

Residencia multiprofesional de salud familiar como escenario de educación y prácticas interprofesionales

Heloísa Pimenta Arruda Araújo^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3583-4729>

Lucas Cardoso dos Santos^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-7337-2759>

Thiago da Silva Domingos³

 <https://orcid.org/0000-0002-1421-7468>

Rúbia Aguiar Alencar¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6524-5194>

Objetivo: conocer las experiencias vividas durante la residencia por egresados de un Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia que puedan contribuir al desarrollo de la Educación Interprofesional y/o Práctica Colaborativa.

Método: estudio cualitativo con residentes que ingresaron a un Programa de Residencia Multiprofesional de una universidad pública brasileña en 2017, período en el que se implementó el tema de la interprofesionalidad en las actividades de la residencia. Los datos fueron recolectados utilizando un formulario electrónico elaborado a partir del marco teórico de la educación interprofesional. Se utilizó el análisis de contenido para procesar los datos. **Resultados:** participaron nueve residentes, distribuidos entre las profesiones de educación física, enfermería, nutrición, odontología, psicología y trabajo social, cinco eran del sexo femenino y la edad promedio fue de 28,4 años. Surgieron dos categorías: *la Residencia como escenario para aprender del otro* y *la Residencia como escenario para comprender el papel del otro*. La educación y la práctica interprofesionales brindaron oportunidades para el desarrollo de competencias colaborativas, mejorando el trabajo en equipo y el trabajo interprofesional. **Conclusión:** la lógica multiprofesional se vio reflejada en la práctica del residente y la inserción paulatina de actividades como discusiones de casos, servicios compartidos y acciones intersectoriales alineadas con el marco teórico-metodológico de la interprofesionalidad favorecieron un acercamiento al trabajo interprofesional.

Descriptor: Relaciones Interprofesionales; Atención Primaria de Salud; Salud Familiar; Comunicación Interdisciplinaria; Equipo de Salud; Educación Interprofesional.

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Departamento de Enfermagem, Botucatu, SP, Brasil.

² Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês, Saúde Corporativa, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Araújo HPA, Santos LC, Domingos TS, Alencar RA. Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3450. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4484.3450>.

URL

Introducción

La complejización de las necesidades de salud constituida por los determinantes del proceso salud-enfermedad, por el cambio epidemiológico acompañado de una transición demográfica y por el reconocimiento de las falencias de los modelos actuales de atención impone, como horizonte normativo, la atención integral. Para ello, se destaca la importancia de que los profesionales de la salud trabajen en equipos colaborativos en la búsqueda de servicios más competentes y resolutivos⁽¹⁻²⁾.

La formación profesional ha sido un campo de intensa discusión porque se toma como un elemento central en la transformación del trabajo en salud. Los sistemas educativos y de salud en diferentes países trabajan en torno a la Educación Interprofesional (EIP) como una estrategia pedagógica innovadora que da como resultado la realización de Prácticas Interprofesionales Colaborativas (PIC) y la cualificación de la asistencia^(1,3).

Con la intención de potenciar el desarrollo de competencias colaborativas para el trabajo en equipo, la EIP busca desarrollar un aprendizaje integrado e interactivo entre dos o más profesiones de la salud, permitiendo una mayor comprensión de los roles específicos de cada profesional. Mientras que la PIC comprende un proceso complejo y dinámico, en el que profesionales de diferentes áreas trabajan de manera integrada e interdependiente en el intercambio de conocimientos, habilidades y actitudes⁽⁴⁻⁵⁾.

En este modelo articulado de formación y asistencia, la PIC pretende mejorar la calidad de la atención en salud que se da a partir del trabajo en equipo efectivo, que a su vez se fundamenta en el desarrollo de la EIP^(1,4-5). Es evidente la superioridad de la efectividad del trabajo realizado por el profesional de la salud que forma parte de un equipo interprofesional centrado en el paciente cuando se compara con el realizado en forma aislada⁽⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desencadenó un movimiento importante a partir de 2010 al lanzar el Marco de Acción en la Educación Interprofesional y la Práctica Colaborativa⁽⁷⁾. Y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) contribuyó en el proceso de implementación de la EIP y destacó la necesidad de pensar en iniciativas para asegurar la sostenibilidad del tema en el ámbito académico⁽⁸⁻¹⁰⁾.

En el contexto brasileño, algunas iniciativas y avances políticos estimularon cambios en la formación profesional que convergieron con la propuesta de Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa (EIPC), entre las que se encuentran la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1990, el Programa de Salud de la Familia en 1994, Lineamientos Curriculares Nacionales en 2001 y la Resolución nro. 569 del 8 de diciembre de 2017.

Entre los supuestos, principios y lineamientos comunes para las carreras de grado en salud, esta resolución incluye el trabajo interprofesional, que debe ser parte de la formación de un profesional capaz de trabajar en la atención integral de la salud⁽¹¹⁾.

Los incentivos del Ministerio de Educación (MEC) y del Ministerio de Salud (MS) brasileños impulsaron la reorientación de los planes de estudio de las carreras de salud, tanto de grado como de posgrado, a través de algunos programas: Programa de Incentivo al Cambio Curricular en las Carreras de Medicina (*Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina*, Promed), en 2002; Residencias Multiprofesionales en Salud, en 2005; Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*, Pró-Saúde), en 2006; Programa Educación a través del Trabajo-Salud (*Programa de Educação pelo Trabalho-Saúde*, PET-Saúde) en sus diferentes modalidades, a partir de 2008, y que actualmente cuenta con PET-Saúde Interprofesionalidad⁽¹²⁻¹³⁾.

Las Residencias de Salud Multiprofesionales, creadas a partir de la promulgación de la Ley nro. 11.129 de 2005, representan una posibilidad de contribuir a la reorientación del modelo de atención a través de la formación profesional al exigir el aprendizaje del, sobre y para el otro, además de la adquisición de competencias que pueden contribuir para la planificación de acciones compartidas y cuidados centrados en el paciente, ubicándolo como actor principal en este proceso⁽¹⁴⁾.

A pesar de las ya reconocidas contribuciones de la EIPC a la formación de profesionales de la salud, estudios nacionales e internacionales refuerzan la necesidad de incorporar el marco teórico de la interprofesionalidad en la formación de los residentes^(2,14-15). De manera complementaria, el desarrollo de investigaciones científicas favorece y contribuye a la construcción de evidencia sobre la implementación del EIPC en la formación profesional. En este sentido, se destaca la necesidad de monitorear y evaluar la trayectoria formativa de los profesionales de la salud que se basan en el marco teórico de la EIPC⁽¹⁶⁾.

En función de lo expuesto, se justifica el desarrollo de este estudio, que tiene como objetivo explorar una iniciativa educativa utilizando el marco teórico de la EIPC en el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (PRMSF). Para ello, el objetivo fue conocer las experiencias vividas durante la residencia por egresados de un Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia que puedan contribuir al desarrollo de la Educación Interprofesional y/o Práctica Colaborativa.

Método

Se trata de una investigación cualitativa⁽¹⁷⁾ que se centró en las prácticas de la EIPC y el valor que les atribuyen los estudiantes de posgrado del PRMSF, teniendo en cuenta los pasos recomendados por los *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁽¹⁸⁾.

La investigación se llevó a cabo en una institución pública de educación superior, ubicada en Botucatu-SP, Brasil. Cuando se realizó este estudio, el municipio contaba con 144.820 habitantes, de los cuales el 40,5% estaban cubiertos por 17 Unidades Básicas de Salud en el modelo Salud de la Familia y el 57,0% estaban cubiertos por ocho Unidades Básicas de Salud (UBS), en el modelo tradicional, y dos Centros de Salud Escuela (CSE)⁽¹⁹⁾.

En 2003, el PRMSF se implementó por primera vez en la institución analizada solo para las carreras de medicina y enfermería. A partir de 2008 se abrieron 10 vacantes, distribuidas en las categorías profesionales de la siguiente manera: una vacante para las carreras de educación física, fisioterapia, nutrición, odontología, psicología, trabajo social, y cuatro vacantes para la carrera de enfermería, teniendo hasta el momento 59 graduados.

Las actividades teóricas del PRMSF están distribuidas en un módulo común a todas las profesiones y específico, totalizando 1152 horas, dictadas en el ámbito de la universidad, con el objetivo de desarrollar la base teórica del trabajo en salud en el SUS y en la reflexión de la práctica.

Entre las estrategias de enseñanza empleadas, se encuentra la resolución de casos a través del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) con la participación de residentes con dos años de formación y de diferentes categorías profesionales, y cuenta con la colaboración de tutores y con una coordinación de la residencia. El encuentro entre el residente y su tutor en la misma categoría profesional tiene lugar en el espacio de tutorías con el fin de desarrollar discusiones específicas en el área profesional y de reflexionar sobre el portfolio, elaborado a partir de la práctica experimentada por el residente y en forma de narrativas. Finalmente, se dictan clases teóricas junto con otros programas de residencia de la mencionada institución con el fin de desarrollar razonamientos científicos y epidemiológicos comunes a las categorías profesionales.

Las actividades prácticas se desarrollan en los servicios de la Red Sanitaria y Psicosocial, como Unidades de Salud de la Familia (USF), Centro de Salud Escuela, Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (CASF), Escuelas Públicas, Sala de Emergencias, Centro de Atención Psicosocial, Centro de Vigilancia Epidemiológica, comprenden 4.608 horas, llegando a un total de 5070 horas en los dos años. La elección de los escenarios de

práctica la realizan la coordinación de la residencia, los preceptores, los tutores y la gestión municipal.

Cada grupo de PRMSF se divide y distribuye en cuatro USF, cada equipo está compuesto por tres o cuatro residentes que permanecen en la misma unidad durante los dos años de residencia. Los residentes de Educación Física, Fisioterapia, Nutrición, Psicología y Trabajo Social tienen una inserción progresiva en las actividades desarrolladas por el equipo CASF del municipio, con énfasis en el apoyo matricial y los encuentros intersectoriales. Enfermeros y odontólogos mantienen su inserción en las actividades de la USF.

En este contexto, en el PRMSF a partir de 2017 se inició la discusión del marco teórico de la EIPC^(1-2,5,8,12) en las actividades teóricas y teórico-prácticas, en la reunión de tutorías y en las discusiones de caso buscando una aproximación con el desarrollo del trabajo interprofesional.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron: tener interés en colaborar con esta investigación, haber obtenido el título de especialista en el programa en febrero de 2019 e incorporarse al programa en marzo de 2017. La elección de incluir solo a este grupo de egresados se debió a que la discusión de la EIPC comenzó intencionalmente y se implementó en las actividades del PRMSF en el año 2017, temática no abordada hasta ese momento por ningún otro programa. No hubo criterios de exclusión.

Para seleccionar esta muestra se invitó a participar a todos los egresados que obtuvieron el título de Especialista en Salud de la Familia en febrero de 2019, hubo una única negativa justificada por falta de tiempo para contestar el formulario.

La recolección de datos fue realizada entre los meses de junio y julio de 2019 por una investigadora, licenciada en enfermería y, durante este período, residente de segundo año de dicho Programa de Residencia. El hecho de haya sido residente del programa representó un elemento metodológico estratégico, cuyo objetivo fue establecer una identificación entre participante e investigadora, considerando la relación previamente establecida, con el objetivo de lograr una mayor adherencia de los participantes a la investigación.

Es importante destacar que se siguieron las exigencias del punto de vista teórico-metodológico para realizar una investigación con enfoque cualitativo. En este estudio, la experiencia del equipo fue importante para la elaboración del instrumento y el análisis de datos.

La investigadora, después de haberse contactado telefónicamente para informar el objetivo de la investigación y la aclarar las dudas, compartió el instrumento de recolección de datos a través de una aplicación de gestión de la investigación (*Google Forms*).

Se optó por el uso de la estrategia de recolección de datos online pensando en beneficios tales como: la

posibilidad de que el participante acceda a la investigación en el momento deseado en casos de estrategias asincrónicas, que la investigadora siga el desarrollo de la investigación al mismo tiempo, ya que los datos van siendo cargados en la plataforma digital, y que la investigadora no tenga contacto directo con los participantes, aportando neutralidad⁽²⁰⁾.

Basado en el marco de la EIP^(1,6-8,10,12), luego de una cuidadosa elaboración y planificación, el instrumento de recolección de datos en línea se implementó inicialmente en un estudio piloto con el objetivo de mejorarlo y de generar en los investigadores reflexiones sobre los datos encontrados y, por lo tanto, alcanzar el objetivo propuesto. Los resultados encontrados en esta etapa no fueron utilizados en la investigación, pero permitieron ajustes al instrumento y mayor dominio y preparación del investigador para el proceso de recolección de datos.

Al declarar su conformidad con el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), el participante

fue dirigido a la primera parte del formulario, que contenía preguntas cerradas para determinar las características demográfica, ocupacional (nombre, sexo, edad y categoría profesional) y académica (instituciones educativas a las que concurrió durante su formación).

En la segunda parte, para explorar el tema de investigación, se elaboraron preguntas abiertas para los participantes, sin límite de caracteres, con el fin de brindarles un espacio libre para la reflexión y descripción de sus experiencias y percepciones.

Las preguntas fueron elaboradas a partir de publicaciones con enfoque cualitativo y objeto de estudios similares^(1-2,5,8,12,14,21) que incluyeran ítems que serían utilizados en la elaboración de las preguntas como los descritos en la Figura 1, que abordaron: el motivo de la elección profesional, las experiencias durante el cursado de la carrera y la residencia con respecto a la EIPC y las categorías profesionales que se destacaron en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Ítems utilizados en la elaboración de las preguntas	Preguntas
Motivación para la elección profesional.	¿Por qué eligió esa carrera?
Experiencias con otras categorías profesionales a lo largo del cursado de la carrera.	Durante el cursado, ¿tuvo la oportunidad de compartir clases/actividades con estudiantes de carreras de otras áreas? Si es así, cuéntenos cómo se llevaron a cabo estas clases/actividades:
Interacción con categorías profesionales, ya sea otro miembro de la residencia o un trabajador del servicio de salud en cuestión.	¿Qué profesión(es) enumeraría como las más importantes para su proceso de enseñanza-aprendizaje durante su residencia? En su respuesta, considere las profesiones del equipo de servicios de salud y la residencia.
Aprender del, sobre y para el otro sobre actitudes, percepciones, roles, responsabilidades y relaciones con el cuidado de la salud.	De las profesiones enumeradas en la pregunta anterior, hable de lo que aprendió sobre actitudes, percepciones, roles, responsabilidades y relaciones con el cuidado de la salud.
Experiencias con un profesional, otro residente y/o paciente, contextualizando la importancia de la misma para su formación.	Elabore un texto en formato de narrativa reflexiva sobre alguna experiencia que haya ocurrido durante la residencia en la que tuvo la oportunidad de trabajar/experimentar con algún profesional u otro residente, contextualizando la importancia de la misma para tu formación profesional.

Figura 1 – Ítems utilizados en la elaboración de las preguntas del instrumento. Botucatu, SP, Brasil, 2019

La tercera parte del formulario se refirió a la composición de una Narrativa Reflexiva⁽²²⁾ en la que los participantes debían narrar alguna experiencia que haya ocurrido durante la residencia con otro profesional, residente y/o paciente que pudiera considerarse significativa para su formación profesional.

Cabe mencionar que se les pidió a los participantes que escribieran una narrativa reflexiva porque es una estrategia que ya formaba parte de la enseñanza utilizada en el contexto del PRMSF e porque también se considera relevante en la docencia y la investigación. Esta reflexión sobre la acción y el momento pasado permite la creación de nuevos significados y una mayor comprensión de lo experimentado⁽²²⁾.

El tiempo para responder a las preguntas y elaborar la narrativa fue libre, con una duración promedio de 20 minutos dependiendo de la narrativa reflexiva elaborada por cada uno de los participantes.

Para garantizar la confidencialidad de los participantes, se asignó un código alfanumérico compuesto por la letra "R" seguida de un dígito al utilizar extractos de las preguntas que componían la primera parte del instrumento. En el caso de fragmentos extraídos de las narrativas reflexivas, se utilizó la letra "N" también seguida de un número.

El procesamiento de datos fue guiado por el Análisis de Contenido, mientras que el fenómeno estudiado fue interpretado de acuerdo con el marco teórico y conceptual de la CIPF^(1-2,5,8,12).

El Análisis de Contenido es considerado como un conjunto de técnicas con el uso de pasos sistemáticos y objetivos para describir discursos diversificados y poner en evidencia la naturaleza y las intensidades relativas de los estímulos a los que se somete al sujeto⁽²³⁾.

El análisis del material generado a partir de la aplicación del instrumento utilizado siguió tres pasos:

lectura exploratoria, en las que se produce el primer contacto con el material analizado; clasificación de los elementos de los textos en un sistema de categorías según su significado; tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación⁽²³⁾.

La codificación se realizó a partir de los informes de los participantes que fueron recortados y agrupados temáticamente, dando lugar a dos categorías centrales, como se muestra en la Figura 2 a continuación:

Marco Teórico	Categorías Centrales	Categorías Empíricas	Subcategorías	Representación de las Subcategorías
Educación Interprofesional	La Residencia como escenario para aprender del otro	Relaciones interpersonales	Residente-Residente	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9
			Residente-Profesional de la salud	R1, R2, R3, R4, R7
			Residente-Comunidad	R2, R5, R6, R9
	La Residencia como escenario para comprender el papel del otro	Potencialización de la PIC*	Intersectorialidad	R4, R7
			Reconocer el trabajo de otras categorías profesionales	R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9
			Deconstruir conceptos previos	R3, R4
			Habilidades para incorporar a la práctica	R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9
			Reconocer límites profesionales	R2, R3, R4, R5, R8

*PIC - Práctica Interprofesional Colaborativa

Figura 2 - Presentación del marco teórico, categorías y subcategorías centrales, empíricas. Botucatu, SP, Brasil, 2019

El TCLI, como se mencionó anteriormente, se envió de forma electrónica, antes de la presentación del instrumento de recolección de datos, con orientación sobre los objetivos de la investigación y la no obligatoriedad de participación, según la Resolución nro. 466/2012⁽²⁴⁾. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación el 07/06/2019, bajo el dictamen nro. CAAE 13990519.0.0000.5411.

Resultados

La Figura 3 muestra las principales características de los participantes. Se puede observar que mayoría es de sexo femenino, con una edad promedio de 28,4 años, pertenece a carreras de grado vinculadas a instituciones públicas y no realiza actividades académicas teóricas y prácticas compartidas con alumnos de diferentes carreras, conocido como modelo de formación uniprofesional.

Participante	Sexo	Edad	Categoría Profesional	IES	Experiencia de EIP durante el cursado
R1	Femenino	26	Psicología	Pública estadual - presencial	Momentos con psicólogos, enfermeros, médicos, técnicos durante una pasantía en los servicios de Atención Primaria de la Salud.
R2	Masculino	29	Odontología	Pública estadual - presencial	No tuvo contacto con otras categorías profesionales. Menciona como obstáculo la estructura física de la institución que estaba aislada de las otras carreras. Buscó un proyecto de extensión que brindara interacción con biología, biomedicina, enfermería, farmacia, fisioterapia, medicina, psicología y medicina veterinaria.
R3	Masculino	25	Nutrición	Pública estadual - presencial	No tuvo contacto con otras categorías profesionales. Buscó un proyecto de extensión y tuvo contacto con médicos.
R4	Femenino	32	Enfermería	Pública estadual - presencial	Una materia junto con estudiantes de medicina.
R5	Femenino	26	Enfermería	Pública federal - presencial	Varias materias que le proporcionaron contacto con otras categorías profesionales del área de la salud.
R6	Femenino	25	Enfermería	Pública estadual - presencial	Una materia junto con estudiantes de medicina.
R7	Masculino	28	Servicio Social	Privada - presencial	No tuvo contacto con otras categorías profesionales. Buscó un proyecto de extensión y tuvo contacto con estudiantes de psicología.
R8	Femenino	25	Enfermería	Pública estadual - presencial	Una materia junto con estudiantes de medicina.
R9	Masculino	40	Educación Física	Pública estadual - presencial	No tuvo contacto con otras categorías profesionales.

Figura 3 - Caracterización de los participantes de la investigación. Botucatu, SP, Brasil, 2019

El análisis del corpus cualitativo permitió la creación de dos categorías: *La Residencia como escenario para aprender del otro* y *La Residencia como escenario para comprender el papel del otro*.

La categoría *La Residencia como escenario de aprendizaje del otro* trata sobre la vertiente en la que el residente aprende de los diferentes actores representados en el discurso de los participantes por los profesionales del servicio, otros residentes y usuarios.

La estrecha relación con los profesionales del servicio fue descrita como una oportunidad para compartir conocimientos y planificar la atención de manera compartida: [...] *las discusiones con los profesionales del lugar fueron fundamentales, ya que tenían mucha experiencia sobre la comunidad, así como del lugar (N7); y [...] la presencia del equipo siempre fue muy clara, sumamente importante para el proceso de aprendizaje en la residencia (N1).*

Los encuentros que permitieron la interacción de diferentes actores ocurrieron en diferentes momentos, según el relato: [...] *hubo consultas compartidas, discusiones en equipo de los casos que considerábamos más complejos, visitas domiciliarias multiprofesionales, trabajo intersectorial (N4). Sin embargo, el trabajo de los participantes con las diferentes profesiones se dio principalmente a través de discusiones de casos vistos como [...] espacios en los que vimos los puntos de convergencia entre las actividades profesionales y las unificamos para elaborar un plan de atención común (N6), así como una oportunidad para discutir, pensar estrategias, identificar situaciones que a menudo pasaron desapercibidas para mí. [...] (R2).*

Los servicios compartidos se mencionaron como eventos puntuales y específicos basados en la identificación de la necesidad del participante de acceder los conocimientos de otra profesión, como se explica a continuación: [...] *mejoraron mi práctica con información y técnicas, pero también me hicieron poder reconocer los límites de mi profesión y la importancia del abordaje conjunto (R5).*

Los participantes señalaron que el trabajo con profesionales de otros servicios, realizado con diferentes equipos de la Red de Atención a la Salud, resultó en un acercamiento a la comunidad y sus necesidades sociales y de salud reales a través de actividades colectivas planificadas, como se destaca en el informe [...] *se planificaron actividades en conjunto con la unidad de salud, equipamiento social y residentes, que además de desarrollar habilidades de trabajo en equipo [...] concientización política y crítica del contexto comunitario, permitiéndonos ver más allá de las unidades y servicios de salud (N4).*

Además, la corresponsabilidad entre profesionales y residentes y el usuario fue significativa al colocarlo en el centro de atención: [...] *esta corresponsabilidad entre profesionales y el usuario se entiende en el trabajo diario y crea experiencias significativas (R6).*

La interacción con los usuarios de los servicios también fue percibida como un momento importante para el fortalecimiento de las relaciones y la percepción y el sentimiento de pertenencia al equipo de servicio por parte del residente: [...] *hice todo el abordaje, todas las orientaciones, todas las preguntas necesarias para que podamos pensar [residente y usuario] en los próximos pasos (N2); y [...] creamos vínculos importantes con los usuarios del servicio que empezaron a buscarnos y confiar en nuestro trabajo (N5).*

Las experiencias positivas de la estrecha relación con la comunidad fueron recordadas mayoritariamente a través de actividades grupales que permitieron la articulación del conocimiento técnico y popular para satisfacer las necesidades colectivas, no solo las individuales.

Todos los participantes calificaron la relación entre ellos como significativa, y la consideraron una oportunidad única para aprender de la experiencia y práctica de los demás: [...] *mi compañera de trabajo tenía otras experiencias, que contribuyeron a una mejor comprensión de lo que nos exigía el trabajo, así como otros instrumentos de intervención (N7).*

Algunos también señalaron qué categorías profesionales tuvieron un papel distinto durante su trayectoria en la residencia y el impacto positivo que tuvo para su formación profesional enfocada en la PIC, siendo la categoría más mencionada por los participantes la psicología, como se puede ver: [...] *la posibilidad de intercambiar experiencias con el profesional en cuestión [psicólogo] me ayudó a reconocer, de manera más sensible, algunas actitudes de los pacientes, permitiendo acercamientos y orientaciones más cercanas a la realidad (R3).*

También se informó que aprender de un colega con una trayectoria profesional diferente permitió la adquisición de conocimientos que posibilitaron enfoques y lineamientos más cercanos a la realidad de los usuarios, la familia y la comunidad: [...] *La Asistencia Social me abrió la mente a otras formas de ver e intervenir en salud [...]. Sus actitudes siempre tuvieron en cuenta el contexto personal y social de los individuos (R9).*

Se pudo constatar que, a través de las interacciones y relaciones de los participantes con los diferentes actores involucrados en la asistencia, se amplió el acercamiento al usuario incluso cuando se realizó de manera individual, debido al establecimiento de conexiones entre las diferentes áreas de conocimiento: [...] *aprendí a tener una escucha cualificada y [a tener] aceptación del sufrimiento ajeno, además de aprender a afrontar estos temas dentro de las limitaciones de mi profesión (R8).*

La categoría *La Residencia como escenario para comprender el papel del otro* trata sobre la relevancia de conocer los diferentes roles de las profesiones como

forma de potenciar el trabajo en equipo y el trabajo colaborativo.

Al analizar las narrativas, se notó que los escenarios de práctica de la residencia permitieron identificar y comprender el papel del otro, como se ve en el siguiente fragmento, en el que un participante comienza a ver que una colega con formación profesional diferente a la suya tiene diferentes formas de trabajo: [...] *la enfermería ha superado el campo de la atención directa al paciente, sumando conocimientos principalmente en el área gerencial (R3).*

Además, también se presentó como una oportunidad para deconstruir conceptos previos sobre otras profesiones: [...] *tenía la visión de un profesional [en educación física] preocupado únicamente por cuestiones estéticas y rendimiento deportivo (R3); y [...] cuando entiendo el rol de cada profesional del equipo, amplió mi visión y las posibilidades que pueden ser brindadas (R4).*

Por otro lado, hubo informes que reflejan una comprensión estereotipada y limitada de las profesiones: [...] *los profesionales recopilaron información sobre la historia de vida completa del paciente. El profesor de educación física recomendó [...] varios ejercicios específicos, el nutricionista hizo ajustes nutricionales [...] (R3).*

Otra limitación detectada fue la falta de dominio de los términos de la EIPC de los egresados, en algunos informes se identificó que el término utilizado en ocasiones era "multiprofesional".

El acercamiento a diferentes categorías profesionales también permitió reflexionar sobre ellas, lo que le dio al participante la oportunidad de ver en el otro las habilidades y actitudes que debía incorporar a su práctica profesional: *En nutrición me di cuenta que la actitud del profesional es [...] organizada y [...] basada en la evidencia [...]. Con la Trabajadora Social, pude ver [...] que sus actitudes siempre tenían en cuenta el contexto personal y social de los individuos (R9); y Con los profesionales de odontología, aprendí aspectos teóricos y técnicos, propios del área, que me proporcionaron un mayor repertorio en mis orientaciones (R8).*

Por ende, se consideró positivo el aprendizaje de los profesionales del servicio y de los egresados sobre el papel y la importancia del otro para la atención brindada: *Me doy cuenta, entonces, que es mucho lo que se gana cuando los profesionales comprenden y creen en el trabajo interprofesional, tanto para el crecimiento profesional como para la atención directa del paciente (N8).*

Un contrapunto al reconocimiento de los límites del alcance de las profesiones es lo que tienen en común, haciendo de este encuentro un espacio poderoso para la construcción y expansión del cuidado. Sin embargo, muchas veces los servicios no lo hacen, al dar preferencia a las actividades realizadas de forma multidisciplinaria con poca interacción entre los implicados.

Considerando arduo el camino para la EIPC, fueron identificados algunos factores como barreras para su implementación, como lo señalan los siguientes participantes: [...] *la forma en que se organizan los servicios, que no incentivan ni colaboran para que se lleven a cabo (N4); [...] delinear los roles de cada profesional es algo que trae mucha tensión. Para algunos, el trabajo interprofesional es una amenaza para su autonomía como profesional (R6); y [...] un camino arduo, ya que involucra a diferentes sujetos de carreras distintas, pero al mismo tiempo es efectivo, eficiente y gratificante (N3).*

Discusión

Como se puede ver en los resultados, la Residencia Multiprofesional en Salud, al estar organizada en la lógica del trabajo en equipo y en red, se presenta como una modalidad de formación interprofesional al permitir la articulación de diferentes perspectivas profesionales que conforman los programas y servicios, así como también, la articulación con residentes y profesionales y la de estos con otros sectores, usuarios y sus familias, cuando se guían por los preceptos de la PIC⁽²⁵⁾.

En Brasil, aunque el SUS se base en los principios de universalidad, integralidad, equidad y en el trabajo en equipo, el proceso de formación está organizado en modelos curriculares esencialmente uniprofesionales, trayendo como consecuencia un trabajo fragmentado y aislado de las profesiones de la salud⁽²⁶⁻²⁹⁾.

En contraste, experiencias internacionales como las de Canadá y Estados Unidos están más avanzadas al informar que la PIC ha permitido el trabajo en equipo integrado, presentando impactos positivos en la atención en los servicios de atención primaria y acercando, como categorías profesionales más propensas a esta práctica, trabajadores sociales, enfermeros, farmacéuticos, médicos, profesionales de la salud mental y nutricionistas⁽²⁾.

En este sentido, coincidentemente con lo encontrado en la literatura⁽²⁾, los participantes de este estudio identificaron y reconocieron que el psicólogo residente tiene un papel importante en la formación de un colega de otra profesión.

Las transformaciones en los sistemas educativos y de salud deben ocurrir en los niveles de las relaciones interpersonales, de los procesos de cambios curriculares y de las políticas de salud y educación, de manera interdependiente y articulada, proporcionando una reorganización del proceso de trabajo en salud y mejoras en la asistencia brindada^(1,5).

Por lo tanto, tal y como han expuesto los participantes de la investigación, se considera que la EIP, desde la perspectiva de aprender del, sobre y para

el otro, es capaz de promover cambios en la formación profesional mejorando la integración enseñanza-servicio y las relaciones profesionales para enfrentar los problemas sociales y de salud^(1,30-31).

En este contexto, como iniciativa de la OMS, el Marco de Acción en Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa refuerza el papel de los sistemas de salud y educación, mapeando iniciativas en el momento y siendo una gran guía para experiencias nacionales e internacionales⁽⁷⁾.

Las experiencias brasileñas de IPE han involucrado a estudiantes de diferentes categorías profesionales - trabajadores sociales, profesores de educación física, enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos y terapeutas ocupacionales - con el uso de prácticas pedagógicas ya desde el inicio de la carrera, lo que es posible en el contexto del trabajo en salud. La perspectiva de los estudiantes sobre estas experiencias enfatiza la importancia del docente como mediador en el proceso de formación para la reflexión crítica e intencional en torno a la deconstrucción de estereotipos, el intercambio de prácticas y conocimientos y el aprendizaje del y sobre el otro^(14,32).

La integración enseñanza-servicio discutida en el escenario holandés insiste en la participación del paciente con condiciones crónicas en el contexto de la EIP. Los estudiantes universitarios de enfermería, fisioterapia, fonoaudiología y medicina participan en tres módulos en los que pacientes con enfermedades crónicas comparten sus experiencias personales con respecto a la atención brindada en los servicios de salud. Este ambiente de interacción entre el estudiante y el paciente organizado en pequeños grupos y facilitado por un profesor resultó en un enfoque más integral y empático, con la intención de que los estudiantes practiquen el cuidado centrado en la persona⁽²⁷⁾.

De esta manera, se producen cambios en la perspectiva de la PIC a medida que el cuidado de la salud se enfoca en el usuario, siendo reconocido como un proceso compartido que integra, además, a las familias, la comunidad y diferentes profesionales⁽²⁶⁻²⁹⁾. Tres dimensiones permitieron identificar una efectiva integración interprofesional: el perfil de los estudiantes, el contacto con el equipo y la duración, permitiendo mayor experiencia y mayor conocimiento con respecto al servicio⁽³²⁻³³⁾.

Las experiencias y el intercambio de las mismas con los usuarios en los diferentes contextos y equipos del territorio y en actividades grupales, en el contexto de la Atención Primaria de Salud, fueron mencionadas por los participantes como oportunidades ideales para la formación interprofesional y el contacto directo con

las necesidades de la población, siendo un proceso de aprendizaje intenso para estudiantes, profesionales de servicios y usuarios⁽³³⁻³⁴⁾.

Por lo tanto, la corresponsabilidad y la atención centrada en el paciente encontradas en los discursos deben entenderse como dominios y elementos esenciales para el trabajo en equipo e interprofesional⁽³⁴⁾. Al reforzar el reparto de responsabilidades entre los profesionales y el usuario, la PIC se muestra como una poderosa estrategia en el reconocimiento y refuerzo de prácticas que sitúan al paciente en el centro de su cuidado, así como una iniciativa que construye relaciones más equitativas entre los actores involucrados en este proceso⁽²⁶⁻²⁹⁾.

Las experiencias reportadas sobre el IPE señalan cambios importantes en el perfil de los egresados del Programa de Residencia, demostrando que entender que conocer el rol de un colega de otra profesión les permitió cualificar el trabajo en salud. Además, se comprendió que aprender del y sobre el otro da como resultado la superación del desconocimiento de otros grupos profesionales, la formación orientada al trabajo en equipo y el desarrollo de competencias necesarias para la colaboración^(1,3,30,32,35).

Las competencias se consideran la combinación de conocimientos, habilidades y actitudes, que se pueden dividir en tres tipos. Las competencias comunes son aquellas similares entre profesiones, que pueden ser ejercidas por todos los profesionales. Las competencias específicas distinguen a las profesiones entre sí, mientras que las competencias colaborativas comprenden las habilidades necesarias para que el trabajo conjunto sea eficaz⁽³⁶⁾.

A partir del reconocimiento de los participantes de los límites entre profesiones, que en ocasiones son móviles y se superponen, se presta atención a la importancia de que las competencias colaborativas formen parte del perfil de los profesionales de la salud, ya que les permiten resolver conflictos interprofesionales, tomar decisiones compartidas, tener claro los roles, brindar una atención centrada en el usuario/familia/comunidad y tener una comunicación interprofesional efectiva^(33-34,37).

El impacto positivo en la evaluación de la efectividad de la PIC en la atención del paciente y en la dinámica de trabajo en los servicios de salud se demostró a través de un estudio de revisión sistemática, indicando como resultados: adherencia a los protocolos de atención, satisfacción del usuario con la atención recibida, intercambio de conocimientos en la toma de decisiones por parte de los profesionales, práctica colaborativa y reducción de errores en la asistencia brindada⁽²⁾.

Dicha evidencia concuerda con los resultados de esta investigación y con otros hallazgos en la literatura nacional^(4-5,14) e internacional^(2,27-28,30), ya que las relaciones interpersonales e interprofesionales presentes en la residencia brindan oportunidades para la reflexión-acción, varios momentos de intercambio, mejor planificación asistencial, comprensión de las demandas sanitarias y sociales de los usuarios y sus familias, así como la adquisición de competencias colaborativas que permiten una mejor orientación asistencial.

Al pensar en el trabajo interprofesional, es importante considerar que una de las condiciones para su realización es que el equipo sea multiprofesional. Sin embargo, en un equipo organizado según la lógica multiprofesional, no hay necesariamente interacción y colaboración entre profesiones. Por otro lado, un equipo interprofesional se articula a partir de las interacciones de diferentes profesionales con miras a la colaboración y en torno a un objetivo común y explícito, que es la atención al usuario^(1,4-5).

La literatura muestra algunas barreras para que la EIPC no sea efectiva, que se pueden encontrar en la narrativa de los participantes, como la falta de comprensión y poco conocimiento sobre el rol de otros profesionales y el hecho de pensar que la interprofesionalidad es sinónimo de multiprofesionalidad^(3,38).

Además, la formación guiada por la hegemonía biomédica y el modelo flexneriano de salud, la competitividad en el ámbito asistencial, el miedo a perder la identidad profesional^(1,30,39), la estructura curricular uniprofesional que dificulta el aprendizaje común, roles históricos de cada profesión y la falta de comprensión del contrato social que cada profesión tiene con los pacientes⁽¹²⁾ también limitan la adopción de estas prácticas.

Teniendo en cuenta estas dificultades y barreras, se señalan algunas estrategias para la implementación de espacios de formación interprofesional, tales como: el uso del aprendizaje basado en problemas y online; estructura curricular flexible; grupos de trabajo que apoyen la propuesta, tales como profesores y directores universitarios; apoyo financiero para la implementación y mantenimiento de actividades de educación interprofesional; participación de estudiantes, docentes y profesionales de servicios para la evaluación y elaboración de los planes de estudio de los carreras⁽³⁸⁾.

Los aportes del estudio señalan la importancia de insertar paulatinamente la discusión EIPC, ya que se observa que en este PRMSF el trabajo desarrollado por los residentes se da en la lógica de la multiprofesionalidad. Por ende, el trabajo intencional y planificado, involucrando a los actores de la residencia

con el objetivo de incorporar los referentes teóricos y metodológicos de la EIPC en el Proyecto Político Pedagógico, es un elemento fundamental para potenciar la interprofesionalidad. Considerando que la residencia se lleva a cabo en la interfaz de los escenarios de práctica, se destaca la importancia de articular el trabajo en salud como factor determinante del proceso de formación en la lógica interprofesional.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la técnica de recolección de datos, ya que la implementación de la entrevista presencial o del grupo focal podría haber proporcionado una comprensión más profunda de las respuestas de los participantes. Además, la no inclusión de otras instituciones educativas y egresados de otros programas de residencia multiprofesional en salud limitó el alcance de los hallazgos de esta investigación.

Conclusión

El estudio mostró que el trabajo desarrollado durante el PRMSF se da en la lógica de la multiprofesionalidad con una tendencia al trabajo interprofesional desencadenado por acciones que involucran el marco teórico metodológico de la EIPC concretizado en la discusión de caso con todas las categorías profesionales de la residencia, en las experiencias prácticas que se dan durante una consulta compartida, en las visitas domiciliarias, en los grupos de educación en salud y en las acciones intersectoriales.

Cabe destacar que las actividades mencionadas anteriormente deben ser propuestas intencionalmente para el programa de residencia y alineadas con los escenarios de práctica, ya que se cree que de esta manera la EIPC forma profesionales capaces de trabajar en colaboración.

En el contexto de la residencia, la interprofesionalidad se presenta como una estrategia relevante para la formación profesional y la mejora de la calidad asistencial, basada en la planificación asistencial compartida, el usuario como centro asistencial, el aprendizaje de otras profesiones y el intercambio de conocimientos con el otro.

Referencias

1. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2016;20(56):185-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
2. McCutcheon LRM, Haines ST, Valaitis R, Sturpe DA, Russell G. Impact of Interprofessional Primary Care Practice on Patient Outcomes: A Scoping Review.

- SAGE Open 2020;10(2):1-17. doi: <https://doi.org/10.1177/2158244020935899>
3. Montanari PM. Work training in undergraduate degrees in health. *Saúde Soc.* [Internet]. 2018;27(4):980-6. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180974>
 4. Batista REA, Peduzzi M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(2):1685-95. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0755>
 5. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(2):1525-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
 6. Costello M, Huddleston J, Atinaja-Faller J, Wood A, Barden J, Adly S. Simulation as an Effective Strategy for Interprofessional Education. *Clin Simul Nurs*. 2017;13(12):624-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.07.008>
 7. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 21 Oct, 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=D9D0E68A164410785CCC31CA8E3BADD0?sequence=1
 8. Pan American Health Organization. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting. Bogota, Colombia, 7-9 December, 2016. [Internet]. Washington: PAHO; 2017 [cited Jul 22, 2020]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34353/PAHOHSS17024_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [internet]. Brasília; 2018 [Acesso 22 jul 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
 10. Silva FAM, Cassiani SHB, Freire Filho JR. A Educação Interprofissional em saúde na Região das Américas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3013. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013>
 11. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 569, de 8 de dezembro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União, 26 fev 2018 [Acesso 22 jul 2020]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>
 12. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Interprofessional Education in the policies of reorientation of professional training in health in Brazil. *Saúde Debate*. 2019;43(1):86-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s107>
 13. Almeida RGS, Teston EF, Medeiros AA. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde Debate*. 2019;43:97-105. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s108>
 14. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2018;22(Supl.1):1325-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>
 15. Samuriwo R, Laws E, Webb K, Bullock A. "I didn't realise they had such a key role" Impact of medical education curriculum change on medical student interactions with nurses: a qualitative exploratory study of student perceptions. *Adv Health Sci Educ*. 2020;25:75-93. doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09906-4>
 16. Khalili H, Thistlethwaite J, El-Awaisi A, Pfeifl A, Gilbert J, Lising D et al. Orientação para a educação interprofissional global e pesquisa sobre a prática colaborativa: Documento de trabalho. [Internet]. 2019 [Acesso 21 out 2020]. Disponível em: https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2019/guia_orientacion_po.pdf
 17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed, São Paulo: Hucitec; 2014.
 18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Sep;19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Cobertura da Atenção Básica. [Internet]. 2019 [Acesso 22 jul 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
 20. Salvador PTCO, Alves KYA, Rodrigues CCFL, Oliveira LV. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190297. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>
 21. Santos LC, Simonetti JP, Cyrino AP. Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl 2):1601-11. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0507>
 22. Gomes R, Lima VV. Narratives on educational processes in health. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2019;24(12):4687-97. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.10852018>
 23. Bardin L. Análise de conteúdo. [Internet]. São Paulo: Edições 70; 2016 [Acesso em 22 jul 2020]. Disponível

- em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
24. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial da União, 13 dez 2012 [Acesso 22 jul 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
25. Araujo MBS, Rocha PM. Teamwork: a challenge for family health strategy consolidation. *Cienc Saúde Colet*. 2017;12:455-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
26. Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners - A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2019;27:e189-e212. doi: 10.1111/hsc.12705
27. Romme S, Bosveld MH, Van Bokhoven MA, Jooyer JD, Besselaar HV, Van Dongen JJJ. Patient involvement in interprofessional education: A qualitative study yielding recommendations on incorporating the patient's perspective. *Health Expectations*. 2020;00; 1-15. doi: 10.1111/hex.13073
28. Sanko J, McKay M, Shekhter I, Motola I, Birbach DJ. What participants learn, with, from and about each other during interprofessional education encounters: A qualitative analysis. *Nurse Education Today*. 2020;88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104386>
29. Ito M, Hida T, Goto K, Goto M, Kanada Y, Ohtsuki M. Moving beyond superficial communication to collaborative communication: learning processes and outcomes of interprofessional education in actual medical settings. *Fujita Med J*. 2020;6(4):96-101. doi: <https://doi.org/10.20407/fmj.2019-026>
30. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zobel ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep*. 2017;15:2723-88. doi: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003016>
31. Groessl JM, Vandenhousten CL. Examining Students' Attitudes and Readiness for Interprofessional Education and Practice. *Education Research International*. 2019;2019:2153292. doi: <https://doi.org/10.1155/2019/2153292>
32. Itzhaki M, Leurer MK, Warshawski S, Bar MA. Preparedness of health professions students for interprofessional collaboration: a mixed method study. *Teach High Educ*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1080/13562517.2020.1769057>
33. Findyartini A, Kambey DR, Yusra RY, Timor AB, Khairani CD, Setyorini D, et al. Interprofessional collaborative practice in primary healthcare settings in Indonesia: A mixed-methods study. *J Interprof Educ Pract*. 2019;17:100279. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100279>
34. Miller R, Scherpbier N, van Amsterdam L, Guedes V, Pype P. Inter-professional education and primary care: EFPC position paper. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20(e138):1-10. doi: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000653>
35. Aggar C, Mozolic-Staunton B, Scorey M, Kemp M, Lovi R, Lewis S. Interprofessional primary healthcare student placements: qualitative findings from a mixed-method evaluation. *International Int J Work Integr Learn*. [Internet]. 2020 [cited Jul 22, 2020];21(3):223-34. Available from: https://www.researchgate.net/publication/341072313_Interprofessional_primary_healthcare_student_placements_Qualitative_findings_from_a_mixed-method_evaluation
36. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp 2):16. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
37. Fox S, Gaboury I, Chiocchio F, Vachon B. Communication and interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice. *Health Commun*. 2019. doi: <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1666499>
38. Brooks AJ, Koithan MS, Lopez AM, Klatt M, Lee JK, Goldblatt E, et al. Incorporating integrative healthcare into interprofessional education: What do primary care training programs need? *J Interprof Educ Pract*. 2020;14:6-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.10.006>
39. Araujo TAM. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):601-13. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>

Contribución de los Autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Heloísa Pimenta Arruda Araújo, Lucas Cardoso dos Santos, Rúbia Aguiar Alencar. **Obtención de datos:** Heloísa Pimenta Arruda Araújo. **Análisis e interpretación de los datos:** Heloísa Pimenta Arruda Araújo, Lucas Cardoso dos Santos, Thiago da Silva Domingos, Rúbia Aguiar Alencar. **Redacción del manuscrito:** Heloísa Pimenta Arruda Araújo, Lucas Cardoso dos Santos, Thiago da Silva Domingos. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Heloísa Pimenta Arruda Araújo,

Lucas Cardoso dos Santos, Thiago da Silva Domingos,
Rúbia Aguiar Alencar.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 12.05.2020

Aceptado: 02.11.2020

Editor Asociado:
Ricardo Alexandre Arcêncio

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Helóisa Pimenta Arruda Araújo

E-mail: helois_pimenta@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3583-4729>