 22,4%) – um estudante (0,5%) não informou o curso. No que tange ao modelo de formação em saúde, a distribuição foi a seguinte: primeiro ciclo (BIS = 43; Enfermagem = 15; Medicina = 29; Nutrição = 24 e Psicologia = 26, totalizando 137 estudantes; 66,8%); segundo ciclo (Medicina = 34; Nutrição = 6 e Psicologia = 5, totalizando 45 estudantes; 22,0%) e formação linear/turmas anteriores à reestruturação do modelo de formação na unidade acadêmica (Enfermagem = 4; Nutrição = 2 e Psicologia = 15, totalizando 21 estudantes; 10,2%). Dois estudantes (1,0%) não informaram o ciclo que estava cursando.

Instrumentos

O protocolo de coleta de dados foi composto de: (1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias; (2) Questionário sociodemográfico para caracterização da amostra contendo questões sobre: identidade de gênero, idade; curso, semestre e variáveis de percepção sobre a promoção da EIP na sua formação em saúde, considerando atividades acadêmicas diversas (e.g. atividades de pesquisa, extensão, disciplinas obrigatórias, disciplinas optativas, estágios, grupos de estudo, ligas acadêmicas), e (3) RIPLS-40, versão brasileira com 40 itens destinados a avaliar a disponibilidade para o aprendizado interprofissional por meio de três dimensões: “Trabalho em equipe e colaboração” ($\alpha = 0,89$); “Identidade profissional” ($\alpha = 0,47$); e “Atenção centrada no paciente” ($\alpha = 0,83$) (Tompson *et al.*, 2018; Toassi; Meireles; Peduzzi, 2021). As respostas foram registradas em uma escala *Likert* de 1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente.

Procedimentos de coleta de dados e considerações éticas

A coleta de dados foi realizada após a submissão e aprovação da pesquisa por Comitê de Ética (CAAE 71488217.2.1001.5504/Parecer nº 2.337.476). Foi realizada presencialmente, autoadministrada, no contexto de sala de aula, com duração máxima de 40 minutos. A participação no estudo foi condicionada à leitura e assinatura do TCLE.

Análise dos dados

Estatísticas descritivas (frequência e porcentagens) foram utilizadas para caracterização sociodemográfica da amostra por meio do *IBM SPSS Statistics v.23*. Para avaliação das evidências de validade baseadas na estrutura interna da RIPLS-40 (American Educational Research Association, 2014), foram realizadas análises fatoriais exploratórias a partir do software *Mplus 8.5*. Utilizou-se o método de Modelagem de Equações Estruturais Exploratórias (*Exploratory Structural Equation Modeling – ESEM*) (Aparuhov; Muthén, 2009), com Estimção dos Quadrados Mínimos Ajustados pela Média e Variância (*Weighted Least Squares Mean and Variance-adjusted – WLSMV*), implementado com correlações policóricas e rotação oblíqua GEOMN. Para a indicação do número de fatores a extrair foram utilizadas análises paralelas (Horn, 1965).

Como critérios para avaliação do ajuste do modelo estrutural foram utilizados os seguintes índices: Índice de Ajuste Comparativo (CFI) e *Índice de Tucker Lewis* (TLI) – ambos com valores $\geq 0,90$ para ajuste aceitável, e Raiz do Erro Quadrático Médio Aproximado (RMSEA) – valores $\leq 0,06$ para ajuste satisfatório, tendo 0,08 como limite crítico (Kline, 2011). Coeficientes alfa de Cronbach (α) e de Confiabilidade Composta (CC) foram utilizados para avaliar a confiabilidade dos fatores extraídos pela análise fatorial, sendo esperados valores iguais ou superiores 0,70 (Valentini; Damásio, 2016).

Por fim, com o intuito de avaliar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas – grupos critério (*American Educational Research Association*, 2014), os escores de cada fator da RIPLS-40 foram associados e/ou comparados em função de variáveis como: curso de graduação; posição no curso (semestre); modelo de formação (linear ou em ciclos); momento de escolha do curso profissionalizante (prévia, no ingresso ou tardia,

no segundo ciclo) e variáveis de percepção sobre a promoção da EIP na sua formação em saúde, considerando atividades acadêmicas diversas (e.g. atividades de pesquisa, extensão, disciplinas obrigatórias, disciplinas optativas, estágios, grupos de estudo, ligas acadêmicas) – as respostas a estas últimas variáveis permitiram a categorização dos estudantes em quatro grupos distintos em termos das percepções sobre até que ponto tais atividades promoviam a EIP. Foram utilizados testes estatísticos variados, conforme a natureza de cada variável de grupos-critério em análise (*qui-quadrado*, *t de Student* e/ou seu equivalente não paramétrico *Mann-Whitney* e *ANOVA*), considerando $p \leq 0,05$ como critério para resultados significativos. O tamanho do efeito (*d de Cohen*) foi calculado para resultados significativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análises paralelas (Horn, 1965) indicaram a possibilidade de extração de até cinco fatores (autovalores empíricos/aleatórios: 1 = 23,24/1,95; 2 = 3,32/1,83; 3 = 2,72/1,77; 4 = 1,89/1,69; 5 = 1,75/1,64; 6 = 1,51/1,57). Ao proceder às análises fatoriais exploratórias (ESEM), observou-se que somente a partir da solução com três fatores o modelo estrutural começava a apresentar ajuste aos dados empíricos (um fator: $CFI = 0,80$; $TLI = 0,79$; $RMSEA = 0,08$; dois fatores: $CFI = 0,87$; $TLI = 0,86$; $RMSEA = 0,07$; três fatores: $CFI = 0,92$; $TLI = 0,91$; $RMSEA = 0,05$). As soluções com quatro ($CFI = 0,94$; $TLI = 0,93$; $RMSEA = 0,05$) e cinco fatores ($CFI = 0,95$; $TLI = 0,94$; $RMSEA = 0,05$), embora tenham apresentado índices de ajuste aceitáveis, apresentaram fatores sub-representados e cargas fatoriais cruzadas com saturação dominante nos três primeiros fatores. Após avaliação destes modelos extraídos, a solução com três fatores foi a que melhor apresentou interpretabilidade teórica e ajuste psicométrico para representar a estrutura interna da escala no presente estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados da ESEM e de confiabilidade para o modelo tridimensional da RIPLS-40 (n = 205).

ITENS	FATORES		
	F1	F2	F3
03 Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.	0,88	-0,01	-0,13
02 Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	0,77	-0,04	0,04
01 A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	0,75	0,05	-0,07
04 A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.	0,72	0,13	0,01
06 A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.	0,67	0,23	-0,01
13 A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	0,64	-0,14	0,09
15 A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	0,64	-0,03	0,13

	ITENS	FATORES		
		F1	F2	F3
16	A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	0,64	-0,01	0,21
08	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.	0,51	0,04	0,21
05	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.	0,48	0,0	0,24
14	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.	0,47	-0,19	0,13
09	A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.	0,43	0,12	0,26
07	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.	0,40	0,12	0,24
23	Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).	-0,01	0,77	0,0
24	Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico).	-0,03	0,74	-0,01
17	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	-0,19	0,43	-0,13
27	Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).	0,28	0,38	0,23
21	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.	-0,14	0,30	-0,1
35	Compreender o contexto de vida do paciente contribui para a qualidade do cuidado.	0,16	0,0	0,77
38	Para desenvolver minhas atividades profissionais é importante conhecer as atribuições dos outros profissionais de saúde.	-0,02	-0,04	0,77
36	A família do paciente deve participar do cuidado.	0,01	-0,08	0,76
32	A qualidade do cuidado prestado ao paciente depende de conhecimentos e habilidades de diversas profissões da saúde.	0,06	0,0	0,72
37	O vínculo do profissional com o paciente e sua família influencia a qualidade do cuidado.	0,0	-0,13	0,71
40	É importante que os profissionais de saúde estabeleçam objetivos comuns para o trabalho em equipe.	0,09	0,03	0,71
33	A opinião do paciente pode mudar minha conduta clínica.	-0,08	-0,15	0,69
39	O paciente deve participar das decisões sobre seu plano terapêutico.	-0,04	-0,21	0,67
34	A articulação entre os profissionais de saúde é fundamental para a qualidade do cuidado ao paciente.	0,25	-0,09	0,66
28	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).	0,16	0,28	0,60
26	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).	0,24	0,09	0,59
31	O paciente é corresponsável pelo seu cuidado.	-0,21	0,02	0,57
30	Minha profissão desenvolve atividades interdependentes às de outros profissionais de saúde.	-0,25	0,2	0,51

ITENS	FATORES		
	F1	F2	F3
29 Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).	0,28	0,2	0,50
25 Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).	0,11	-0,07	0,49
Número de itens	13	5	15
Alfa de Cronbach (α)	0,85	0,54	0,85
Confiabilidade Composta (CC)	0,89	0,67	0,92

Indicadores de ajuste: $CFI = 0,92$; $TLI = 0,91$, $RMSEA = 0,05$

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

*Legenda: F1 = “Trabalho em equipe e colaboração”; F2 = “Identidade profissional”; F3 = “Atenção centrada no paciente”.

Nota: Foram criados escores fatoriais para representar a média das respostas aos itens de cada fator. Os itens do Fator 2 “Identidade profissional” foram invertidos para que a interpretação dos três fatores se fizesse sempre na direção da interprofissionalidade. Assim quanto maior o escore, maior a concordância com o conteúdo representado pelo fator e maior a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional.

Quatro itens foram excluídos por não apresentarem saturação $\geq 0,30$ (itens 18, 19, 20 e 22), tal qual observado em estudos pregressos (Peduzzi *et al.*, 2015; Toassi; Meireles; Peduzzi, 2021) e três itens não foram mantidos (itens 10, 11 e 12) por terem apresentado fortes cargas fatoriais cruzadas em mais de um fator (Fatores 1 e 2), prejudicando o julgamento da dominância fatorial sobre eles. Outros quatro itens (27, 30, 38 e 40) se agruparam de forma diferente ao observado por Toassi, Meireles e Peduzzi (2021). O Item 27 “Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes...”, alocado no fator “Atenção centrada no paciente” naquele estudo, aqui se agrupou no fator “Identidade profissional”; itens 30 “Minha profissão desenvolve atividades interdependentes às de outros profissionais de saúde” e 38 “Para desenvolver minhas atividades profissionais é importante conhecer as atribuições dos outros profissionais de saúde”, especificados por Toassi, Meireles e Peduzzi (2021) no fator “Identidade profissional”, aqui se agrupou no fator “Atenção centrada no paciente”; item 40 “É importante que os profissionais de saúde estabeleçam objetivos comuns para o trabalho em equipe”, especificado no fator “Trabalho em equipe e colaboração” naquele estudo, aqui se juntou ao fator “Atenção centrada no paciente”.

Estas divergências configurais parecem ser bem acomodadas na abordagem da EIP, que trata da formação dos profissionais em saúde e que está em desenvolvimento, uma vez que a interdependência das ações, o reconhecimento das atribuições das ações dos outros profissionais e os objetivos comuns podem remeter ao fator “Atenção centrada no paciente”, visto que esta decorre do trabalho em equipe integrado e colaboração interprofissional (na medida em que os profissionais colaboram mais entre si, mais próximos estarão de práticas centradas no usuário). Assim, a atenção centrada no usuário, família e comunidade pode ser entendida como um dos pilares de competências interprofissionais, que nesse domínio é caracterizada pela construção de vínculos entre os profissionais e usuários para sua participação ativa no processo de cuidado (D’Amour *et al.*, 2008). O marco canadense de competências colaborativas situa os domínios atenção centrada no paciente e comunicação interprofissional como nucleares para o desenvolvimento de competências colaborativas (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Em síntese, dentre os 40 itens iniciais 33 ficaram mantidos - um item a mais que a versão validada por Toassi, Meireles e Peduzzi (2021). O Fator 1, denominado de “Trabalho em equipe e colaboração”, agrupou 13 itens que avaliam atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais. O Fator 2 – “Identidade profissional”, agrupou cinco itens relacionados a atitudes negativas para aprendizagem interprofissional, referindo-se à autonomia profissional, objetivos clínicos de cada profissão isoladamente, subserviência ao profissional médico e, também, competição entre as profissões. O Fator 3, nomeado como “Atenção centrada no paciente” na RIPLS-40, reuniu 15 itens relacionados a atitudes positivas e disponibilidade para entender as necessidades de saúde da perspectiva do paciente e sua família, com base em relações de confiança, corresponsabilidade e cooperação. As correlações GEOMIN estimadas entre os três fatores foram as seguintes: Fator 1 e Fator 2 ($\Phi = -0,19$); Fator 1 e Fator 3 ($\Phi = 0,47$) e Fator 2 e Fator 3 ($\Phi = -0,07$). A análise da confiabilidade dos fatores retornou com índices aceitáveis para estudos exploratórios: Fator 1 – “Trabalho em equipe e colaboração” ($\alpha = 0,85$; $CC = 0,89$); Fator 2 – “Identidade profissional” ($\alpha = 0,54$; $CC = 0,67$) e Fator 3 – “Atenção centrada no paciente” ($\alpha = 0,85$; $CC = 0,82$), embora com resultados menos favoráveis para o fator que avalia Identidade profissional, tal qual observado em estudos progressos com a escala RIPLS (Parsell; Bligh, 1999; McFadyen *et al.*, 2005; Peduzzi *et al.*, 2015; Reid *et al.*, 2016; Tompsen *et al.*, 2018; Toassi; Meireles; Peduzzi, 2021).

Nas análises de comparação dos escores da RIPLS-40 (e.g. teste *t*, *Mann Whitney* e/ou ANOVA, utilizadas conforme natureza de cada variável de caracterização da amostra em análise) não foram encontradas diferenças significativas e relevantes em função da variável sexo (masculino ou feminino), faixa etária (17 a 20 anos; 21 a 24 anos; ≥ 25 anos), curso de graduação (Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Medicina ou BIS) e momento da escolha do curso (se prévia já no Sistema de Seleção Unificada – SISU, ou tardia - quando do acesso ao segundo ciclo). Este resultado corrobora em grande parte os achados de Tompsen *et al.* (2018), com amostra de 76 participantes de disciplina integradora com foco na EIP no Rio Grande do Sul, e de Cavinatto *et al.* (2022), do qual participaram 168 estudantes de uma universidade federal.

O resultado supracitado, contudo, destoa dos achados de Nuto *et al.* (2017), em estudo com a RIPLS junto a 770 estudantes de dez cursos da área da saúde em universidade privada de Fortaleza, a qual possui núcleos comuns de formação para os estudantes durante dois ou três semestres dos cursos. O estudo encontrou diferenças significativas em função das variáveis sexo, idade e momento no curso – naquele estudo, estudantes mais jovens, de início do curso e mulheres foram as que apresentaram maiores disponibilidades para o aprendizado interprofissional, aspecto que pode ter sido influenciado pela estrutura inicial dos cursos em núcleos comuns, mas que precisa de futuras investigações comparativas com modelos curriculares tradicionais (Nuto *et al.*, 2017).

A maioria dos estudantes deste estudo ($n = 129$; 72,9% da amostra total) referiu que seu curso promovia a EIP: Enfermagem (88,2%); Nutrição (83,9%); Psicologia (71,4%); Medicina (67,3%) e BIS (65,0%). Tal percepção esteve mais associada ($\chi^2 = 35,279$; $p = 0,001$) ao primeiro ciclo de formação – BIS ($n = 109$; 84,5%), seguido do segundo ciclo ($n = 15$; 11,6%) e formação linear ($n = 5$; 3,9%), evidenciando a potência do modelo de formação em ciclos na promoção da interprofissionalidade, conforme aos achados de Veras *et al.* (2018).

No que tange à participação em atividades acadêmicas com potencial para o desenvolvimento da EIP, os estudantes foram categorizados em quatro grupos (A, B, C ou D) em cada uma das atividades listadas na Tabela 2. As atividades de disciplinas/aulas, oficinas, aulas práticas na comunidade, extensão e vivências extracurriculares foram as mais referenciadas como promotoras da EIP nos cursos de graduação avaliados – categoria “D” na Tabela 2, corroborando com Tompsen *et al.* (2018) e, no que tange à extensão e atividades extracurriculares diversas, o resultado converge com o estudo de Cavinatto *et al.* (2022).

Tabela 2 – Percentual de participação em atividades acadêmicas com potencial para o desenvolvimento da EIP.

ATIVIDADES VIVENCIADAS	% POR CATEGORIAS DE RESPOSTA*			
	A	B	C	D
Disciplinas/aulas	1,5	11,9	40,1	46,5
Oficinas	7,1	13,2	40,6	39,1
Aulas práticas na comunidade	5,0	26,5	35,5	33,0
Extensão	34,2	15,3	22,4	28,1
Vivência extracurricular	40,5	11,1	22,1	26,3
Pesquisa	52,3	12,7	17,3	17,8
Grupo de estudos	56,1	11,1	16,7	16,2
Liga acadêmica	66,5	7,1	11,7	14,7
Monitoria	64,1	13,8	8,2	13,8
Visita técnica	52,3	23,4	14,2	10,2
Atividades profissionais	80,3	8,3	5,2	6,2
Estágio extracurricular	87,1	5,2	4,6	3,1
Estágio curricular	77,9	14,6	5,5	2,0

Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

*Categorias de resposta de múltipla escolha: A = Não participei; B = Participei apenas com estudantes do meu curso; C = Participei juntamente com estudantes/profissionais de outros cursos da saúde; D = Participei de forma compartilhada, interagindo ativamente com estudantes de outros cursos.

Resultados de análises ANOVA, comparando os escores da RIPLS-40 entre os quatro grupos de estudantes (A, B, C ou D) nas atividades descritas na Tabela 2, identificaram diferenças significativas para os três fatores da RIPLIS-40 nas vivências extracurriculares, reproduzindo achados de Tompsen *et al.* (2018) e Cavinatto *et al.* (2022): Fator 1 – “Trabalho em equipe e colaboração” [$F(3,189) = 3,114, p = 0,027$]; Fator 2 – “Identidade profissional” [$F(3,189) = 5,869, p = 0,001$] e Fator 3 – “Atenção centrada no paciente” [$F(3,189) = 3,281, p = 0,022$]. Considerando que as variâncias nos quatro grupos não eram significativamente diferentes, optou-se por utilizar a prova de *Tukey HSD* para compreender melhor as diferenças identificadas na ANOVA (Dancey; Reidy, 2006).

No fator de “Identidade profissional”, o grupo que não participou de vivências extracurriculares (Grupo A: $M = 3,12; DP = 0,66$) apresentou pontuações significativamente inferiores na comparação com aqueles/as que participaram junto com estudantes/profissionais de outros cursos da saúde (Grupo C: $M = 3,60; DP = 0,63$), com tamanho do efeito médio (d

= 0,74). Este resultado sugere que a não participação em atividades e vivências extracurriculares pode contribuir para formação/manutenção de identidade uniprofissional entre os estudantes.

O grupo que não participou de vivências extracurriculares também apresentou média significativamente inferior no fator de “Trabalho em equipe e colaboração” (Grupo A: $M = 4,26$; $DP = 0,56$), na comparação com o grupo que participou apenas com estudantes do seu curso (Grupo B: $M = 4,45$; $DP = 0,45$). O tamanho do efeito para esta diferença foi de 0,57, considerado médio (Dancey; Reidy, 2006). Também pontuou de forma significativamente inferior no fator de “Atenção centrada no paciente” (Grupo A: $M = 4,23$; $DP = 0,44$), em comparação com o grupo que participou de forma compartilhada, interagindo ativamente com estudantes de outros cursos (Grupo D: $M = 4,45$; $DP = 0,39$) – tamanho do efeito médio ($d = 0,52$).

Embora a maioria dos estudantes (72,9%) tenha afirmado que seu curso promovia a EIP, sobretudo aqueles/as cuja formação se dava em regime de ciclos, a única atividade dentre as listadas na Tabela 2 que diferenciou os grupos de estudantes foram “vivências extracurriculares”, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), cujo foco é a integração ensino-serviço-comunidade (Brasil, 2010). Não ter encontrado resultados significativos nas referidas comparações, pode ser explicado, em parte, pela homogeneidade entre os grupos de participantes, como também por uma possível baixa capacidade discriminativa dos escores fatoriais aferidos pela RIPLS-40, dentre outros fatores. De qualquer sorte, os resultados chamam a atenção para a necessidade de que a comunidade acadêmica problematize a formação e os componentes interprofissionais presentes nos projetos pedagógicos, as práticas nos serviços de saúde, bem como indicam que novos estudos são requeridos para melhor compreender as atividades, mecanismos e arranjos curriculares facilitadores da EIP no cenário de formação em tela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribuiu com o processo contínuo de demonstração de evidências de validade e confiabilidade para a utilização da RIPLS-40 a partir de amostra de uma universidade pública interiorizada e com modelos de formação em saúde variados (linear e em ciclos). Foram demonstradas evidências de validade (estrutura interna e critérios externos) e de confiabilidade favoráveis, sobretudo para os fatores de “Trabalho em equipe e colaboração” e “Atenção centrada no paciente”, para o uso deste instrumento de avaliação da disponibilidade de estudantes para o aprendizado interprofissional.

Corroborando estudos com versões anteriores à RIPLS-40 (Mahler; Berger; Reeves, 2015; Peduzzi *et al.*, 2015; Schmitz; Brant, 2015; Chaudhry; Mohamma; Chaudhry, 2020; Violato; King, 2021), os parâmetros psicométricos obtidos para o fator que avalia “Identidade profissional” foram os mais frágeis. A fragilidade do referido fator também foi observada por Tompsen *et al.* (2018) e Cavinatto *et al.* (2022), que utilizaram a RIPLS-40 em seus estudos, sugerindo a necessidade de que estudos futuros busquem melhorar a representação deste fator, ou mesmo que o exclua definitivamente do instrumento. O teste dos parâmetros de invariância (configural, métrica e escalar) da RIPLS-40 deve ser encorajado em estudos futuros com amostras mais amplas e diversas (Sass, 2011).

A partir dos resultados obtidos, foi possível demonstrar a potência do modelo de formação em ciclos como proposta diferenciada na promoção da interprofissionalidade, desde as percepções dos estudantes. Foram identificadas as atividades acadêmicas mais potentes para a promoção do aprendizado interprofissional, colaborativo e centrado nas necessidades do/a usuário/a, família e comunidade, com destaque para aquelas mais referenciadas pelos estudantes como potenciais promotoras da EIP – atividades de disciplinas/aulas, oficinas, aulas práticas na comunidade, extensão e vivências extracurriculares. Este achado chama a atenção para a relevância do debate sobre a formação em saúde na unidade acadêmica pesquisada, sobretudo no sentido de haver nos currículos, bem como nos mecanismos institucionais de execução destes currículos, a intencionalidade e mecanismos explícitos de promoção da EIP.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. de; NUNES, T. C. M. Inovações curriculares para formação em saúde inspiradas na obra de Anísio Teixeira. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, e0025486, 2020. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00254>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION. American Psychological Association. National Council on Measurement in Education. **Standards for Educational and Psychological Testing**. Washington: AERA, 2014. Disponível em: <https://www.apa.org/science/programs/testing/standards>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- APARUHOV, T.; MUTHEN, B. Exploratory structural equation modeling. **Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 397-438, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10705510903008204>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- ATAOLLAHI, M. *et al.* Reliability and validity of the Persian version of readiness for inter-professional learning scale. **International Journal of Medical Education**, [s. l.], v. 10, p. 203-207, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5116/ijme.5da4.37c2>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- BARR, H. **Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review**. London: UK Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network, 2002.
- BRASIL. Decreto no 6.096 de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. **Diário Oficial: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 7, 2007**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm. Acesso em: 14 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso em: 15 maio 2024. Acesso em: 15 maio 2024.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017**. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017 que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde 2017. Disponível em: <https://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A national interprofessional competence framework**. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.
- CAVINATTO, T. J. *et al.* Experiências extracurriculares e disponibilidade para a educação interprofissional em saúde na graduação. **Saberes Plurais**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.54909/sp.v6i2.128200>. Acesso em: 15 maio 2024.
- CHAUDHRY, D.; MOHAMMAD, F.; CHAUDHRY, A. Interprofessional education: Saudi health students' attitudes toward shared learning [Letter]. **Advances in Medical Education and Practice**, [s. l.], v. 11, p. 107-108, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S245644>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- CLOUTIER, J. *et al.* French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 29, n. 2, p. 150-155, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.942837>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 188, p. 1-14, 2008. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia usando o SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

- EL-ZUBEIR, M.; RIZK, D. E. E.; AL-KHALIL, R. K. Are senior UAE medical and nursing students ready for interprofessional learning? Validating the RIPL scale in a Middle Eastern context. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 20, n. 6, p. 619-632, 2006. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820600895952>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- ERGÖNÜL, E. *et al.* Reliability and validity of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS) in turkish speaking health care students. **Acta Medica Mediterranea**, Palermo, v. 34, p. 797-803, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.19193/0393-6384_2018_3_122. Acesso em: 14 mar. 2024.
- FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 86-96, 2019. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s107>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. **The Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 14 mar. 2024.
- HORN, J. L. A rationale and technique for estimating the number of factors in factor analysis. **Psychometrika**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 179-185, 1965. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02289447>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- KLINE, R. B. **Principles and practice of Structural Equation Modeling**. 3rd. The Guilford Press: New York, London, 2011.
- LI, Z.; SUN, Y.; ZHANG, Y. Adaptation and reliability of the readiness for inter professional learning scale (RIPLS) in the Chinese health care students setting. **BMC Medical Education**, London, v. 18, n. 309, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1423-8>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- MAHLER, C.; BERGER, S.; REEVES, S. The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS): a problematic evaluative scale for the interprofessional field. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 29, n. 4, p. 289-291, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1059652>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- MATTICK, K.; BLIGH, J. An e-resource to coordinate research activity with the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 19, n. 6, p. 604-613, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500389130>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- MATTICK, K.; BLIGH, J. Readiness for interprofessional learning scale. In: BLUTEAU, P.; JACKSON, A. (ed.). **Interprofessional education making it happen**. [S. l.]: Palgrave Macmillan, 2009. p. 125-142.
- MCFADYEN, A. K. *et al.* The Readiness for Interprofessional Learning Scale: A possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 19, n. 6, p. 595-603, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500430157>. Acesso em: 14 mar. 2024
- NUTO, S. de A. S. *et al.* Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de Ciências da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 50-57, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160018>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- OATES, M.; DAVISON, M. A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. **Medical Education**, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 386-398, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/medu.12681>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- OISHI, A. *et al.* Cross-cultural adaptation of the professional version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in Japanese. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 31, n. 1, p. 85-90, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1248814>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal**. Bogotá: Organização Pan-Americana de Saúde, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34370>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the Readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical Education**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 95-100, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- PEDUZZI M. *et al.* Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. esp. 2, p. 7-15, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-21, 2020. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 14 mar. 2024.

- PYPE, P.; DEVEUGELE, M. Dutch translation and validation of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS) in a primary healthcare context. **European Journal of General Practice**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 225-231, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1211104>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- RAUVOLA, R. S.; BRIGGS, E. P.; HINYARD, L. J. Nomology, validity, and interprofessional research: the missing link(s). **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 34, n. 2, p. 545-556, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1712333>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- REID, R. *et al.* Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL? **Medical Education**, [s. l.], v. 40, n. 5, p. 415-422, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02442.x>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- RICH, W. D.; TILLMAN, D. R.; ADAMS, M. L. Component analysis of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a graduate and professional educational context. **British Journal of Education, Society & Behavioural Science**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9734/BJESBS/2017/31932>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. O.; MEIRELES, E. **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação interprofissional integrada e em ciclos**. Cruz das Almas: UFRB, 2016.
- SASS, D. A. Testing measurement invariance and comparing latent factor means within a confirmatory factor analysis framework. **Journal of Psychoeducational Assessment**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 347-363, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0734282911406661>. Acesso em: 15 maio 2024.
- SCHMITZ, C. C.; BRANDT, B. F. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: To RIPLS or not to RIPLS? That is only part of the question. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 29, n. 6, p. 525-526, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1108719>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- TOASSI, R. F. C.; MEIRELES, E.; PEDUZZI, M. Interprofessional practices and readiness for interprofessional learning among health students and graduates in Rio Grande do Sul, Brazil: a cross-sectional study. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 35, n. 3, p. 391-399, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1773419>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- TOMPSEN, N. N. *et al.* Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. **Revista de Odontologia da UNESP**, Marília, v. 47, n. 5, p. 309-320, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.08518>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B. F. Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. **Psicologia (Universidade de Brasília. Online)**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322225>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L. do; KLEBA, M. E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 215-244, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-46982014000100009>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- VERAS, R. M. *et al.* A formação em regime de ciclos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia e a proposta de educação interprofissional. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 294-311, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772018000200002>. Acesso em: 14 mar. 2024.
- VIOLATO, E.; KING, S. A case of validity evidence for the Interprofessional. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 35, n. 4, p. 596-603, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1786359>. Acesso em: 14 mar. 2024.

Agradecimentos

A todos os participantes da pesquisa por sua valiosa contribuição ao estudo aqui relatado.

Fonte de financiamento

Bolsa de Iniciação científica – PIBIC/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Contribuição dos autores

Everson Meireles - concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do manuscrito, revisão de conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Laís Souza da Silva - coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão do manuscrito, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

Luciana Alaíde Alves Santana - interpretação dos dados, elaboração e revisão do manuscrito, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi - interpretação dos dados, elaboração e revisão do manuscrito, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva - interpretação dos dados, elaboração e revisão do manuscrito, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

Marina Peduzzi - interpretação dos dados, elaboração e revisão do manuscrito, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Responsabilidade editorial

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Mariangela Kraemer Lenz Ziede
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Recebido em: 18/03/2024

Aceito em: 14/06/2024

Publicado em: 18/06/2024