

**RECI-RES:
DESENVOLVIMENTO E
VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO
DE UM REFERENCIAL
PROGRESSIVO DE
COMPETÊNCIAS
INTERPROFISSIONAIS PARA
RESIDÊNCIAS
MULTIPROFISSIONAIS EM
SAÚDE**

**RECI-RES: DEVELOPMENT AND CONTENT VALIDATION OF A
PROGRESSIVE INTERPROFESSIONAL COMPETENCY FRAMEWORK FOR
MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENCY PROGRAMS**

Ciências da Saúde • 31/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/788059506](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/788059506)

Ana Paula Oliva Reis¹

Márcia Bitar Portella²

RESUMO

A incorporação da Educação Interprofissional (EIP) às residências multiprofissionais em saúde exige competências observáveis e organizadas ao longo do percurso formativo. Este estudo teve como objetivo desenvolver e reunir evidências de validade de conteúdo do RECI-Res, referencial progressivo de competências interprofissionais contextualizado para o Sistema Único de Saúde. Trata-se de estudo metodológico realizado em duas etapas: construção teórica do referencial, fundamentada em marcos nacionais e internacionais de EIP e prática colaborativa, e validação de conteúdo por e-Delphi modificada. Treze especialistas avaliaram 18 competências, apresentadas em três níveis de progressão e distribuídas em seis domínios, quanto à pertinência, clareza e representatividade. Calcularam-se os Índices de Validade de Conteúdo ao nível do item e do conjunto, com pontos de corte de 0,78 e 0,90, respectivamente. Na primeira rodada, 15 competências atingiram os critérios de retenção; três foram reformuladas e reavaliadas. Na segunda rodada, todos os itens revisados alcançaram o ponto de corte, e o índice global aumentou de 0,95 para 0,96. O RECI-Res apresentou evidências favoráveis de validade de conteúdo e oferece uma estrutura para planejamento curricular, autoavaliação e feedback formativo. Sua utilização deve permanecer formativa e piloto até que estudos de usabilidade, confiabilidade e aplicação em contextos reais ampliem as evidências disponíveis.

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Competência Profissional; Residência Multiprofissional em Saúde; Estudo de Validação.

ABSTRACT

Embedding interprofessional education (IPE) into multiprofessional health residency programs requires observable competencies

organized across the training pathway. This study aimed to develop and gather content validity evidence for RECI-Res, a progressive interprofessional competency framework contextualized for the Brazilian Unified Health System. This methodological study comprised two stages: theoretical development based on national and international frameworks for IPE and collaborative practice, and content validation through a modified e-Delphi process. Thirteen experts assessed 18 competencies, presented at three progression levels and distributed across six domains, in terms of relevance, clarity, and representativeness. Item-level and overall Content Validity Indexes were calculated, with cutoff points of 0.78 and 0.90, respectively. In the first round, 15 competencies met the retention criteria, whereas three were revised and reassessed. In the second round, all revised items reached the cutoff, and the overall index increased from 0.95 to 0.96. RECI-Res showed favorable content validity evidence and provides a structure for curriculum planning, self-assessment, and formative feedback. Its use should remain formative and pilot-based until usability, reliability, and real-world application studies extend the available evidence.

Keywords: Interprofessional Education; Professional Competence; Multiprofessional Health Residency; Validation Study.

1. INTRODUÇÃO

A Educação Interprofissional (EIP) ocorre quando integrantes de duas ou mais profissões aprendem com, sobre e entre si para desenvolver a colaboração e qualificar o cuidado (CAIPE, 2002; BARR et al., 2005). Nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), essa abordagem é especialmente pertinente: a formação acontece em serviço, reúne diferentes núcleos

profissionais e se desenvolve em cenários nos quais a integralidade depende da articulação de saberes, responsabilidades e decisões.

A presença simultânea de diferentes profissões, contudo, não assegura aprendizagem interprofissional. A multiprofissionalidade pode permanecer restrita à justaposição de práticas, sem negociação de papéis, planejamento conjunto ou responsabilização compartilhada. Para que o cotidiano do serviço produza aprendizagem colaborativa, é necessário explicitar resultados formativos, organizar oportunidades de interação e estabelecer mecanismos de acompanhamento e feedback (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; REEVES, 2016).

Referenciais internacionais consolidaram áreas nucleares da colaboração. O Interprofessional Education Collaborative (IPEC) organiza-as em valores e ética, papéis e responsabilidades, comunicação e equipes e trabalho em equipe; o Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) enfatiza, em sua atualização, cuidado focado no relacionamento, negociação de papéis, liderança colaborativa, inclusão, acesso, equidade e segurança cultural. Embora consistentes, esses marcos exigem tradução crítica para os PRMS brasileiros, considerando o Sistema Único de Saúde (SUS), o território, os determinantes sociais e a diversidade sociocultural (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; IPEC, 2023; CIHC, 2024).

Persiste, ainda, o desafio da progressão. Listas de competências que não distinguem desempenhos iniciais, intermediários e avançados limitam o planejamento longitudinal e a avaliação formativa. O próprio IPEC (2023) reconhece dificuldades programáticas tanto no uso avaliativo das competências quanto em sua organização ao

longo de um continuum de aprendizagem. Essa lacuna é particularmente relevante nos PRMS, nos quais se espera avanço da participação supervisionada para graus crescentes de autonomia, corresponsabilidade e liderança colaborativa.

Nesse contexto, foi desenvolvido o RECI-Res, componente da CoLab-Res destinado a explicitar e graduar competências interprofissionais para residências multiprofissionais em saúde. Este estudo teve como objetivo desenvolver o RECI-Res e reunir evidências de validade de conteúdo de sua arquitetura progressiva, contextualizada para as residências brasileiras.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A EIP distingue-se da formação meramente multiprofissional porque requer interação deliberada entre duas ou mais profissões, com aprendizagem recíproca orientada à colaboração e à qualidade do cuidado (CAIPE, 2002; BARR, 2002; BARR et al., 2005). A coexistência de diferentes categorias no mesmo cenário, portanto, não constitui EIP por si só. D'Amour e Oandasan (2005) situam a interprofissionalidade no encontro entre formação e prática, destacando que as competências colaborativas emergem de relações, estruturas organizacionais e processos de trabalho.

No Brasil, essa perspectiva dialoga com a educação permanente em saúde, ao tomar o trabalho como espaço de aprendizagem, e com princípios do SUS, como integralidade, participação e cuidado orientado às necessidades das pessoas e comunidades. Nas residências multiprofissionais, o potencial formativo decorre da imersão em serviços e territórios, mas sua concretização depende de

intencionalidade curricular, mediação pedagógica e avaliação coerente (PEDUZZI et al., 2013; COSTA, 2021).

A interprofissionalidade, entretanto, não deve ser tratada como ideal normativo neutro ou automaticamente transferível entre sistemas. Trata-se de construção histórica e política, atravessada por condições institucionais, relações de poder e diferentes concepções de saúde, educação e trabalho. Sua incorporação requer atenção aos sentidos que assume em cada contexto e às disputas presentes em sua institucionalização (BOGOSSIAN et al., 2023).

A Política Nacional de Residências em Saúde (PNRS), instituída em 2025, reconhece a interprofissionalidade como princípio e orienta que a formação seja amparada por projetos pedagógicos e matrizes de competências alinhados às necessidades, prioridades e políticas do SUS. Também prevê articulação ensino-serviço-comunidade e práticas pedagógicas promotoras da integralidade, da equidade e da segurança do cuidado (BRASIL, 2025). Nesse arranjo, os projetos pedagógicos constituem instrumentos centrais para explicitar concepções, objetivos, competências, organização curricular e estratégias de avaliação.

O reconhecimento normativo, porém, não garante incorporação curricular consistente. Um programa pode declarar a EIP e, ainda assim, manter experiências isoladas, objetivos genéricos e avaliações desvinculadas do desempenho colaborativo. A distância entre intenção e operacionalização reforça a necessidade de referenciais que conectem fundamentos conceituais, comportamentos observáveis, progressão da aprendizagem e feedback formativo.

Essa necessidade torna-se mais evidente em currículos desenvolvidos em serviço, nos quais situações assistenciais, composição das equipes e condições territoriais variam ao longo do percurso. Um referencial progressivo deve ser suficientemente estável para orientar expectativas comuns e, simultaneamente, flexível para ser aplicado em diferentes cenários do SUS, sem converter a colaboração em uma lista descontextualizada de comportamentos.

A taxonomia de Barr (1998) oferece uma base para essa distinção ao organizar as competências profissionais em três grupos articulados: comuns, compartilhadas por todas as profissões; complementares, que diferenciam e tornam reciprocamente necessários os núcleos profissionais; e colaborativas, que se desenvolvem e se manifestam na interação entre profissões. A EIP concentra-se especialmente neste último grupo, pois busca preparar profissionais capazes de integrar contribuições distintas em torno das necessidades da pessoa e da comunidade.

Essa taxonomia articula-se à aprendizagem com, sobre e entre as profissões (BARR, 1998; BARR, 2003; BARR et al., 2005). Aprender reciprocamente, compreender escopos de prática e construir decisões na interação constituem a intencionalidade pedagógica que diferencia a EIP da simples convivência multiprofissional. A operacionalização, portanto, exige coerência entre resultados de aprendizagem, experiências curriculares, supervisão, avaliação e governança do programa.

O IPEC sistematizou quatro domínios de competências interprofissionais: valores e ética; papéis e responsabilidades; comunicação; e equipes e trabalho em equipe (IPEC, 2016). Esses

domínios oferecem linguagem comum para descrever e observar a colaboração e, por isso, foram adotados como núcleo estruturante do RECI-Res.

A versão 3 do IPEC manteve os quatro domínios e atualizou os descritores para incorporar, entre outros temas, equidade, justiça social, saúde populacional, pensamento sistêmico, determinantes da saúde, humildade cultural e responsabilidade compartilhada (IPEC, 2023). O documento também reconheceu lacunas programáticas relacionadas à avaliação e à organização das competências em uma sequência desenvolvimental, mas situou sua solução fora do escopo da revisão.

Entre as atualizações do IPEC (2023), destaca-se a Saúde Única (One Health), abordagem que reconhece a interdependência entre a saúde das pessoas, dos animais e dos ecossistemas. Para uma proposta situada na Amazônia, esse conceito amplia a colaboração para além do encontro clínico e aproxima o referencial das condições socioambientais que moldam o acesso, o cuidado e a formação em territórios marcados por rios, florestas, grandes distâncias e diversidade de modos de vida.

O CIHC publicou, em 2010, o National Interprofessional Competency Framework, composto por seis domínios: esclarecimento de papéis; funcionamento da equipe; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; liderança colaborativa; comunicação interprofissional; e resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010).

Em 2024, o CIHC reformulou o modelo e publicou o Competency Framework for Advancing Collaboration. Os seis domínios passaram

a ser: cuidado e serviços focados no relacionamento; comunicação da equipe; esclarecimento e negociação de papéis; funcionamento da equipe; processamento das diferenças e discordâncias da equipe; e liderança colaborativa. A aplicação desses domínios considera o ambiente de cuidado, a complexidade dos sistemas e os princípios de inclusão, acesso, equidade e segurança cultural (CIHC, 2024).

As convergências entre Barr, IPEC, CIHC e o marco da Organização Mundial da Saúde forneceram o núcleo internacional do RECI-Res. Sua tradução para o SUS acrescentou centralidade à pessoa e à comunidade, territorialidade, determinantes sociais, intersetorialidade, diversidade e segurança cultural, elementos indispensáveis à formação colaborativa em diferentes contextos brasileiros.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo metodológico de desenvolvimento e validação de conteúdo de uma tecnologia educacional. O trabalho foi conduzido em duas macroetapas: construção teórico-conceitual do RECI-Res e apreciação de sua pertinência, clareza e representatividade por painel de especialistas, mediante técnica e-Delphi modificada. O referencial foi concebido para apoiar planejamento curricular, autoavaliação e feedback formativo em PRMS.

Na etapa de desenvolvimento, a síntese dos referenciais selecionados resultou em seis domínios: 1) Valores e Ética Interprofissional; 2) Papéis e Responsabilidades Profissionais; 3) Comunicação Interprofissional; 4) Trabalho em Equipe e Colaboração; 5) Práticas Colaborativas Centradas na Pessoa e na

Comunidade; e 6) Equidade, Diversidade, Inclusão e Segurança Cultural.

Cada domínio compreende três competências específicas, e cada competência é descrita em três níveis de progressão: Iniciante, Intermediário e Avançado. A versão submetida ao painel continha, portanto, 18 competências e 54 descritores. Os descritores foram redigidos com verbos de ação e comportamentos passíveis de observação em situações formativas e assistenciais. Para fins de julgamento e cálculo do I-CVI, cada competência, apresentada conjuntamente com seus três descritores de progressão, constituiu uma unidade de avaliação, totalizando 18 itens.

A construção foi orientada por cinco eixos: 1) taxonomia de competências comuns, complementares e colaborativas de Barr (1998); 2) modelo de interprofissionalidade de D'Amour e Oandasan (2005); 3) quatro domínios do IPEC (2023); 4) inclusão, acesso, equidade e segurança cultural enfatizados pelo CIHC (2024); e 5) trabalho em equipe e formação em serviço no SUS, com base em Peduzzi et al. (2013), Costa (2021) e na PNRS (BRASIL, 2025).

A tradução situada adotou dois princípios de desenho. O primeiro foi preservar o núcleo conceitual dos marcos internacionais; o segundo, explicitar dimensões cuja relevância se intensifica no SUS e na Amazônia, como barreiras geográficas, dispersão territorial, diversidade de povos e comunidades, determinantes sociais e articulação intersetorial. A progressão foi definida pelo aumento da autonomia, da complexidade das situações e da corresponsabilidade no trabalho colaborativo.

A etapa de validação de conteúdo buscou reunir evidências de que a arquitetura e os descritores eram pertinentes ao propósito do referencial, compreensíveis para o público-alvo e representativos dos domínios propostos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A expressão validade de conteúdo é empregada, neste artigo, para designar o julgamento sistemático realizado por especialistas, sem pressupor que essa evidência, isoladamente, demonstre efetividade ou desempenho em uso.

Não foram investigadas, nesta etapa, evidências baseadas na estrutura interna ou em relações com variáveis externas, nem confiabilidade, estabilidade, responsividade, usabilidade ou impacto educacional. Essas propriedades dependem de aplicação posterior com residentes, preceptores, tutores e programas em contextos reais.

Utilizou-se a técnica Delphi modificada, caracterizada por anonimato entre participantes, iteração, retroalimentação controlada e síntese estatística das respostas (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). A técnica foi associada ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC), procedimento amplamente empregado na apreciação de instrumentos e tecnologias educacionais em saúde (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A coleta ocorreu em ambiente eletrônico (e-Delphi), por formulário on-line. Esse formato permitiu incluir especialistas vinculados a diferentes instituições e regiões do país, preservando o anonimato entre os participantes e os demais pressupostos do método.

A modificação da técnica compreendeu: substituição da rodada exploratória aberta por itens previamente estruturados a partir da

construção teórico-conceitual; previsão de até três rodadas; reapresentação apenas dos itens reformulados; e encerramento condicionado ao alcance do ponto de corte do I-CVI em todos os atributos avaliados.

O recrutamento combinou amostragem intencional em cadeia, ou bola de neve, e busca estruturada de especialistas (PATTON, 2002; VINUTO, 2014). A estratégia procurou ampliar o acesso a pessoas com produção científica ou experiência prática em EIP e PRMS, mantendo critérios objetivos de elegibilidade e monitoramento da diversidade profissional, regional e institucional do painel.

Foram selecionados quatro participantes-semente com produção científica em EIP e experiência em PRMS; cada um pôde indicar até três nomes. Paralelamente, buscaram-se, na BVS e no PubMed, autores de estudos sobre EIP em PRMS publicados nos cinco anos anteriores à coleta, e consultaram-se registros públicos da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde para ampliar a identificação de profissionais com experiência no campo. O recrutamento foi encerrado quando as indicações passaram a repetir nomes já identificados. Dezesseis candidatos foram submetidos à avaliação de elegibilidade.

A elegibilidade foi definida por critérios de Fehring (1994) adaptados ao objeto: doutorado, 4 pontos; mestrado, 2 pontos, sem acumulação entre títulos; publicação sobre EIP ou PRMS nos cinco anos anteriores, 2 pontos; experiência de pelo menos cinco anos em PRMS, 2 pontos; atuação como coordenador ou preceptor de PRMS, 2 pontos; e participação em grupo de pesquisa sobre EIP ou formação em saúde registrado no Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1 ponto. Foram incluídos candidatos com cinco pontos ou mais.

O instrumento de avaliação foi elaborado no Google Forms, com questões fechadas e campos para comentários. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constituiu a seção inicial, com aceite obrigatório. Cada competência, acompanhada de seus três níveis de progressão, foi julgada quanto à pertinência, clareza e representatividade em escala Likert de quatro pontos: 1, inadequada; 2, pouco adequada; 3, adequada; e 4, totalmente adequada. Para escores 1 ou 2, exigiu-se justificativa ou sugestão de revisão. O prazo de resposta variou de 15 a 20 dias em cada rodada, com um lembrete antes do encerramento.

Escore 3 e 4 foram considerados concordância. Calculou-se o I-CVI de cada atributo pela razão entre o número de especialistas concordantes e o total de respondentes. Adotaram-se I-CVI mínimo de 0,78 por atributo e S-CVI/Ave mínimo de 0,90 para o conjunto, conforme Lynn (1986), Polit e Beck (2011) e Alexandre e Coluci (2011). Com 13 especialistas, 11 concordâncias corresponderam a 0,846, apresentado como 0,85; 10 concordâncias corresponderam a 0,769, apresentado como 0,77 e, portanto, abaixo do ponto de corte.

Para o conjunto do RECI-Res, calculou-se o S-CVI/Ave de cada atributo, correspondente à média dos I-CVI dos 18 itens, e um índice global composto, obtido pela média dos I-CVI dos três atributos. Os cálculos utilizaram as frações originais, antes do arredondamento exibido nas tabelas. Índices globais iguais ou superiores a 0,90 foram interpretados como evidência favorável de validade de conteúdo do conjunto.

Os comentários foram submetidos à análise temática de conteúdo (BARDIN, 2016) e vinculados à versão do item, à justificativa do especialista, à decisão da pesquisadora e à redação revisada. Itens com I-CVI inferior a 0,78 em pelo menos um atributo foram reformulados e reapresentados na rodada seguinte.

Na primeira rodada, todos os 18 itens foram avaliados. Na segunda, reapresentaram-se apenas os itens reformulados, acompanhados dos resultados agregados e de síntese anonimizada dos comentários anteriores. Uma terceira rodada seria realizada se algum atributo permanecesse abaixo do critério predefinido. O processo foi encerrado quando todos os itens reavaliados alcançaram o ponto de corte.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola do Marco Teodorico da Universidade do Estado do Pará, sob o Parecer n.º 8.295.580 (CAAE 95733926.9.0000.8767). A participação foi voluntária, mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As identidades e respostas individuais permaneceram confidenciais; os especialistas tiveram acesso apenas aos resultados agregados e aos comentários anonimizados do grupo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em quatro partes: composição do painel; arquitetura submetida à apreciação; índices de validade de conteúdo por rodada; e interpretação das alterações incorporadas à versão final do RECI-Res.

Dos 16 candidatos avaliados, 13 alcançaram o ponto de corte nos critérios de elegibilidade e integraram o painel. A composição

contemplou diferentes profissões, regiões e vínculos com academia, serviços e gestão do SUS, em coerência com a natureza interprofissional do referencial. Três candidatos foram excluídos por pontuação inferior a cinco. A Tabela 1 apresenta as características dos participantes incluídos.

Tabela 1. Caracterização dos especialistas do painel de validação do RECI-Res

Especialista	Categoria profissional	Titulação	Região	Pontuação Fehring	Vínculo
E1	Enfermagem	Doutorado	Sudeste	11	Universidade Pública
E2	Medicina	Doutorado	Sul	11	Universidade Pública
E3	Psicologia	Doutorado	Sul	13	Universidade Pública

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/reci-res-desenvolvimento-e-validacao-de-conteudo-de-um-referencial-progressivo-de-competencias-interprofissionais-para-residencias-multiprofissionais-em-saude?noblockage>

Fonte: dados da pesquisa. Elaboração da autora (2026).

O painel reuniu nove doutores e quatro mestres, provenientes das cinco regiões brasileiras e de oito categorias profissionais: Enfermagem, Medicina, Psicologia, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Educação Física e Terapia Ocupacional. O tempo de experiência variou de sete a trinta anos, com média de 18,5 anos.

Sete participantes estavam vinculados a universidades públicas, dois a universidades privadas, dois a serviços do SUS e dois à gestão do SUS. Embora haja concentração de participantes no Sudeste e de profissionais de Enfermagem, o painel incluiu diversidade de formações e inserções institucionais.

Na primeira rodada, os 13 especialistas avaliaram 18 competências, cada uma apresentada com três descritores de progressão, totalizando 234 avaliações por atributo e 702 julgamentos quantitativos. A apreciação abrangeu, assim, os 54 descritores que compõem os níveis Iniciante, Intermediário e Avançado, embora o I-CVI tenha sido calculado por competência.

A Tabela 2 apresenta os I-CVI de pertinência, clareza e representatividade da primeira rodada, a decisão tomada e o IVC final de cada competência. Para os três itens reformulados, o IVC final incorpora o resultado do atributo reavaliado na segunda rodada; os demais atributos conservaram os valores já superiores ao ponto de corte.

Na primeira rodada, 15 das 18 competências alcançaram I-CVI igual ou superior a 0,78 em todos os atributos e foram mantidas. As competências 2.3, Uso complementar dos saberes; 5.1, Abordagem integral do usuário; e 5.2, Educação em saúde interprofissional, apresentaram pelo menos um atributo abaixo do ponto de corte, foram reformuladas com base nos comentários e reavaliadas. O índice global foi de 0,95 na primeira rodada e de 0,96 após a segunda.

Tabela 2. Índices de Validade de Conteúdo por competência do RECI-Res, primeira e segunda rodadas

Item	Competência	R1 - Pertinência	R1 - Clareza	R1 - Representatividade	Decisão
1.1	Respeito às identidades profissionais	1,00	1,00	1,00	Mantido
1.2	Responsabilidade	1,00	0,92	1,00	Mantido

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/reci-res-desenvolvimento-e-validacao-de-conteudo-de-um-referencial-progressivo-de-competencias-interprofissionais-para-residencias-multiprofissionais-em-saude?noblockage>

Fonte: dados da pesquisa. *Nos itens 2.3, 5.1 e 5.2, o IVC final incorpora, respectivamente, os valores reavaliados de clareza (0,92), clareza (0,92) e representatividade (0,85) na segunda rodada. Os cálculos globais utilizaram frações não arredondadas.

Na primeira rodada, o índice global composto foi de 0,95. Os S-CVI/Ave por atributo foram 0,97 para pertinência, 0,92 para clareza e 0,94 para representatividade. A pertinência apresentou a maior concordância, indicando reconhecimento da relevância das competências para a formação interprofissional nos PRMS. A clareza concentrou os menores índices e a maior parte das sugestões de reformulação.

Três competências não alcançaram o critério de retenção em pelo menos um atributo. A competência 2.3 obteve I-CVI de 0,69 em clareza; os comentários indicaram formulação abstrata e

diferenciação insuficiente entre os níveis. A competência 5.1 apresentou 0,69 em clareza e 0,85 em representatividade; os especialistas apontaram sobreposição entre determinantes sociais e articulação intersetorial. A competência 5.2 atingiu 0,69 em representatividade, com recomendações para explicitar o caráter interprofissional da ação educativa e diferenciá-la de práticas uniprofissionais e do funcionamento da equipe.

Na segunda rodada, os três itens reformulados foram reapresentados aos 13 especialistas com os resultados agregados e a síntese anonimizada dos comentários anteriores. A competência 2.3 alcançou I-CVI de 0,92 em clareza após a inclusão de situações observáveis de complementaridade entre saberes profissionais. A competência 5.1 alcançou 0,92 em clareza após a separação entre determinantes sociais e articulação intersetorial. A competência 5.2 atingiu 0,85 em representatividade após explicitar o caráter interprofissional da ação educativa. Os IVC finais dessas competências foram, respectivamente, 0,92, 0,90 e 0,90.

Todos os atributos reavaliados superaram o ponto de corte, e a terceira rodada prevista no protocolo não foi necessária. Com a substituição dos valores dos atributos revisados e a manutenção dos demais, o índice global composto passou de 0,95 para 0,96. O resultado expressa elevada concordância do painel quanto ao conteúdo, sem eliminar a necessidade de outras evidências de validade e de estudos de aplicação.

Os comentários qualitativos foram organizados em três categorias: clareza da redação, representatividade da progressão e consistência documental. Na primeira, destacaram-se a ambiguidade da competência 2.3 e a imprecisão terminológica da 5.1. Na segunda, foi

apontada sobreposição entre os níveis Intermediário e Avançado da competência 5.2. Na terceira, recomendaram-se uniformização do número de domínios, definição do tratamento de respostas não aplicáveis na autoavaliação e padronização da grafia RECI-Res. Todas as recomendações foram incorporadas à versão final.

A versão validada manteve seis domínios, 18 competências e 54 descritores, sem exclusão de itens. As alterações concentraram-se na redação de três competências e no refinamento da progressão. Os resultados sustentam o uso formativo e piloto do RECI-Res para planejamento curricular, autoavaliação e feedback conduzido por tutores e preceptores. Não sustentam, isoladamente, decisões avaliativas de alto impacto sobre residentes.

O principal achado não reside apenas no índice global elevado, mas na localização e na natureza das reformulações. Duas das três competências revisadas pertencem ao Domínio 5, Práticas Colaborativas Centradas na Pessoa e na Comunidade, justamente o domínio que traduz para um eixo próprio conteúdos relacionados ao território, aos determinantes sociais, à integralidade e à intersectorialidade.

Uma interpretação plausível é que os Domínios 1 a 4 tenham apresentado maior estabilidade por corresponderem diretamente às áreas consolidadas pelo IPEC (2023), enquanto o Domínio 5 reúne uma adaptação mais situada ao SUS e, por isso, exigiu maior precisão das fronteiras conceituais. A revisão não questionou a pertinência do domínio; refinou a distinção entre abordagem integral, articulação intersectorial, educação em saúde interprofissional e funcionamento da equipe (PEDUZZI et al., 2013; COSTA, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

As reformulações fortaleceram a observabilidade da progressão. Na competência 2.3, a mudança aproximou o enunciado de situações concretas de complementaridade e lacunas assistenciais. Nas competências 5.1 e 5.2, a revisão reduziu sobreposições e tornou mais explícito o aumento de complexidade entre os níveis. Esse resultado é coerente com a concepção de que competências interprofissionais precisam ser aplicadas em contextos reais e não apenas enunciadas como atributos abstratos (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; CIHC, 2024).

O Domínio 6, Equidade, Diversidade, Inclusão e Segurança Cultural, também representa uma tradução situada, mas suas três competências alcançaram IVC finais entre 0,92 e 1,00. Esse resultado sugere boa aceitação inicial da dimensão pelo painel, sem permitir concluir que ela esteja plenamente consolidada. A interpretação é convergente com a atualização do CIHC (2024), que trata inclusão, acesso e equidade como condições transversais da colaboração em sistemas complexos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolveu o RECI-Res e reuniu evidências favoráveis de validade de conteúdo para uma arquitetura composta por seis domínios, 18 competências e 54 descritores distribuídos em três níveis de progressão. O referencial preserva as áreas nucleares do IPEC e explicita dimensões relacionadas à pessoa, à comunidade, ao território, à equidade, à diversidade, à inclusão e à segurança cultural, em diálogo com o SUS e com o CIHC (2024).

A organização progressiva responde a uma lacuna reconhecida pelo IPEC (2023): a dificuldade de sequenciar competências ao longo de

um continuum de aprendizagem e utilizá-las para fins avaliativos em programas de EIP. Ao diferenciar desempenhos iniciais, intermediários e avançados, o RECI-Res oferece apoio ao planejamento curricular e ao acompanhamento formativo, sem pretender substituir o julgamento situado de residentes, preceptores e tutores.

A pertinência do referencial também se fortalece no contexto da PNRS, que institui a interprofissionalidade como princípio e orienta projetos pedagógicos amparados por matrizes de competências articuladas às necessidades e às redes de atenção do SUS (BRASIL, 2025).

Desenvolvido na interface entre gestão do SUS, preceptoria e pesquisa na Amazônia, o RECI-Res procura tornar a colaboração ensinável, observável e passível de aprimoramento sem dissociá-la das condições territoriais e socioculturais do cuidado. Os próximos estudos devem examinar compreensão pelos usuários do referencial, viabilidade de aplicação, confiabilidade das avaliações, sensibilidade à mudança e contribuição para o desenvolvimento curricular em diferentes PRMS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.

BARR, H. Ensuring quality in interprofessional education. *CAIPE Bulletin*, n. 22, p. 2-3, 2003.

BARR, H. et al. *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell, 2005.

BARR, H. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow*. London: Learning and Teaching Support Network for Health Sciences and Practice, 2002.

BOGOSSIAN, F. et al. The implementation of interprofessional education: a scoping review. *Advances in Health Sciences Education*, v. 28, n. 1, p. 243-277, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC n.º 8.995, de 28 de novembro de 2025. Institui a Política Nacional de Residências em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ed. 228, p. 179, 1 dez. 2025.

CAIPE. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *Interprofessional education: a definition*. London: CAIPE, 2002.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. *A national interprofessional competency framework*. Vancouver: CIHC, 2010.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. CIHC competency framework for advancing collaboration 2024. Vancouver: CIHC, 2024. Disponível em: <https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC-Competency-Framework.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2026.

COSTA, M. F. M. A percepção dos residentes sobre a formação com metodologias ativas de ensino e aprendizagem em residências multiprofissionais em saúde. 2021. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde) - Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2021.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. Journal of Interprofessional Care, v. 19, supl. 1, p. 8-20, 2005. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>.

FEHRING, R. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, R.; PAQUETTE, M. (ed.). Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of the North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: IPEC, 2016.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice: version 3. Washington, DC: IPEC, 2023. Disponível em: https://www.ipecollaborative.org/assets/core-competencies/IPEC_Core_Competencies_Version_3_2023.pdf. Acesso em: 24 ago. 2026.

- LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.
- PATTON, M. Q. *Qualitative research and evaluation methods*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- REEVES, S. Por que precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.
- VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO, 2010.
- WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.
-

¹ Doutorando do do Curso de Doutorado Profissional do Programa de Pós Graduação em Ensino e Saúde na Amazônia (PPGESA) da Universidade do Estado do Pará. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0354-6060>

² Prof. Dra. Curso de Doutorado Profissional do Programa de Pós Graduação em Ensino e Saúde na Amazônia (PPGESA) da Universidade do Estado do Pará. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). <https://orcid.org/0000-0002-4602-7618>