

Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura

Core competency domains in the collaborative practices of interprofessional health teams: an integrative literature review (abstract: p. 18)

Domínios de competencias esenciales en las prácticas colaborativas en equipo interprofesional: revisión integradora de la literatura (resumen: p. 18)

Carolina Caldas de Freitas^(a)

<psicologa_carolina@yahoo.com.br> 


Flávia Mussatto^(b)

<flaviamussatto@hotmail.com> 


Júlia de Souza Vieira^(c)

<juliasvieiraa@hotmail.com> 

Julia Baseggio Buganção^(d)

<juliabcontato@gmail.com> 

Vânia Aparecida Steffens^(e)

<vaniaapsteffens@hotmail.com> 

continua pág. 14

^(a, f) Prefeitura Municipal de Palhoça. Palhoça, SC, Brasil.

^(b) Graduanda do curso de Odontologia, Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). Palhoça, SC, Brasil.

^(c, d, e) Graduandas do curso de Enfermagem, Unisul. Palhoça, SC, Brasil.

^(g) Curso de Medicina, Unisul. Palhoça, SC, Brasil.

^(h) Curso de Odontologia e Medicina, Unisul. Avenida Pedra Branca, 25, Cidade Universitária Pedra Branca. Palhoça, SC, Brasil. 88137-900.

O objetivo desta pesquisa foi sintetizar evidências das práticas colaborativas interprofissionais segundo os domínios de competências essenciais do Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Foi conduzida revisão integrativa da literatura, dos últimos dez anos, nas bases Pubmed, Web of Science e Biblioteca Virtual em Saúde e síntese das práticas segundo a estrutura proposta pela CIHC. Dos 364 artigos selecionados, 21 foram incluídos com amostras entre 12 e 972 participantes; 11 estudos utilizaram instrumentos para avaliação das práticas; 43% evidenciaram os seis domínios essenciais; e 38%, de três a quatro. A resolução de conflitos interprofissionais não foi abordada em 48% dos artigos. Foi observada a adesão aos domínios de competências essenciais, o que tende a qualificar o processo de trabalho. Entretanto, a lacuna observada na abordagem do enfrentamento dos conflitos interprofissionais representa um obstáculo para vencer a formação uniprofissional.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Equipe interprofissional de saúde. Acolhimento.

Introdução

Nos últimos trinta anos, diversos países têm estimulado o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe e da Educação Interprofissional em Saúde (EIP), buscando superar problemas decorrentes da fragmentação dos sistemas de saúde e os desafios dos processos de trabalho em saúde, cada vez mais complexos^{1,2}.

A interprofissionalidade pode ser compreendida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à formação profissional orientada para a ação eficaz em qualquer situação da vida prática³, e pode ser caracterizada por reconhecimento e respeito mútuos, comunicação, ética e clareza de papéis no trabalho em equipe, com foco nos usuários^{4,5}.

Segundo D'Amour *et al.*⁶, a ação coletiva é um componente essencial em qualquer empreendimento humano, e a colaboração interprofissional, a sua expressão mais visível, analisada segundo quatro dimensões: 1) Objetivos e visão compartilhados (atenção centrada no paciente); 2) Internalização (convivência mútua e confiança); 3) Formalização (ferramentas de formalização e troca de informações); e 4) Governança (centralidade, liderança, suporte para a inovação e conectividade). Juntas, essas quatro dimensões, e a interação entre elas, podem captar os processos de colaboração em desenvolvimento.

Além disso, os domínios de competências colaborativas são reconhecidos como elementos essenciais para a produção de qualidade na Atenção à Saúde. Segundo o Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), a qualidade na produção do cuidado depende da capacidade das equipes em lidar com pontos de vista conflitantes e assumir denominadores comuns. Além disso, sugere o desenvolvimento de seis domínios específicos para a construção dos domínios de competências interprofissionais no âmbito da formação profissional: (a) clarificação dos papéis profissionais; (b) atenção centrada no paciente/família/comunidade; (c) dinâmica de funcionamento em equipe; (d) liderança colaborativa; (e) comunicação interprofissional; (f) resolução de conflitos interprofissionais⁷.

No bojo dos esforços de incorporação de conteúdos de EIP nos currículos de formação profissional, as práticas colaborativas interprofissionais e do trabalho em equipe no âmbito da saúde consideram, no todo ou em parte, domínios de competências essenciais como critérios avaliativos^{8,9}. Segundo evidências, as estratégias de EIP têm se associado a melhorias na *performance* de diversas profissões de saúde e contribuído para uma transição mais rápida entre sistemas de atenção fragmentados e modelos mais integrados e resolutivos, embora melhorias nos parâmetros clínicos por meio dessas abordagens ainda não tenham sido evidenciadas^{9,10}.

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH)¹¹ pode ser considerada uma iniciativa indutora do aprimoramento das práticas colaborativas interprofissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), pois a recomendação de que a prática do acolher deve ser exercida por todos os profissionais de saúde recuperou a centralidade do trabalho em equipe, embora alguns autores tenham destacado especialmente o protagonismo das equipes de enfermagem nesse processo¹². Apesar disso, a PNH e sua abertura para a

transversalidade se confronta com o modelo hegemônico de formação dos trabalhadores da saúde, ainda com forte caráter uniprofissional, focado em disciplinas, que tende a contribuir para a fragmentação do cuidado, de saberes e de práticas, reforçando o corporativismo profissional¹³.

Considerando a contribuição dos domínios de competência essenciais no processo de trabalho pelo aprimoramento de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para as práticas colaborativas interprofissionais, a questão que norteou esta revisão integrativa foi: quais domínios de competências essenciais, segundo CIHC⁷, foram sintetizados nas experiências de práticas colaborativas interprofissionais publicadas na literatura da área da Saúde dos últimos dez anos?

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, vinculada às atividades desenvolvidas durante a nona edição do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) no período 2019/21, uma iniciativa do Ministério da Saúde que incluiu como tema a interprofissionalidade no contexto da formação dos profissionais de saúde. A revisão integrativa consiste na síntese dos estudos selecionados e na produção de novo conhecimento, com base na identificação de abordagens teóricas e metodológicas com potencial explicativo e compreensivo do fenômeno, bem como nas falhas dos estudos e na necessidade de pesquisas futuras¹⁴. Para a presente revisão foi utilizado o protocolo de pesquisa baseado em Soares *et al.*¹⁴.

Critérios para inclusão e exclusão dos estudos

Foram incluídos artigos originais, disponíveis em bases de dados bibliográficos com acesso eletrônico, desde que associados à temática das práticas colaborativas interprofissionais e de humanização do cuidado, escuta qualificada/acolhimento ou ainda sinônimos de ações de humanização dos serviços de saúde e reorganização do processo de trabalho fundamentadas na ética e na cidadania, realizadas por pelo menos duas profissões da área da Saúde, independentemente do nível de atenção. Foram excluídos os artigos de revisão, ensaios teóricos, metanálise, teses, dissertações, documentos oficiais e cartas ao leitor ou que tratavam de experiências com apenas uma profissão da área da Saúde.

Estratégia de busca e coleta dos dados da revisão integrativa

As fontes bibliográficas consultadas foram Pubmed/Medline, Web of Science e Biblioteca Virtual em Saúde. Optou-se pela delimitação temporal com ano de início do período de pesquisa coincidente ao do ano de publicação do documento de CIHC (2010), que referenciou a análise desenvolvida. Foi utilizada uma combinação de descritores nas referidas bases de dados para obtenção do maior número de artigos relacionados. No caso da Pubmed foram considerados os descritores: Patient Care Team, Interprofessional Relations, Interprofessional Collaborative Practice, Interprofessional Team Work, User embracement e Qualified listening (Figura 1).

O acesso às bases de dados foi realizado por login institucional. Foram considerados artigos em inglês, português e espanhol. A fase de coleta de informações foi realizada de maneira independente pelos autores, sendo a leitura inicial dos títulos e resumos feita por CCF, FM e JBB; e a revisão feita por VAS, JSV e HBF sob orientação/ supervisão de FRLM e DRF. Após consenso entre os autores em todas as fases, a síntese metodológica foi realizada por FRLM e DRF. A última pesquisa nas fontes bibliográficas foi feita no dia 6 de novembro de 2019, resultando em 374 artigos identificados. Foi utilizado o programa Endnote Web 3.1, disponibilizado pela base de dados Web of Knowledge, para armazenamento dos artigos identificados, triagem e exclusão dos conteúdos redundantes.

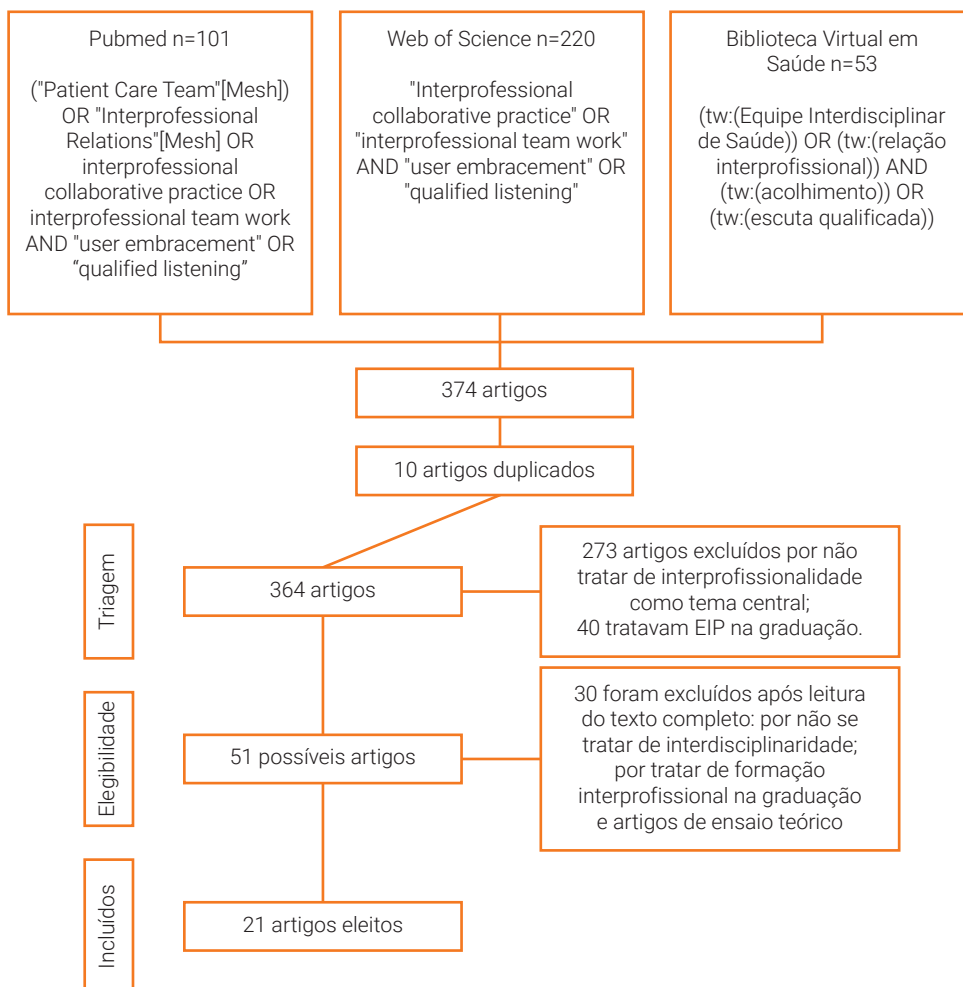


Figura 1. Fluxograma da revisão integrativa.

Critérios de registro, avaliação e síntese dos estudos

Uma matriz avaliativa incluiu as informações bibliométricas dos artigos: título do artigo e do periódico, fator de impacto, autores, país, idioma do artigo, instituição na qual foi realizado e área do conhecimento de publicação. O detalhamento metodológico procurou caracterizar o tipo de abordagem do estudo, a metodologia, a amostra, o instrumento de coleta de dados aplicado e a duração do estudo. Consideraram-se, também, os instrumentos utilizados e as áreas profissionais da saúde envolvidas no estudo. Para identificação dos domínios de competências essenciais, foi conduzida uma avaliação dicotômica (presença/ausência) nos estudos selecionados, identificando a citação, ao longo dos métodos e resultados/discussão, de pelo menos um dos seis domínios de competências essenciais para a prática interprofissional colaborativa, segundo aspectos teóricos contidos no documento do CIHC⁷: (a) clarificação dos papéis profissionais (estabeleceu ou atingiu objetivos relacionados à atenção do paciente, família e comunidade); (b) atenção centrada no paciente/família/comunidade (integração, valorização e envolvimento do paciente na implementação de cuidados/serviços); (c) dinâmica de funcionamento em equipe (foi eficaz na dinâmica de trabalho em equipe e em processos); (d) liderança colaborativa (aplicou princípios de condução de processos que sustentam um modelo de prática colaborativa); (e) comunicação interprofissional (houve comunicação colaborativa, responsiva e responsável); (f) resolução de conflitos interprofissionais (houve envolvimento ativo entre si e entre os outros, incluindo o paciente/família, na abordagem crítica positiva e construtiva).

Aos estudos que contemplaram todos os domínios de referência foi atribuída uma proporção percentual de 100%, e a ausência de qualquer dos domínios de referência determinou valores percentuais proporcionalmente menores.

Resultados

A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, em relação ao conteúdo dos 374 artigos selecionados pelas chaves de busca utilizadas, resultou em 21 artigos que compõem esta revisão integrativa. Observou-se que 38% (n=8) dos artigos selecionados foram publicados no periódico *Journal of Interprofessional Care*^{8,15-21}, seguidos de 10% (n=2) publicados na *Nursing Clinical North America*^{22,23}. O restante dos artigos, 52% (n=11), foi publicado em 11 diferentes periódicos²⁴⁻³⁴. As áreas das publicações mais prevalentes foram Enfermagem 33% (n=7)^{22-24,26,30,33,34} e Interprofissional, com 52% dos estudos (n=11)^{8,15-21,25,27,29}. Além disso, 81% (n=17) foram publicados após 2015, prevalecendo 2019 com 24% (n=5)^{20,22,23,31,32}, 2018 e 2017 com 33% (n=7)^{8,17,19,26,28,30,33}. Quase metade dos estudos, 48% (n=10), foi realizada nos Estados Unidos^{8,17,20-23,29-31,34} e 14% (n=3), no Brasil^{24,26,28}. Mais de 2/3 dos artigos foram publicados na língua inglesa (n=18)^{9,15-23,25,27,29-34}. Em relação ao *locus* de realização do estudo, 29% (n=6) foram conduzidos em Unidades Locais de Saúde^{9,23-26,28}, seguidos de 24% (n=5) conduzidos em hospitais universitários^{15,20,30-32} (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição bibliométrica dos artigos

Identificação	Periódico/ano de publicação/fator impacto	Autores	País	Idioma	Instituição onde o estudo foi realizado	Área do conhecimento
1 ²²	Rev. Rene., 2010/*	Lanzoni GMM, Meirelles BHS	Brasil	Português	Unidade local de saúde	Enfermagem
2 ⁶	J Interprof Care, 2018/2.205	Nagelkerk J, Thompson ME, Bouthillier M et al.	EUA	Inglês	Unidade local de saúde	Interprofissional
3 ²³	Aust J Rural Health, 2015/1.464	Drabsch T	Austrália	Inglês	Unidade local de saúde	Interprofissional
4 ²⁴	Rev Lat Am Enfermagem, 2018/1.297	Filho JRF, Costa MV, Magnago C et al.	Brasil	Português	Unidade local de saúde	Enfermagem
5 ²⁰	Nurs Clin N Am, 2019/0.849	Gormley DK, Costanzo AJ, Goetz J et al.	EUA	Inglês	Hospital	Enfermagem
6 ²¹	Nurs Clin N Am, 2019/0.849	Harris NA	EUA	Inglês	Unidade local de saúde	Enfermagem
7 ²⁵	BMC Health Serv. Res., 2014/1.932	Manski-Nankervis J, Blackberry I, Young D et al.	Austrália	Inglês	N/d**	Interprofissional
8 ¹³	J Interprof Care, 2014/2.205	Tan KT, Adzhahar FBB, Lim I et al.	Cingapura	Inglês	Hospital universitário	Interprofissional
9 ¹⁴	J Interprof Care, 2016/2.205	Wilson AJ, Palmer L, Levett-Jones T, Gilligan C et al.	Austrália	Inglês	Hospitais	Interprofissional
10 ²⁶	Rev Bras Promoç Saúde, 2017*	Neta OAG, Arruda GMMS, Carvalho MMB et al.	Brasil	Português	Unidade local de saúde	Saúde Coletiva
11 ²⁷	J Am Assoc Nurse Pract, 2017/1.136	Parker RA, Hook LD, Jones ME.	EUA	Inglês	Universidade	Interprofissional/ Enfermagem
12 ²⁸	Clin Nurse Spec, 2017/1.158	Hendriks S, LaMothe VJ, Kara A et al.	EUA	Inglês	Hospital universitário	Enfermagem
13 ¹⁵	J Interprof Care, 2017/2.205	Mavronicolas HA, Laraque F, Shankar A et al.	EUA	Inglês	Universidade	Interprofissional
14 ²⁹	Perspect Med Educ, 2019*	Gowda D, Curran T, Khedagi A et al.	EUA	Inglês	Hospital universitário	Medicina

Continua.



Identificação	Periódico/ano de publicação/fator impacto	Autores	País	Idioma	Instituição onde o estudo foi realizado	Área do conhecimento
15 ¹⁶	J Interprof Care, 2014/2.205	Yamamoto T, Sakai I, Takahashi Y et al.	Japão	Inglês	Hospital	Interprofissional
16 ³⁰	BMC Med. Educ., 2019/1.831	Mink J, Mitzkat A, Mihaljevic AL et al.	Alemanha	Inglês	Hospital universitário	Medicina
17 ³¹	Enferm Clin., 2018/0.6	Sari VR, Hariyati RTS, Hamid AYS	Indonésia	Inglês	Hospital	Enfermagem
18 ¹⁷	J Interprof Care., 2018/2.205	Olander E, Coates R, Brook J et al.	Inglaterra	Inglês	Universidade	Interprofissional
19 ¹⁸	J Interprof Care, 2019/2.205	Wei H, Corbett RW, Ray J et al.	EUA	Inglês	Hospital universitário	Interprofissional
20 ³²	J Am Geriatr Soc, 2016/2.205	Reidt SL, Holtan HS, Larson TA et al.	EUA	Inglês	Hospital	Enfermagem
21 ¹⁹	J Interprof Care, 2016/2.205	Puskar K, Mitchell AM, Albrecht SA et al.	EUA	Inglês	N/d**	Interprofissional

*Não foi encontrado

** N/d= não definido

Quanto aos tipos de estudo e de abordagem metodológica, 48% (n=10) constituíram-se de estudos quantitativos transversais^{15,17,21-23,26,27,29,33,34} e 29% (n=6) utilizaram abordagens qualitativas^{8,16,20,24,28,30}. As amostras variaram entre 12 e 972 participantes, sendo que em 24% (n=5) as amostras tinham mais de duzentos participantes^{8,17,18,29,34}. Em relação aos instrumentos de coleta de dados, os questionários foram os mais prevalentes, 24% (n=5)^{15,24,27,30,32}, e em relação ao tempo de duração dos estudos realizados, em 33% (n=7) dos estudos avaliados, a duração foi de um ano ou mais^{8,22,25,30-32,34} (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição metodológica segundo tipo de estudo, amostra e duração dos estudos encontrados (n=21).

Identificação	Delineamento do estudo	Amostra (n)	Instrumento de coleta	Duração (meses/ano)
1 ²²	Qualitativo	20	Questionário	3 meses
2 ⁶	Qualitativo	292	Grupos focais	1 ano
3 ²³	Quantitativo longitudinal	77	Prontuários	1 ano e 6 meses
4 ²⁴	Quantitativo transversal, descritivo	63	Escala	2 meses
5 ²⁰	Quantitativo transversal, descritivo	29	Modelo de implementação e programa	2 anos e 6 meses
6 ²¹	Quantitativo transversal, descritivo	N/d	Modelos de implementação	2 meses
7 ²⁵	Quantitativo transversal, descritivo	179	Questionário	8 meses
8 ¹³	Quantitativo transversal, descritivo	78	Questionário	2 meses
9 ¹⁴	Qualitativo	68	Grupo focal	N/d
10 ²⁶	Qualitativo	15	Entrevistas semiestruturadas	2 meses
11 ²⁷	Quantitativo transversal, descritivo	270	Prontuários	1 ano
12 ²⁸	Qualitativo	12	Questionário	1 ano e 6 meses
13 ¹⁵	Quantitativo transversal, descritivo	212	Modelo de prática colaborativa	1 mês
14 ²⁹	Qualitativo/quantitativo transversal	50	Questionário e entrevistas	1 ano
15 ¹⁶	Qualitativo/quantitativo	32/972	Questionário e entrevistas	3 meses/1 mês
16 ³⁰	Quantitativo Longitudinal/ qualitativo	96	Questionário e entrevistas	1 ano e 3 meses
17 ³¹	Quantitativo transversal, descritivo	88	Questionário	N/d
18 ¹⁷	Qualitativo/quantitativo	18	Workshops, questionários	3 meses
19 ¹⁸	Qualitativo	36	Entrevistas	8 meses
20 ³²	Quantitativo experimental	276	Prontuário eletrônico e entrevista	1 ano e 3 meses
21 ¹⁹	Quantitativo quase-experimental	101	Programa de educação on-line	N/d

Em relação à mensuração das práticas colaborativas segundo domínios de competências essenciais, um dos estudos tratou de validação de instrumento de avaliação de prática colaborativa interprofissional¹⁵, e 52% (n=11) utilizaram instrumentos de avaliação^{6,13,15-17,20,21,24,25,30,31}. A Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS) foi citada por 10% (n=2)^{19,32}, assim como o Plan-Do-Study-Act (PDSA)^{22,23}. Quanto às áreas profissionais envolvidas, a Enfermagem participou de 100% dos artigos (n=21)^{8,15-34}, seguida da Medicina, com 91% (n=19)^{8,15-20,22,24-34}. Em relação ao número de áreas profissionais envolvidas, um artigo (5%) trabalhou com equipe de saúde composta por nove diferentes áreas¹⁸, seguido por dois artigos (10%, n=2) que descreveram equipes com seis diferentes áreas profissionais^{22,29} (Tabela 3).

Tabela 3. Descrição das áreas da Saúde envolvidas no estudo e práticas/instrumentos interprofissionais (n=21).

Identificação	Áreas da saúde/técnicas envolvidas no estudo	Domínios de competências / Instrumentos interprofissionais aplicados
1 ²²	Enfermagem, Medicina, Odontologia e ACSs	Avaliação de domínios de competências das práticas colaborativas interprofissionais por meio dos ACSs
2 ⁶	Medicina, Enfermagem, Nutrição Estudantes, ACSs	Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS), Entry-level Interprofessional Questionnaire (ELIQ) e Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)
3 ²³	Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Nutrição Fisioterapeuta, Serviço Social, e Fonoaudiologia	Avaliação de domínios de competências de práticas colaborativas interprofissionais
4 ²⁴	Enfermagem, Medicina, ACS, Serviço Social, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional.
5 ²⁰	Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Farmácia, Terapia Ocupacional e Nutrição.	Plan-Do-Study-Act (PDSA); Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)
6 ²¹	Enfermagem, Farmácia e Serviço Social.	Model For Improvement (MFI) e Plan-Do-Study-Act (PDSA)
7 ²⁵	Enfermagem e Medicina.	Questionário de coordenação relacional (sem acrônimo)
8 ¹³	Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Serviço Social.	Validação do instrumento (sem acrônimo) como medida de prática colaborativa em uma equipe de Geriatria.
9 ¹⁴	Medicina, Farmácia e Enfermagem.	Avaliação de domínios de competências de práticas colaborativas interprofissionais
10 ²⁶	Fisioterapia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social.	Clarificação de papéis profissionais na atenção à Hanseníase
11 ²⁷	Medicina, Enfermagem, Farmácia, Optometria, Serviço Social, Fisioterapia.	Planejamento colaborativo e metas para redução de marcadores clínicos na prestação do cuidado ao paciente diabético.
12 ²⁸	Enfermagem, Medicina, Farmácia, Serviço Social, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.	Avaliação de domínios de competências de práticas colaborativas interprofissionais
13 ¹⁵	Gestão Hospitalar, Enfermagem, Medicina, Serviço Social	Modelo de prática colaborativa de McDonough e Doucette
14 ²⁹	Medicina, Enfermagem, Serviço Social; Gestão Hospitalar.	Narrative medicine program
15 ¹⁶	Medicina, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Fonoaudiologia, Psicologia, Assistência Social, Nutrição.	Escala de competências interprofissionais
16 ³⁰	Enfermagem, Medicina	Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation – HIPSTA (competências interprofissionais). Escalas: England Interprofessional Questionnaire, Interprofessional Socialization and Valuing Scale e Interprofessional Team Collaboration Scale.
17 ³¹	Medicina, Enfermagem, Farmácia e Nutrição.	Student Stereotypes Rating Questionnaire (SSRQ) e Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS).
18 ¹⁷	Parteiras, Enfermagem, Nutrição e Medicina	Attitudes towards Interprofessional Health Care Teams questionnaire e Interprofessional Socialization and Valuing Scale
19 ¹⁸	Medicina, Enfermagem, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, Gestão Hospitalar	Avaliação de domínios de competências de práticas colaborativas interprofissionais
20 ³²	Medicina, Enfermagem, Farmácia	Avaliação de domínios de competências de práticas colaborativas interprofissionais
21 ¹⁹	Enfermagem, Saúde Pública	Avaliação de domínios de competências de práticas colaborativas interprofissionais

Observou-se que, das publicações revisadas, 43% evidenciaram os seis domínios de competências essenciais apontados pelo CIHC. O domínio da comunicação interprofissional esteve presente em 100% dos artigos, sendo que 90% relataram/discutiram em suas práticas o cuidado centrado no paciente/família/comunidade. Todos os artigos consideraram a importância da utilização apropriada do conhecimento para estabelecer e atingir os objetivos relacionados com a atenção ao paciente, e a maioria (96%) agregou princípios da dinâmica de trabalho em equipe e processos da equipe, construindo o domínio da clarificação dos papéis dos profissionais de saúde. Para o domínio relacionado à resolução de conflitos interprofissionais, quase metade dos estudos não o considerou em suas práticas (48%), enquanto 67% enfatizaram a importância da aplicação de princípios de liderança que sustentem modelos de prática colaborativa (Tabela 4).

Tabela 4. Descrição das práticas colaborativas interprofissionais por meio de domínios de competências consideradas essenciais do Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), segundo resultados dos artigos (n=21).

	Comunicação interprofissional	Cuidado centrado no paciente	Clarificação de papéis profissionais	Dinâmica de funcionamento da equipe	Resolução de conflitos interprofissionais	Liderança colaborativa	Total * (%)
1 ²²	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	83
2 ⁶	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
3 ²³	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	67
4 ²⁴	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	67
5 ²⁰	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
6 ²¹	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	83
7 ²⁵	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
8 ¹³	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	83
9 ¹⁴	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	67
10 ²⁶	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	50
11 ²	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	67
12 ²⁸	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
13 ¹⁵	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
14 ²⁹	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
15 ¹⁶	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
16 ³⁰	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
17 ³¹	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	83
18 ¹⁷	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	83
19 ¹⁸	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
20 ³²	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	67
21 ¹⁹	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	67

Discussão

Os resultados obtidos nesta revisão indicaram predomínio de publicações em área de conhecimento interprofissional, com reduzida proporção de publicações brasileiras. Houve maior prevalência de estudos de caráter quantitativo e tamanhos amostrais suficientes.

Além disso, destaca-se uma produção científica com tendência crescente na década estudada. A complexidade do processo saúde-doença e a gradativa aplicação de visões ampliadas do cuidado em saúde podem estar estimulando a elaboração de novos modelos para as práticas colaborativas, com intuito de preparar os profissionais de saúde para colaborar em equipes interprofissionais³⁵.

Instrumentos de avaliação de práticas colaborativas interprofissionais, como escalas e questionários, foram citados em 11 dos 21 artigos analisados nesta revisão. A utilização de instrumentos para avaliação da prática clínica e da pesquisa em saúde tem sido estratégia frequentemente utilizada para apoiar o processo de tomada de decisões, formulação de programas e políticas em saúde³⁶. As práticas colaborativas vêm sendo valorizadas como estratégia para prestação dos serviços, e sua mensuração influencia positivamente na eficácia e na eficiência do atendimento ao usuário³⁷.

Em 100% dos artigos houve a participação da Enfermagem. O protagonismo dos profissionais enfermeiros foi destacado por vários artigos, corroborando a literatura sobre suas atitudes mais positivas em relação à colaboração em geral e à liderança em particular, quando comparadas às de outros profissionais, assim como a centralidade da profissão como pilar da equipe interprofissional^{38,39}. No Brasil, considerando o contido nas Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde, percebe-se que domínios de competências de atuação na Atenção à Saúde, em tomada de decisões, comunicação, administração, gerenciamento, educação permanente e liderança estão incluídos na formação profissional de todos os profissionais de saúde⁴⁰.

Ao considerar a síntese de resultados desta revisão segundo os domínios de competências essenciais, os estudos relataram, no âmbito do domínio de competência comunicação interprofissional, dificuldades nas relações entre enfermeiros e médicos, em especial na organização das práticas de humanização na Atenção Básica, gerando conflitos com reflexos para o processo de trabalho, o desempenho e a motivação da equipe e, por consequência, interferência na qualidade da assistência.

As dificuldades indicadas também podem estar associadas a características da formação profissional dos médicos que, segundo Reis *et al.*⁴¹, assumem em sua prática profissional demandas sociais, desafios e exigências que não fizeram parte de sua preparação profissional, e reagem criando “territórios profissionais” com um *setting* tradicional de trabalho com baixo grau de comunicação, uma das razões do estranhamento desse profissional com a equipe.

Outra barreira para a interprofissionalidade citada foi a descontinuidade das ações programadas causada pela falta de compromisso mútuo de membros da equipe. Segundo a literatura, tais comportamentos influenciam negativamente o compromisso, a motivação e a responsabilidade dos demais profissionais de saúde^{42,43}.

Compreende-se que identificar situações comuns, que podem levar a desacordos ou tensões entre membros da equipe, incluindo ambiguidade de papéis, poder e diferenças de objetivos, faz parte de um domínio de competência essencial associada a conhecimentos e atitudes em torno da resolução de conflitos interprofissionais.⁷ Entretanto, nesta revisão, quase metade dos artigos não explorou tais desafios. Segundo a literatura, o conflito é inerente ao trabalho em equipe, e reconhecê-lo de maneira positiva significa valorizar a sua natureza, base que estabelece diretrizes para lidar com divergências, e a perspectiva de produção de acordos e consensos. São consideradas barreiras para a resolução de conflitos a falta de tempo e as exigências do trabalho, as hierarquias profissionais, a falta de reconhecimento ou motivação para lidar com o conflito, e a protelação em seu enfrentamento por medo de causar desconforto emocional⁴⁴.

Os estudos incluídos nesta revisão apontaram a formação e a capacitação para a interprofissionalidade como iniciativas motivadoras de novos processos de trabalho e facilitadoras de novas condutas para a humanização das práticas por parte dos profissionais. Além disso, ficou evidenciado que, nos ambientes de práticas, houve maior adesão às oficinas de capacitação, demonstrando a vontade das equipes de saúde e seu engajamento em desenvolver processos de trabalho mais eficientes e humanizados. Agrega-se a esse contexto a importância da EIP como uma modalidade de formação compartilhada e interativa, que envolve os profissionais e estudantes das diferentes áreas da saúde no trabalho em equipe de forma integrada e colaborativa⁴⁵. Segundo revisão sistemática, deve-se considerar a diversidade das equipes, o tipo de ferramentas utilizadas e a confiança e a motivação dos profissionais envolvidos para o sucesso das práticas interprofissionais⁴⁶.

Segundo alguns estudos, o domínio de competência da liderança interprofissional, caracterizada pela capacidade de gerenciamento da equipe e pelo uso de estratégias para fortalecer as relações de cuidado, e as potencialidades com o estabelecimento, por exemplo, de *feedback* construtivo impactaram positivamente nas práticas colaborativas, especialmente pelo fortalecimento da identidade profissional nas relações interpessoais e até mesmo em melhoria em parâmetros clínicos^{29,34}.

É reconhecido pela literatura que o aprender entre si, com e sobre as outras profissões, e o desenvolvimento de habilidades de liderança na equipe no contexto das práticas interprofissionais dos processos de trabalho contribuem para a humanização do cuidado⁴⁷. No Brasil, uma ferramenta relevante de cogestão e compartilhamento do cuidado é denominada de Projeto Terapêutico Singular (PTS), na qual as condutas terapêuticas são articuladas por meio de práticas colaborativas e interprofissionais voltadas para os usuários, uma vez que são acompanhadas pelas equipes de saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), consideradas o seu campo mais fértil de aplicação⁴⁸.

Observou-se nos estudos revisados uma reinvenção de práticas colaborativas para oferecer maior assertividade, resolutividade e qualidade aos seus resultados, o que impacta no domínio de competência de clarificação dos papéis e na dinâmica de funcionamento da equipe. Por outro lado, alguns estudos atribuíram importância à gestão dos serviços de saúde como apoio para o desenvolvimento de práticas colaborativas. A gestão dos

serviços de saúde deve planejar, desenvolver e estimular a criação de ambientes favoráveis para as práticas colaborativas e a busca de melhores resultados para a saúde e a qualidade de vida da população⁴⁷. Mesmo em cenários em que os recursos materiais, humanos e financeiros foram considerados limitados, a interprofissionalidade fortaleceu o potencial de enfrentamento das equipes, aumentando a resolutividade dos serviços²⁸.

Além disso, no domínio da competência “dinâmica e funcionamento da equipe”, a prática interprofissional colaborativa empreendida por profissionais de saúde em equipe foi considerada facilitadora do cuidado ao usuário nos diversos níveis de complexidade dos serviços. O respeito à singularidade dos sujeitos por meio do acolhimento, da longitudinalidade e da integralidade do cuidado, apresenta resultados mais consistentes em relação à saúde dos indivíduos, famílias e coletividade¹².

Apenas um estudo brasileiro avaliado destacou o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e seu relevante papel nas equipes interprofissionais, valorizando sua atuação como porta-voz das necessidades das famílias adstritas às suas microáreas, reforçando a importância da PNH nesse processo²⁴. O acolhimento representa uma luta histórica pela qualificação do processo de trabalho em saúde no âmbito do SUS, e as contribuições apresentadas pela PNH¹¹, que incluíram a clínica ampliada, a centralidade das equipes multiprofissionais e transdisciplinares, a corresponsabilidade entre diferentes sujeitos e a escuta qualificada como instrumentos facilitadores e transformadores, deram materialidade às tecnologias relacionais até então consideradas leves e não mensuráveis quantitativamente. As competências colocadas pela EIP, assim como os dispositivos da PNH, colocam-se no rol das transformações ao mesmo tempo sutis e essenciais para dar novo sentido às práticas do cuidado, e incluem o diálogo e o vínculo como instrumentos de mudança e de valorização dos sujeitos.

Considerações finais

As práticas colaborativas interprofissionais descritas nos artigos selecionados apresentaram importante adesão aos domínios de competências essenciais utilizados como referência, o que tende a qualificar os processos de trabalho na perspectiva da humanização do cuidado nos serviços de saúde e o alcance de resultados positivos para a saúde dos usuários.


Entretanto, foi identificada uma lacuna nas discussões sobre a compreensão da natureza dos conflitos existentes no âmbito das práticas profissionais, assim como sobre sua dinâmica e suas estratégias para o seu enfrentamento. A superação de conflitos na área da Saúde traz como preceito vencer as desigualdades representadas pela prepotência, pelo desrespeito ou pela hostilidade, em grande parte ainda atribuídas à formação uniprofissional e compartimentada, em prol das percepções humanizadas do indivíduo, da potência dos coletivos profissionais e da centralidade das necessidades em saúde expressas pelos pacientes, familiares e comunidade.

Sugere-se a necessidade de ampliação da produção nacional sobre práticas colaborativas e humanização do cuidado, especialmente em relação à mensuração dos resultados obtidos por iniciativas desenvolvidas no campo da qualidade da atenção e no acolhimento das necessidades dos pacientes/ famílias / comunidade.



Autores

Haroldo Baêta Filho^(f)

<odontologiapucminas@gmail.com> 

Flávio Ricardo Liberali Magajewski^(g)

<magajewski@hotmail.com> 

Daniela de Rossi Figueiredo^(h)

<daniela.derossi@gmail.com> 

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde, aos professores, tutores, estudantes e voluntários do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade do Sul de Santa Catarina e à Secretaria Municipal de Saúde da Palhoça.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Roseli Esquerdo Lopes

Editora associada

Francini Lube Guizardi

Submetido em

24/08/21

Aprovado em

04/11/21

Referências

1. Barr H. Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review. London: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2005.
2. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
3. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. 1998; 12(2):181-7.
4. Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22 Suppl 2:1739-49.
5. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.
6. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:188. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>.
7. Canadian Interprofessional Health Collaborative - CIHC. A National interprofessional competence framework [Internet]. Vancouver: CIHC; 2010 [citado 9 Set 2014]. Disponível em: <https://www.corhealthontario.ca/02-CIHC-IPCompetencies-Feb12101.pdf>
8. Nagelkerk J, Thompson ME, Bouthillier M, Tompkins A, Baer LJ, Trytko J, et al. Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program. *J Interprof Care*. 2018; 32(1):4-13.
9. Guraya SY, Barr H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci*. 2018; 34(3):160-5.
10. Illingworth P, Chelvanayagam S. The benefits of interprofessional education 10 years on. *Br J Nurs*. 2017; 26(14):813-8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Fortuna CM, Oliveira KF, Feliciano AB, Silva MV, Borges FA, Camacho GA, et al. O acolhimento como analisador das relações entre os profissionais, gestores e usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03258.
13. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 (Esp2):16-24.
14. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):335-45.
15. Tan KT, Adzhahar FBB, Lim I, Chan M, Lim WS. Transactive memory system as a measure of collaborative practice in a geriatrics team: implications for continuing interprofessional education. *J Interprof Care*. 2014; 28(3):239-45.
16. Wilson AJ, Palmer L, Levett-Jones T, Gilligan C, Outram S. Interprofessional collaborative practice for medication safety: Nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspective. *J Interprof Care*. 2016; 30(5):649-54.
17. Mavronicolas HA, Laraque F, Shankar A, Campbell C. Understanding the drivers of interprofessional collaborative practice among HIV primary care providers and case managers in HIV care programmes. *J Interprof Care*. 2017; 31(3):368-75.



18. Yamamoto T, Sakai I, Takahashi Y, Maeda T, Kunii Y, Kurokochi K. Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: a pilot study in Japan. *J Interprof Care*. 2014; 28(1):45-51.
19. Olander E, Coates R, Brook J, Ayers S, Salmon D. A multi-method evaluation of interprofessional education for healthcare professionals caring for women during and after pregnancy. *J Interprof Care*. 2018; 32(4):509-12.
20. Wei H, Corbett RW, Ray J, Wei TL. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2020; 34(3):324-31.
21. Puskar K, Mitchell AM, Albrecht SA, Frank LR, Kane I, Hagle H, et al. Interprofessional collaborative practice incorporating training for alcohol and drug use screening for healthcare providers in rural areas. *J Interprof Care*. 2016; 30(4): 542-4.
22. Gormley DK, Costanzo AJ, Goetz J, Israel J, Hill-Clark J, Pritchard T, et al. Impact of nurse-led interprofessional rounding on patient experience. *Nurs Clin North Am*. 2019; 54(1):115-26.
23. Harris AN. Diabetes self-management education provision by an interprofessional collaborative practice team. *Nurs Clin North Am*. 2019; 54(1):149-58.
24. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário. *Rev Rene*. 2010; 11(2):140-51.
25. Drabsch T. Rural collaborative guideline implementation: evaluation of a hub and spoke multidisciplinary team model of care for orthogeriatric inpatients – A before and after study of adherence to clinical practice guidelines. *Aust J Rural Health*. 2015; 23(2):80-6.
26. Filho JRF, Costa MV, Magnago C, Forster AD. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018; 26:1-7.
27. Manski-Nankervis J, Blackberry I, Young D, O'Neal D, Patterson E, Furler J. Relational coordination amongst health professionals involved in insulin initiation for people with type 2 diabetes in general practice: an exploratory survey. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14(1):515.
28. Neta OAG, Arruda GMMS, Carvalho MMB, Gadelha RRM. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em Hanseníase na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoc Saude*. 2017; 30(2):239-48.
29. Parker RA, Hook LD, Jones ME. Glycemic control: can nurse practitioners on interprofessional collaborative practice teams enhance clinical outcomes? *J Am Assoc Nurse Pract*. 2016; 28(12):652-8.
30. Hendricks S, LaMothe VJ, Kara A, Miller J. Facilitators and barriers for interprofessional rounding: a qualitative study. *Clin Nurse Spec*. 2017; 31(4):219-28.
31. Gowda D, Curran T, Khedagi A, Mangold M, Jiwani F, Desai U, et al. Implementing an interprofessional narrative medicine program in academic clinics: feasibility and program evaluation. *Perspect Med Educ*. 2019; 8(1):52-9.
32. Mink J, Mitzkat A, Mihaljevic AL, Trierweiler-Hauke B, Götsch B, Schmidt J, et al. The impact of an interprofessional training ward on the development of interprofessional competencies: study protocol of a longitudinal mixed-methods study. *BMC Med Educ*. 2019; 19(1):1-7.
33. Sari VS, Hariyati TS, Hamid AYS. The association between stereotyping and interprofessional collaborative practice. *Enferm Clin*. 2018; 28 (Supl1 Part A):134-8.



34. Reidt SL, Holtan HS, Larson TA, Thompson B, Kerzner LJ, Salvatore TM, et al. Interprofessional collaboration to improve discharge from skilled nursing facility to home: preliminary data on postdischarge hospitalizations and emergency department visits. *J Am Geriatr Soc.* 2016; 64(9):1895-9.
35. Health Professions Accreditors Collaborative. *Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions.* Chicago: Health Professions Accreditors Collaborative; 2019.
36. Keszei A, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.* 2010; 68(4):319-23.
37. Schroder C, Medves J, Paterson M, Byrnes V, Chapman C, O’Riordan A, et al. Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool. *J Interprof Care.* 2011; 25(3):189-95.
38. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: A survey from Gaza strip, Palestine. *Nurs Res Pract.* 2017:7406278. Doi: doi.org/10.1155/2017/7406278.
39. Alcusky M, Ferrari L, Rossi G, Liu M, Hojat M, Maio V. Attitudes toward collaboration among practitioners in newly established medical homes: a survey of nurses, general practitioners and specialists. *Am J Med Qual.* 2016; 31(6):526-35.
40. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2001 [citado 7 Maio 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>
41. Reis DO, Cecílio LCO, Andreazza R, Araújo EC, Correia T. Nem herói, nem vilão: elementos da prática médica na atenção básica em saúde. *Cienc Saude Colet.* 2018; 23(8):2651-60.
42. Amestoy SC, Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. *Rev Gaucha Enferm.* 2014; 35(2):79-85.
43. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(4):642-9.
44. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams--can it be resolved? *J Interprof Care.* 2011; 25(1):4-10.
45. Peduzzi M, Norman I, Germani A, Silva J, Souza G. Educação interprofissional: treinamento de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(4):977-83.
46. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals’ experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2016; 14(4):96-137.
47. Barr H. Towards a theoretical framework for interprofessional education. *J Interprof Care.* 2013; 27(2):4-9.
48. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3):493-502.



The aim of this study was to synthesize evidence of collaborative practices based on the core competency domains proposed by the Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). We conducted an integrative literature review of articles published over the last 10 years. Searches were performed of the PubMed, Web of Science and Virtual Health Library databases and a synthesis of the practices based on the framework proposed by the CIHC. The search yielded 364 articles, 21 of which were included in the sample. The included studies used samples of between 12 and 972 participants. Eleven of the studies used practice assessment instruments; 43% included all six core competency domains and 38% included three to four. Forty-eight per cent of the studies did not address interprofessional conflict resolution. The findings demonstrate that adherence to the core competency domains tends to improve the quality of work process. However, the gap represented by the failure to address interprofessional conflict resolution is an obstacle to overcoming uniprofessional training.

Keywords: Interprofessional relations. Interprofessional health team. Welcoming.

El objetivo de este estudio fue sintetizar evidencias de las prácticas colaborativas interprofesionales según los dominios de competencias esenciales del Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Se realizó una revisión integradora de la literatura de los últimos diez años en las bases Pubmed, Web of Science y Biblioteca Virtual em Saúde y síntesis de las prácticas según la estructura propuesta por la CIHC. De los 364 artículos seleccionados se incluyeron 21, con muestras entre 12 y 972 participantes. Once estudios utilizaron instrumentos para evaluación de las prácticas, el 43% puso en evidencia los seis dominios esenciales, y el 38% de 3 a 4. La resolución de conflictos interprofesionales no se abordó en el 48% de los artículos. Se observó la adhesión a los dominios de competencias esenciales, lo que tiende a calificar el proceso de trabajo. Sin embargo, la brecha observada en el abordaje del enfrentamiento de los conflictos interprofesionales representa un obstáculo para vencer la formación uniprofesional.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Equipo interprofesional de salud. Acogida.