

Percepción y manifestación de competencias colaborativas de estudiantes de grado en salud*


Ana Wlândia Silva de Lima¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4109-888X>

Fábia Alexandra Pottes Alves²

 <https://orcid.org/0000-0002-2478-5346>

Francisca Márcia Pereira Linhares²

 <https://orcid.org/0000-0001-9778-5024>

Marcelo Viana da Costa³

 <https://orcid.org/0000-0002-3673-2727>

Maria Wanderleya de Louvor Coriolano-Marinus²

 <https://orcid.org/0000-0001-7531-2605>

Luciane Soares de Lima²

 <https://orcid.org/0000-0003-4598-8959>

Objetivo: analizar la percepción y manifestación de competencias colaborativas en el trabajo en equipo entre estudiantes de grado en salud, que tuvieron experiencia en el módulo integrador de las prácticas curriculares desde la perspectiva de la educación interprofesional. **Método:** estudio cualitativo, desarrollado con la estrategia de investigación-intervención. Participaron 28 estudiantes de cinco cursos de grado en salud. Se recolectaron los datos de tres grupos focales que han sido realizados con estudiantes de grado al final de cada semestre académico. Para el análisis de datos, se utilizó la técnica de investigación-intervención y de la hermenéutica dialéctica a la luz del marco teórico de la formación en salud y de la educación interprofesional. **Resultados:** la cultura uniprofesional, la experiencia de la integración de las diferentes formaciones y las competencias colaborativas fueron notables y manifestadas por los estudiantes en sus relatos y acciones en equipo multiprofesional, desarrolladas con individuos y familias, durante la experiencia del módulo integrador de las prácticas curriculares. **Conclusión:** la experiencia de integración de las prácticas curriculares en la perspectiva de la interprofesionalidad les favoreció a los estudiantes con la percepción y manifestación de competencias de colaboración necesarias para el trabajo en equipo.

Descriptores: Relaciones Interprofesionales; Capacitación Profesional; Competencia Profesional; Educación Superior; Atención Primaria de Salud; Integralidad en Salud.





* La publicación de este artículo en la Serie Temática "Recursos Humanos en Salud y Enfermería" es parte de la Actividad 2.2 del Término de Referencia 2 del Plan de Trabajo del Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la investigación en Enfermería, Brasil. Artículo parte de la tesis de doctorado "Processo de construção e implementação do estágio curricular interprofissional na graduação em saúde", presentada en la Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro Académico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Recife, PE, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Caicó, RN, Brasil.

Cómo citar este artículo

Lima AWS, Alves FAP, Linhares FMP, Costa MV, Marinus-Coriolano MWL, Lima LS. Perception and manifestation of collaborative competencies among undergraduate health students. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3240. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3227.3240>.

mes día año

URL

Introducción

El modelo de formación en salud en Brasil ocurre de forma hegemónica de manera uniprofesional y disciplinaria, con base en la reglamentación de las profesiones en torno a la reserva de mercado y enfocado en la concepción fisiopatológica de la vida⁽¹⁻³⁾. Un modelo que reproduce el proceso de trabajo de estos profesionales, con prácticas aisladas, sin fomentar el trabajo en equipo, subjetivando al individuo/cliente y estructurando la atención, en un creciente desacuerdo con las complejas necesidades del mundo contemporáneo cada vez más interconectado⁽³⁻⁶⁾.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, universidades e investigadores a nivel mundial enumeraron diversas acciones macro, meso y micropolíticas necesarias para reajustar el modelo de formación de los profesionales de la salud⁽⁶⁻⁹⁾.

Entre las sugerencias de cambios a nivel mesopolítico que involucran cambios curriculares y estrategias metodológicas más activas, la Educación Interprofesional (EIP) ha sido reconocida por el reajuste en el modelo de formación y práctica profesional, que atienda las necesidades de salud de la población desde el desarrollo de competencias de colaboración para el trabajo en equipo y mejore la efectividad y la calidad de la atención médica⁽²⁻⁹⁾.

El modelo de formación de competencias surge a principios del siglo XX, debido a una demanda del mundo laboral⁽¹⁰⁻¹¹⁾, en un intento de calificar a los profesionales para resolver problemas inesperados, promoviendo competencias para el aprender a aprender, movilizando conocimientos, actitudes y habilidades plásticas y amplias, que aborden las numerosas y diferentes necesidades de la sociedad⁽¹¹⁾. Asimismo, el desarrollo de competencias está vinculado al aprendizaje significativo en el que el individuo construye recuerdos emocionales vividos y con experiencia en su proceso de aprendizaje⁽¹⁰⁾, lo que requiere revisar el proceso de enseñanza-aprendizaje enfocándose en el estudiante y la práctica^(3,10-13).

La EIP se conceptualiza como un aprendizaje integrado e interactivo entre dos o más profesiones de la salud, permitiendo una mayor comprensión de los roles específicos de cada profesional, mejorando el desarrollo de competencias de colaboración en equipo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Por lo tanto, se entiende que la vivencia y el convivir interactivo son potenciales en el desarrollo de competencias de colaboración.

Las revisiones sistemáticas, que incluyeron estudios en la última década y analizaron el perfil de los estudiantes que han vivido experiencias de EIP, describen cambios en el desarrollo de competencias colaborativas para trabajar en equipo, tales como: desarrollo de valores y ética para

el cuidado humanizado, una mejor comunicación entre los miembros del equipo, identificación y reconocimiento de roles profesionales, elevando el nivel de respeto entre las categorías profesionales, favoreciendo la complementariedad, la calidad y la seguridad de la atención⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Sin embargo, las competencias de colaboración no se desarrollan de inmediato, requieren una práctica continua y colaboración interprofesional. Las competencias tales como ética/valores y roles profesionales están menos desarrolladas que la comunicación y el trabajo en equipo⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Estas evidencias consolidan a grupos de investigación y asociaciones de diferentes profesiones de la salud, que han estado identificando y consolidando conocimientos, actitudes y habilidades para el trabajo en equipo, construyendo paneles y matrices de competencias colaborativas que se desarrollaron frente a las experiencias globales de EIP, por ejemplo de *Canadian Interprofessional Collaborative Health* (CICH) y del grupo norteamericano *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC). Estos paneles han sido fuertemente recomendados como esenciales para la inserción de estas competencias en los currículos de formación, permitiendo una evaluación posterior del perfil de los graduados, para la acreditación de experiencias de educación interprofesional⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

En 2016, el IPEC publicó una actualización de su panel de competencias que se organiza en dos principios centrales: la atención orientada a la comunidad/población y la atención centrada en el paciente/individuo y la familia; estos involucran cuatro dominios/competencias clave: valores/ética para la práctica interprofesional; roles y responsabilidad para la práctica colaborativa; comunicación interprofesional; trabajo en equipo interprofesional (Figura 1). Los cuatro dominios/competencias enumeran 42 subcompetencias que constituyen el eje teórico de cada dominio⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, la efectividad de la EIP en el desarrollo de estas competencias aún necesita evidencias más concretas. La literatura recomienda el desarrollo de estudios con mayor calidad y rigor metodológico en relación con la medición del desarrollo de competencias utilizando enfoques metodológicos complementarios y mixtos⁽¹⁵⁻²²⁾.

Evaluar la efectividad del aprendizaje se encuentra entre las necesidades de las organizaciones que invierten en Capacitación, Desarrollo y Educación (CD&E). La literatura en esta área indica tres categorías importantes como predictoras de los resultados: las características de los capacitados (motivacionales, cognitivas, afectivas, profesionales); del diseño instruccional y entrega; y del contexto organizacional (soporte, clima, cultura, antes, durante y después de la capacitación)⁽²³⁾.



Figura 1- Principios, dominios/competencias esenciales IPEC*

Considerando este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la percepción y manifestación de competencias de colaboración en el trabajo en equipo entre estudiantes de diferentes formaciones en salud que han vivido una experiencia de integración en las prácticas curriculares desde la perspectiva de la educación interprofesional. Además, busca contribuir con la utilización de una propuesta metodológica cualitativa consistente con la propuesta de la EIP.

Método

Estudio cualitativo, con base en la investigación-intervención. En esta estrategia metodológica, la intervención y el análisis se llevan a cabo simultáneamente, ya que se refleja y problematiza la teoría y la práctica, movilizándolo a los actores en un movimiento de implicación, llevándolos a identificar colectivamente las necesidades de cambio/transformación personal e institucional, un proceso que se vincula con la propuesta de reflexión de la EIP sobre la articulación e implicación de diferentes actores macro, meso y microinstitucionales para su implementación y efectividad en el reajuste del modelo de formación y la práctica de los profesionales de la salud^(9-14,24-25).

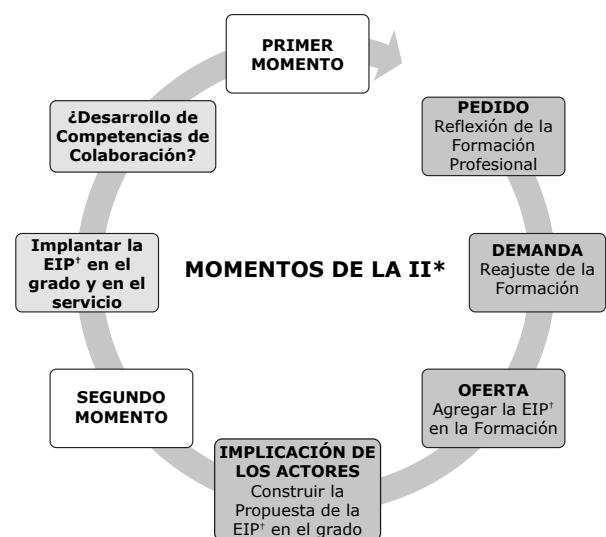
La investigación-intervención utiliza conceptos específicos con el objetivo de comprender la realidad social estudiada, desarticulando las prácticas y

* Interprofessional Education Collaborative⁽¹⁹⁾ - Este documento puede reproducirse, distribuirse, mostrarse públicamente y modificarse, siempre que la atribución se establezca claramente en cualquier trabajo resultante y se utilice con fines no comerciales, científicos o educativos, incluido el desarrollo profesional. Si el trabajo se ha modificado de alguna manera, todos los logotipos deben eliminarse.

los discursos establecidos, a partir del proceso de movilización y transformación de la realidad⁽²⁶⁻²⁷⁾. Para ello, se desarrolló en dos momentos secuenciales como se describe en la Figura 2.

El desarrollo de la investigación-intervención en dos momentos tuvo el objetivo de movilizar a los diferentes actores (docentes, profesionales de la salud, estudiantes), que implica en un movimiento de reflexión y discusión sobre el modelo de formación profesional en salud que los involucra a construir una propuesta de instrucción colectiva, integrando enseñanza y servicio, de modo que la implementación en los planes de estudio de los cursos y en la práctica de los servicios no ocurriera verticalmente y fuera de contexto^(3,9).

El primer momento correspondió a la elaboración de la investigación-intervención, con el reflejo de la práctica y el escenario de la formación profesional, desencadenando la *orden* siguiendo por la *demanda*, ante la necesidad de reajustar el modelo de formación de los profesionales de la salud, teniendo como dispositivo estratégico en esta investigación la educación interprofesional. Para satisfacer esta demanda, se *ofertó* la propuesta de inserción de la EIP a la formación en salud. Todo este proceso requirió la movilización de los diferentes actores institucionales, por medio de reuniones y talleres, lo que resultó en el producto final de la propuesta del módulo integrador de las prácticas curriculares, entre los cursos de grado en salud en la IES. El segundo momento de la investigación-intervención correspondió a la vivencia directa de la propuesta por parte de estudiantes de grado en salud. Este artículo analizó este segundo momento de la investigación-intervención.



* Investigación-intervención; †Educación interprofesional

Figura 2 - Momentos de la investigación-intervención

En este momento, han participado 28 estudiantes de grado, siendo cuatro de la licenciatura en educación física, seis de cada licenciatura en enfermería, nutrición, salud pública y seis del profesorado en ciencias biológicas. Estos estudiantes fueron seleccionados por medio de una convocatoria PET-Salud Grado SUS, como becarios (12) y voluntarios (16), al cual se vinculó a esta investigación. Como criterio de inclusión, el estudiante deberá inscribirse en el semestre de las prácticas obligatorias de su curso, en el que la actividad práctica se llevaría a cabo en la Estrategia de Salud Familiar (ESF), en el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), para la licenciatura, y en la Escuela de Educación Básica, para el profesorado. Esta investigación-intervención se desarrolló en el segundo semestre de 2016, en el primer semestre de 2017 y en el primer semestre de 2018.

Los estudiantes se distribuyeron en dos equipos multiprofesionales en cada semestre para trabajar en dos escenarios de formación práctica, ubicados en un territorio de salud vinculado a la IES. Se eligió este territorio teniendo en cuenta los criterios de integración enseñanza-servicio local y la adhesión al Programa de Educación para el Trabajo en Salud –PET-Salud– desde 2010.

El módulo que integra las prácticas curriculares correspondió a 80 horas por semestre, siendo su realización en un día fijo de la semana en ambos escenarios de formación. Las actividades de los equipos de estudiantes multiprofesionales, desarrolladas tanto en ESF/NASF como en la escuela, deberían seguir una propuesta de instrucción de los principios centrales del IPEC (2016)⁽¹⁹⁾, es decir, desarrollar una atención orientada a la población/comunidad y una atención centrada en las necesidades del paciente/individuo y su familia. Durante el proceso de trabajo, los estudiantes siempre debían actuar en un equipo multiprofesional, compuesto al menos de dos estudiantes de diferentes formaciones. La actividad práctica en el ámbito de ESF comenzó con el reconocimiento de este territorio, de un microárea y de la indicación del equipo de ESF, de tres familias con necesidades complejas.

El equipo de estudiantes, por medio de visitas domiciliarias, comenzó el proceso de reconocer el área, microárea y de establecer vínculos con la familia y sus componentes. A partir de ese momento, se activa el proceso de trabajo colaborativo para la construcción del diagnóstico familiar y del plan de atención integral a desarrollarse con la familia o con un miembro específico. Este plan fue revisado cada dos semanas por el equipo de estudiantes junto a la familia/individuo. Todo este proceso fue orientado por los preceptores (profesionales de la salud de ESF y de NASF) y tutores (docentes de la IES) durante la supervisión directa e indirecta de las prácticas curriculares.

Se recolectaron los datos por medio de tres grupos focales realizados con equipos de estudiantes multiprofesionales al final de cada semestre. Los grupos focales tuvieron una duración promedio de dos horas y fueron mediados por la investigadora con la ayuda de un guion de preguntas, que contemplaba la *estructura* del módulo integrador (evaluación crítica de las prácticas integradas), el *proceso* (la experiencia vivida y cómo se desarrollaron las actividades del equipo) y los *resultados* (comprensión de los roles profesionales y la acción del equipo multiprofesional junto con el territorio y la familia). La mediadora hizo conexiones y anclajes entre los discursos, favoreciendo el debate y el diálogo libre entre los estudiantes. Los grupos focales tenían un colaborador externo, que actuaba como relator registrando los temas y aspectos más relevantes de la discusión, la comunicación no verbal y el control de los equipos de grabación de imagen y audio. Al final de cada grupo focal, los temas y los registros fueron leídos por el relator y validados por los participantes. El registro electrónico de imágenes y audio fueron grabados en la *Sony Splashproof exmor R*. La percepción y manifestación de las competencias colaborativas fueron aprehendidas en los grupos focales, a partir de los relatos de las experiencias vividas por los estudiantes en el módulo integrador de las prácticas. Los relatos se organizaron por semestre, con su posterior encuadre de acuerdo con los principios centrales y los dominios/competencias de IPEC (2016)⁽¹⁹⁾, que fueron utilizados como ejes temáticos en esta investigación.

Para el análisis de los datos, se utilizó las técnicas de investigación-intervención y de lectura de hermenéutica dialéctica⁽²⁴⁻²⁸⁾, buscando entender a lo largo del proceso los *analizadores*, que surgieron en acciones y/o discursos, involucrando el fenómeno estudiado a la luz de los marcos teóricos conceptuales de la formación en salud y de la educación interprofesional.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la IES estudiada, CAEE n.º 55947616.3.0000.5208, bajo dictamen n.º 2.669.748. Se preservó el anonimato de los participantes, para ello se usaron siglas para designarles de acuerdo con el curso de grado: Estudiante de Enfermería (EEnf), de Salud Colectiva (ESC), de Educación Física (EEF), de Nutrición (ENut), de Ciencias Biológicas (ECB), y los números indicando la secuencia de su inserción en el estudio.

Resultados

El perfil sociodemográfico de los estudiantes reveló que el 93% residían en los municipios del interior de Pernambuco. La edad promedio fue de 22 años, cinco

eran del sexo masculino y 23 del sexo femenino. La mayoría de los 22 estudiantes estaban en el último semestre del grado, y 16 tenían alguna experiencia previa en proyectos de extensión comunitaria y en el servicio, tales como el VERSUS – Experiencias y Prácticas en la Realidad del Sistema Único de Salud – y el PET-Salud – Programa de Educación para el Trabajo en Salud –, además, en el movimiento estudiantil universitario.

A continuación, se describen los relatos de los estudiantes considerando inicialmente el proceso organizacional y el desarrollo del módulo integrador del plan de estudios, seguido por la vinculación de estos relatos a los principios, dominios/competencias del IPEC, reconocidos para la práctica interprofesional colaborativa y entendidos como ejes temáticos en esta investigación.

Al comienzo del módulo que integra las prácticas, había cierta incomodidad con la formación de equipos multiprofesionales compuestos por un estudiante de cada formación, especialmente cuando se percibía la inexperiencia académica de estudiar/actuar con otra formación que no fuera la suya. *Para mí, fue horrible, horrible. Cuando dijeron eso, miré así, pensé ¿y ahora? Me puse tenso y asustado. Esta oportunidad de trabajar con otros de saber cómo lidiar con otros cursos que no teníamos, yo no la había tenido. Pensé en renunciar* (ECB3).

A lo largo de la experiencia, se han aliviado estas incomodidades, reduciendo la extrañeza con la experiencia de integración. *Antes estábamos más separados, ¿sí? Como que cada uno a lo suyo, es una lástima que termine; creo que ha funcionado bien, pues logramos alcanzar los objetivos* (EEnf 2). *Es notable hoy que la desenvolvura del equipo es mejor que al principio, lo que es normal, ¿verdad?* (ECB1). *Ahora lo entiendo, después de todo el proceso lo entiendo, puedo trabajar mejor y aprendí de la experiencia, es más fácil para mí, puedo ver que uno puede trabajar así con diferentes grupos, porque es mucho más fácil trabajar con personas que piensan de la misma manera que nosotros* (ECB 3).

El momento de las prácticas curriculares en la atención primaria y educación básica fue adecuada, permitiendo la integración efectiva entre las diferentes formaciones de salud y educación. *Quién diría que este grupo estaría trabajando así, porque en la universidad no trabajamos así, no nos encontramos. Las clases de enfermería son por la tarde, las de nutrición y de educación física por la mañana, y las nuestras por la noche. No podemos lograr una combinación de estos cursos, ¿sí? Trabajar juntos, tener una práctica incluso como equipo, porque en las prácticas de su curso es una cosa, pero aquí es totalmente diferente, y cuánto he aprendido aquí es inexplicable* (ESC 6). *Lo más fuerte en la vivencia de las prácticas fue la alianza, el intercambio de conocimiento de un curso con otro y poder darse cuenta de que de alguna manera uno complementa al otro; tenemos conocimientos diferentes, pero con un solo propósito* (ENut 4).

Sin embargo, se identificó que la carga de trabajo establecida para el módulo integrador de las prácticas de 80 horas en el semestre debería ser mayor, permitiendo una mayor exposición a la vivencia integradora. *Al principio teníamos cierta visión de la propuesta, cuando llegaba la mitad de las prácticas yo realmente entendía cómo lo sería* (ECB 1). *Para mí, me sentí desenfocada, no entendía mi papel, ahora puedo ver el papel de cada uno aquí* (ESC 1).

La manifestación y percepción de las competencias se evidenciaron en los siguientes relatos, siendo descritos secuencialmente en los ejes temáticos establecidos para la investigación.

Principios: atención orientada a la comunidad y centrada en el individuo y la familia – principios centrales que amplían la visión en torno a las necesidades de la comunidad y la familia/usuario. *Con el fin de lograr entender la complejidad de la familia, generalizamos, vimos lo social y otras necesidades* (ESC 6). *Queremos centrarnos solo en lo que nos constituye y cuando se trata de diferentes conocimientos, vemos que podemos llegar a la familia de forma mucho más amplia* (EEF 4). *Creo que podemos atender a la familia de una manera más holística, ya que se sienten más asistidos en este sentido* (EEnf 6). *Nos damos cuenta de que la salud abarca todo, desde lo social, lo psicológico hasta lo realmente fisiológico, que nos enfocamos mucho en la academia, somos condicionados a pensar tan solo en la patología y cuando vivimos la realidad de la comunidad, lo cotidiano, comprendemos que no solo es el proceso salud-enfermedad, hay mucho por detrás, que trasciende mucho lo que creemos que vemos en la universidad* (ESC 6).

Competencia 1 – Valores/ética para la práctica interprofesional: Trabajar con personas de otras profesiones para mantener un ambiente de respeto mutuo, compartir valores, darse cuenta de las necesidades reales de las personas. *Hay varias miradas profesionales, así que no me doy cuenta, pero ella sí, y cuando venimos a la Unidad después de la visita, para hacer el plan de atención, luego comienza a articularse, pensé en hacer esto, luego el otro dice lo que observó, entonces, realmente cuando lo juntamos se queda más amplio* (EEnf 6). *No sirve de nada seguir hablando de estas cosas con la familia si ella no tiene interés en ponerlas en práctica, deben tener interés* (ENut 6).

Competencia 2 – Roles y responsabilidades profesionales para la práctica colaborativa: Reconoce su propio rol y el de otras profesiones para una evaluación adecuada y la satisfacción de las necesidades de atención médica de los pacientes. *Yo, como enfermera, quiero hacer lo mejor para ese paciente en esa visita, pero, incluso si hago lo mejor que puedo, si no hay otro profesional en otra área, puedo intentar hacer algo de lo que él hace, pero no puedo hacer de la misma forma que él, así que una vez más la importancia del trabajo en equipo* (EEnf 5). *Nunca había tenido la experiencia de trabajar en conjunto con otro profesional, por*

lo que pude ver su habilidad añadida a la mía, para el bienestar del paciente (EEF 4). Tenemos concepciones erróneas de que nutrición es esto, de que educación física solamente hace esto; bromeamos mucho en la universidad de que la educación física es solo en la cuadra, solo juegan a la pelota, jajaja, y por medio de esta experiencia nos dimos cuenta de la importancia de cada uno y de que eso va más allá de lo que pensábamos; esta tercera familia fue un gran ejemplo, pensé 'Dios mío, una mujer postrada en cama, qué va a ser de actividad física'; allí la (EEF) en la visita fue excelente, una mujer postrada en cama deberá hacer más ejercicios que yo, jajaja, yo no tenía dicha visión, no podía imaginar todo lo que puso en práctica (EEnf 6).

Competencia 3 – Comunicación interprofesional: comunicarse con pacientes, familias, comunidades y profesionales de la salud de manera ágil y responsable, resolver conflictos interpersonales en el equipo, para la promoción, el mantenimiento, la prevención de la salud y el tratamiento de la enfermedad. Otra cosa de lo que me di cuenta es que tenemos que hablar, porque si hay un problema, hay que tratar de resolverlo, y solo hablando, buscando soluciones a lo que se quiere resolver, ¿no? No sirve de nada tener un problema y no discutir sobre ello. La situación que estábamos viviendo fue un ejemplo de esto; tuvimos que parar y discutir sobre qué estaba obstaculizando el progreso de las acciones del equipo (ESC 2).

El lenguaje con el usuario/cliente es una competencia comunicacional extremadamente importante para la integración del individuo y la familia en su propio cuidado. En el siguiente relato, es evidente que el lenguaje debe ser adecuado para la comprensión de los usuarios. Bueno, pensar en cómo hablar, usar un lenguaje que pueda ser comprendido por ellos, también nos ayuda a aprender mejor en la práctica con la realidad del usuario, le dije que hiciera como un crucifijo, ¿a qué recuerda? usted abrirá los brazos como Cristo en la cruz; siempre hago asociación, trato de hacer asociación con algo (EEF 3).

Competencia 4 – trabajo en equipo interprofesional: aplicar la relación de construcción de valores y de dinámica del equipo ejecutado de manera efectiva entre las diferentes profesiones para planificar, ofertar y evaluar planes de atención centrados en el paciente/población e involucrar diferentes competencias. Después de la visita a la familia, nos reunimos y elaboramos el plan, cada uno opina en general, y con el conocimiento de cada uno, lo vamos elaborando para implantarlo en la familia (EEnf 6). Nos ponemos en un plan secundario y necesitamos una segunda, a veces una tercera cita para planificar qué hacer; en casa, pensamos en otras cosas, en mejorar, nos comunicamos también en otros días, no solo el día de las prácticas, por medio de WhatsApp, intercambiamos ideas (ENut 6). En el momento del diagnóstico, hay cosas que uno percibe más que otro, la construcción compartida, esta multidisciplinariedad de trabajar en conjunto, la importancia de la construcción, el impacto no podría ser de otra manera, es positivo porque la intervención es mucho más completa (EEnf 3).

Discusión

El modelo uniprofesional se naturaliza en el proceso de formación y de trabajo de los profesionales de la salud. La aprehensión inicial que vivenciaron los estudiantes es característica de este modelo de formación disciplinaria en la cual las competencias específicas son ampliamente valoradas^(1,3,6,12-13), lo que lleva a algunos estudiantes a sentirse incómodos al compartir con otras formaciones. Esta dificultad es comprensible, considerando el modelo de formación uniprofesional de todos los involucrados (estudiantes, docentes, profesionales de servicios), en que son puntuales las oportunidades de acción y aprendizaje integrado con otras formaciones, ofertadas casi exclusivamente en actividades extracurriculares⁽²⁹⁻³⁰⁾. Para mejorar la comprensión del modelo, se señala la necesidad de ampliar la carga de trabajo del módulo integrador.

La literatura apunta a la importancia de conocer las características de los aprendices, ya que sus conocimientos, implicaciones y motivaciones pueden influir en los resultados⁽²³⁾. El perfil de los estudiantes, en su mayoría mujeres jóvenes, con experiencia anterior en proyectos multiprofesionales e involucradas en el movimiento político estudiantil, revela sus motivaciones e implicaciones con propuestas instituyentes, que pueden haber sido un factor positivo en los resultados.

Para el momento ideal de la experiencia interprofesional no hay un consenso, algunos autores recomiendan al comienzo de la graduación, para reducir los estereotipos prejuiciosos^(3,12,14-15). Sin embargo, existe una recomendación al final del curso de grado, dado que ya están consolidadas las competencias específicas de cada formación, lo que permite una mayor interacción entre las diferentes formaciones, que comprenden mejor su papel profesional y del otro⁽³¹⁾. Pero se entiende que la experiencia de la educación interprofesional debe permitirse de acuerdo con las posibilidades de integración efectiva entre los estudiantes, considerando las características locales de cada IES^(3,12-15). En esta investigación, el momento de las prácticas se consideró como viable y eficaz para la integración entre las diferentes formaciones, debido a la infraestructura de la IES.

Las competencias de colaboración, del trabajo en equipo se han materializado en las interacciones mutuas entre estudiantes, individuos/familia y la comunidad desde la perspectiva de la educación interprofesional. Llama la atención la interrelación entre las competencias, y no se observa en los relatos analizados una manifestación individual, sino la coexistencia entre éstas.

Según la literatura, la atención centralizada en el usuario y en la comunidad desarrolla en el estudiante una mejor percepción de la integralidad de la atención, donde

se aprehenden éticamente las necesidades concretas de los usuarios/familia, y lo lleva a reconocer y valorar la necesidad de complementar el conocimiento^(2,5,12,16-17,20).

Los relatos muestran que los estudiantes comprenden las necesidades individuales y colectivas de los individuos y las familias, a partir de la realidad observada. La implementación del plan de atención con la integración de conocimiento y práctica de cada área en torno a un objetivo común les permitió percibir la importancia de otra profesión, con la complementariedad del hacer de cada uno, que les agregó conocimiento, posibilitó aprender con y sobre el otro y reconocer los diferentes roles profesionales.

Los resultados similares, integrando diferentes formaciones de salud en la práctica comunitaria centrada en el usuario, se evidenciaron en los programas de EIP en el grado en salud de diversas IES a nivel mundial⁽³²⁻³⁴⁾. Una revisión sistemática reciente destacó que los programas de EIP, en los que el trabajo en equipo se basa en la práctica del servicio, han favorecido el desarrollo efectivo de la EIP y, en consecuencia, las competencias de colaboración⁽¹⁶⁾. Las características del programa de formación/capacitación se señalan como una de las predictoras de los resultados positivos o negativos en varios programas de CD&E⁽²³⁾.

El desarrollo de actitudes altruistas está relacionado con el sentido de implicación, de ponerse en el lugar de los demás⁽³⁵⁾, la propuesta de centrarse en la realidad de la familia estimuló el cambio de enfoque de la atención especializada a la atención extendida, como lo predicen los investigadores⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. En los relatos presentados, los estudiantes perciben la necesidad del usuario más allá de su competencia específica, desarrollando una comprensión del papel social que debe tener el profesional de la salud, como lo destacan los paneles de CICH y de IPEC⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

La competencia valores y ética para la práctica interprofesional colaborativa también es evidente cuando se centra en la atención de acuerdo con los principios fundamentales de IPEC⁽¹⁹⁾. La enseñanza basada en la práctica en equipo despierta en el futuro profesional la percepción de su rol ético y social⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, similar a lo que se evidenció en los relatos de esta investigación. La experiencia en un equipo multiprofesional en la práctica de la atención primaria mediante visitas domiciliarias permitió compartir perspectivas y percibir el contexto social en el que viven las familias, favoreciendo la construcción de un plan de atención integral, que se centró éticamente en las necesidades y en la capacidad de participación familiar e interés de la misma. Los estudios similares en que el trabajo de los equipos de estudiantes se ha centrado en la atención al usuario muestran que existe una mayor percepción de los estudiantes más allá de dos competencias específicas^(12,32-34).

El reconocimiento de roles y responsabilidades para la práctica colaborativa se evidenció en varios relatos de los estudiantes en esta investigación. El desarrollo del respeto al otro profesional en la formación a partir de la experiencia de aprender juntos favorece la ruptura de estereotipos^(16,32-34,36-38). En los relatos de los estudiantes, han estado presentes la percepción de los roles profesionales, de sí mismos y del otro, lo que corrobora la propuesta formativa de la EIP⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ y los estudios que mostraron el desarrollo de esta competencia en las interrelaciones entre las diferentes formaciones^(12-19,29-34,36-38).

La no superación de la barrera de las competencias específicas se evidenció en los relatos, en que el estudiante demuestra comprender que la especificidad es exclusiva, sin embargo, las orientaciones generales y genéricas pueden ser compartidas y desarrolladas por todos. Este hallazgo corrobora datos similares, en que el equipo interprofesional amplía y optimiza la atención integral para los usuarios y sus familias^(18-19,36-38).

Saber dialogar, expresarse de una manera que no crea molestias o malentendidos es fundamental para minimizar los conflictos en el ambiente laboral. La competencia comunicacional es una de las más importantes para el trabajo colaborativo en equipo, y esta habilidad requiere de sentido común, experiencia y desarrollo en paralelo de actitudes como el respeto, la confianza y la unión dentro de los equipos⁽³⁹⁻⁴²⁾.

La comunicación interprofesional es esencial para la colaboración y está presente en las interacciones profesional-profesional, profesional-usuario/familia, siendo necesaria en el desarrollo de una comunicación efectiva y comprensible en diferentes áreas de actuación, así como en la resolución de conflictos, promoviendo la armonía en el personal⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. El saber hablar, escuchar y respetar las diferencias fueron vivenciados por los estudiantes durante el módulo integrador de las prácticas.

La situación de conflicto destacada en el relato estudiantil estaba relacionada con las relaciones interpersonales y causó un clima de tensión dentro del equipo, lo que requirió la movilización de actitudes y habilidades comunicativas para resolverlas. El estudiante de grado en salud pública se destacó por presentar iniciativa para la resolución de la situación de conflicto, posiblemente debido a su perfil profesional. Lidar con los conflictos identificando una mejor solución es una subcompetencia del dominio de comunicación interprofesional destacado tanto en el panel del IPEC (2016) como en el del grupo canadiense CICH para la resolución de conflictos en equipo⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Aún en el campo de la comunicación, los estudiantes percibieron que la interacción con los

usuarios, el aprender a comunicarse con ellos, con el uso de un lenguaje popular que les acerque a su realidad cultural, eran necesarias para poder establecer una comunicación efectiva y comprensible con la familia y los usuarios, lo que corrobora los estudios que resaltan esta importancia⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

La competencia trabajo en equipo interprofesional, que aborda la dinámica y el funcionamiento del equipo, agregando otras competencias e interrelacionándolas, se desarrolla de acuerdo con la literatura, a lo largo de la formación y la práctica continua de colaboración interprofesional, en un progresivo proceso de aprehender y compartir objetivos comunes^(3,14-15,18-19,43-44).

La dinámica del trabajo en equipo se ha vivenciado y construido durante las reuniones con los usuarios, en los relatos de los estudiantes se destacó que aprender a trabajar juntos iba produciendo mutuamente acciones de colaboración. Estos procesos se practicaron en todas las acciones de los equipos, en diferentes escenarios y familias. Estas experiencias mejoraron el aprendizaje y la integración de los estudiantes, y la ocurrencia de la EIP también se observó fuera de los escenarios de intervención, permitiendo el intercambio continuo de ideas por medio de las redes sociales, similar a otros estudios^(3,15).

La acción colaborativa de los estudiantes se desarrolló con la integración de los diferentes conocimientos y prácticas para la construcción del plan de atención integrado, compartiendo las competencias comunes y específicas, siendo percibido la manifestación de las competencias colaborativas de manera procesal y creciente durante el período del módulo integrador de las prácticas curriculares en los diferentes equipos de estudiantes multiprofesionales. Se notó una mejor desenvolvimiento de los equipos en el territorio, con una experiencia más madura en el período estudiado. En los relatos de los estudiantes y en sus equipos multiprofesionales, también se observó que el estudiante de enfermería a menudo asume el papel de liderazgo del equipo, siendo un papel reconocido y permitido por los colegas.

Los factores relacionados con el contexto local fueron limitantes para el desarrollo del módulo integrador de las prácticas curriculares. La alta demanda por campo de práctica en ESF/NASF por las IES públicas y privadas del municipio obstaculizó el comienzo común de las prácticas, con la existencia de diferencias en el ingreso de estudiantes en las prácticas. Además, la influencia política local y el vínculo precario de los profesionales de la red de salud causaron frecuentes cambios de preceptores, lo que requirió una nueva sensibilización e implicación.

Conclusión

El estudio identificó las percepciones y manifestaciones de las competencias de colaboración en el trabajo en equipo desde los relatos de estudiantes con diferentes formaciones de salud, quienes tuvieron la experiencia de la educación interprofesional durante el módulo integrador de las prácticas curriculares.

También contribuyó a corroborar la viabilidad de la propuesta institucional de EIP en los proyectos pedagógicos, para la inserción del módulo integrador en la matriz curricular de cada curso de grado en salud en cuestión, en el que la investigación-intervención fue una estrategia metodológica significativa para la implicación y participación de diferentes actores sociales.

Agradecimientos

A los Gestores del Centro Académico de Vitória/ Universidad Federal de Pernambuco y de la Gestión Municipal de la Salud y de la Educación de Vitória de Santo Antão (PE, Brasil), a los docentes/tutores, a los perceptores/profesionales de salud y de la escuela y a los estudiantes de grado y de la enseñanza básica. Un especial agradecimiento a la profesora doctora Maria Cílicia de Carvalho Ribas que echó una mano en el camino en la investigación-intervención.

Referencias

1. Ellery AEL. Interprofessional learning and practice in Family Health Strategy: conditions of possibility for integration of knowledge and interprofessional collaboration. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014; 18(48): 213-5. [cited Abr 8 2016]; Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000100213&script=sci_arttext&lng=en DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0387>
2. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACC, Silva J, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 47(4): 977-83. [cited Abr 8 2016]; Available in: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf> DOI: 10.1590/S0080-623420130000400029.
3. Costa MV. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. *Interface Comun Saúde Educ.* 2016; 20(56):197-8. [cited Abr 8 2016]; Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832016000100197&lng=en DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
4. Almeida RGS, Silva CBG. Interprofessional Education and the advances of Brazil. *Rev. Latino-Am.*

- Enfermagem. 2019; 27:e3152. [cited Jun 15 2019]; Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100700&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3148-3152>.
5. Agreli H, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface Comunic Saude Educ.* 2016; 20 (59): 905-16. [cited Jun 15 2017]; Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
6. Frenk J, Lincoln C, Zulfiqar A, Bhutta JC, Nigel C, Timothy E, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; 376 (9756):1923-58. [cited Jun 15 2015]; Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623> DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
7. World Health Organization. Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on multiprofessional education of health personnel: the team approach. Geneva: World Health Organization. [Internet]. 1998 [cited Nov 8, 2018]; (Technical report series, vol. 769). 72p. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/37411/>
8. Yan J, Gilbert J, Hoffman S. WHO announcement – study group on interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care.* 2007;21(6):588-9. doi: 10.1080/13561820701775830.
9. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [Internet]. 2010 [cited Set 3, 2018]; Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
10. Delors J. Education: the necessary utopia in learning: the treasure within; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century (highlights) [Internet]. 1996; 11-33. [cited Nov 8, 2018]; Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590>
11. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. [Internet]. 2001 [cited Aug 4, 2018]; 183-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
12. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR. Interprofessional health education: the experience of the Federal University of Sao Paulo, Baixada Santista campus, Santos, Brazil. *Interface Comunic Saude Educ.* 2018; 22(2):1705-15. [cited Jul 15, 2019]; Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1705.pdf doi: 10.1590/1807-57622017.0693.
13. Ely LI, Toassi RFC. Integration among curricula in Health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. *Interface Comunic Saude Educ.* 2018; 22(2):1563-75. [cited Jul 15, 2019]; Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1563.pdf DOI: 10.1590/1807-57622017.0658
14. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. Centre for Advancement of Interprofessional Education. [Internet]. 2015 [cited Aug 4, 2018]; Available from: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement/>
15. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface Comunic Saude educ.* 2016;20(56):185-96. [cited Mai 5, 2017]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0185.pdf> DOI:10.1590/1807-57622014.0092/
16. Riskiyana R, Claramita M, Rahayu GR, Riskiyana R. Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: A systematic review. *Nurse Educ Today.* 2018;66:73-8. [cited Jun 15, 2019]; doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.014>
17. Salman YG, Hugh B. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci.* 2018;34:160-5. [cited Jun 15, 2019]; doi: <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009>
18. Canadian interprofessional health collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. College of Health Disciplines, University of British Columbia. [Internet]. 2010 [cited Nov 7, 2018]; Available from: <http://www.cihc.ca>
19. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. [Internet]. 2016 [cited Nov 10, 2018]; Available from: https://aamc-meded.global.ssl.fastly.net/production/media/filer_public/70/9f/709fedd7-3c53-492c-b9f0-b13715d11cb6/core_competencies_for_collaborative_practice.pdf
20. Fiona K, Jennifer LK. Interprofessional education in primary health care for entry level students – A systematic literature review. *Nurse Educ Today.* 2015;35:1221-31. [cited Jun 15, 2019]; doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.005>
21. Memoona H, Valerie G, Mary K, Elizabeth P, Annette LV, Anders K. Development and validation of a tool to assess self-efficacy for competence in interprofessional collaborative practice. *J Interprof Care* 2017;31(2):255-62. [cited Jun 15, 2019]; doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1249789>

22. Valentina B, Jeanne ME, Leslie B, John AO, Shannon MT, Mark RC. Measuring the impact of clinically relevant interprofessional education on undergraduate medical and nursing student competencies: A longitudinal mixed methods approach. *J Interprof Care*. 2016; 30(4): 448-57. [cited Jun 18, 2019]; doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2016.1162139>
23. Araújo, MCSQ, Abbad, GS, Freitas, TR. Qualitative training evaluation. *Rev. Psicol. Organ. Trab*. 2017; 17(3): 171-9. [cited Jun 10, 2017]; Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v17n3/v17n3a06.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.3.13089>
24. Rocha ML, Aguiar KF. Participatory action research and the production of new analysis. *Psicol Ciênc Prof*. 2003; 23(4):64-73. [cited Mai 10, 2016]; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000400010&script=sci_abstract doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.
25. Paulon SM, Romagnoli RC. Intervention-research and cartography: methodological issues. [Internet]. 2010, 10(1):85-102 [cited Set 9, 2018]. Available from: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>
26. Rocha ML, Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. *Psicologia*. 2006; 37(2):169-74. [cited Jun 9, 2016]. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1431>
27. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Rev EPOS*. 2014; 5(1):156-81. [cited Jun 9, 2016]. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2178
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo: Hucitec; 2010.
29. Batista NA, Batista SHSS, Rossit RAS. Interprofessional formation in health: preparing professional for team work and integrality of care. [Internet]. 2013 [cited Nov 10, 2018]. Available from: <http://www.nutes.ufjf.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R1458-1.pdf> /
30. Rossit R, Batista SH, Batista NA. Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. [Internet]. 2014 [cited Nov 10, 2018]. 3(1) 727-37. Available from: <https://journals.epistemopolis.org/index.php/hmedicas/article/view/1169/727>
31. Gilbert JH. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *J Interprof Care*. 2005 May; 19(1): 87-106. Doi: 10.1080/13561820500067132.
32. McNair R, Stone N, Sims J, Curtis C. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. *J Interprof Care*. 2005 Dec; 19(6) 579-94. Doi: 10.1080/13561820500412452.
33. Sohma H, Sawda I, Konno M, Akashi H, Sato TJ, Maruyama T, et al. Encouraging appreciation of community health care by consistent medical undergraduate education. In: Watanabe H, Koizumi M, editors. *Advanced initiatives in interprofessional education in Japan*. Tokyo: Springer; 2010; p. 1-12. Doi: 10.1007/978-4-431-98076-6_1.
34. Waggie F, Laattoe N. Interprofessional exemplars for health professional programmes at a South African university. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):368-70. Doi: 10.3109/13561820.2014.891572.
35. L'abbate S. Análise Institucional: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. [Internet]. 2012; 8(1):194-219. [cited Nov 10, 2018]. Available from: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=An%C3%A1lise+Institucional+e+Interven%C3%A7%C3%A3o:+breve+refer%C3%A2ncia+%C3%A0+sua+g%C3%AAnese+social+e+hist%C3%B3rica+de+uma+articula%C3%A7%C3%A3o+e+sua+aplica%C3%A7%C3%A3o+na+Sa%C3%BAde+Coletiva&author=L%27Abbate+S&publication_year=2012&journal=Mnemosine&volume=8&issue=1&pages=194-%20219.
36. Capozzolo AA, Casetto SJ, Nicolau SM, Junqueira V, Gonçalves DC, Maximino VS. Interprofessional education and provision of care: analysis of an experience. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2018; 22(2):1675-84. [cited Jul 10, 2019]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1675.pdf doi: 10.1590/1807-57622017.0679
37. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: Implications for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2011; 25(2): 98-104. Doi: 10.3109/13561820.2010.505350.
38. Macdonald MB, Bally JM, Ferguson LM, Lee MB, Fowler-Kerry SE, Anonson JM. Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. *Nurse Educ Pract*. 2010; 10: 238-42. doi: 10.1016/j.nepr.2009.11.012.
39. Luetsch K, Rowett D. Developing interprofessional communication skills for pharmacists to improve their ability to collaborate with other professions. *J Interprof Care*. 2016; 30(4):458-65. doi: 10.3109/13561820.2016.1154021.
40. Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Qual Safety*. 2013; 22(5):414-23. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000952.
41. Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional

- practice in Primary Health Care. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2018, 22(2):1535-47. [cited Jun 15 2019]; doi: 10.1590/1807-57622017.0647
42. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(2):16-24. [cited Jun 15 2019];doi: 10.1590/S0080-623420150000800003.
43. Barr H, Low H. Principles of interprofessional education. [internet].2011[cited Nov 10, 2018]; Available from: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-low-2011-principles-interprofessional-education/>
44. Xyrichis A, Lowton K. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008;61(2) 232-41. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x.


Recibido: 27.11.2018

Aceptado: 23.09.2019

Autor correspondiente:

Ana Wlândia Silva de Lima

E-mail: anawladia.lima@ufpe.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4109-888X>

Copyright © 2020 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.