

Disponibilidad de residentes y preceptores para prácticas interprofesionales: estudio de métodos mixtos*


André Lucas Maffissoni¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8700-6787>


Jussara Gue Martini^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-2629-293X>

Daniele Delacanal Lazzari¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1788-866X>

Carine Vendruscolo³

 <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>

Marina da Silva Sanes¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2367-6148>

Paula Bresolin^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-2698-854X>

Destacados: **(1)** El nivel de disponibilidad influye en las prácticas interprofesionales hospitalarias. **(2)** Dificultades en la comunicación interprofesional impiden prácticas colaborativas. **(3)** Hay resistencias a la adopción de prácticas interprofesionales relacionadas con la formación. **(4)** Residencias son espacios importantes para desarrollar prácticas interprofesionales.

Objetivo: evaluar el nivel de disponibilidad de residentes y de preceptores para prácticas interprofesionales. **Método:** estudio de métodos mixtos del tipo triangulación concomitante, realizado con residentes y preceptores de una Residencia Multiprofesional en Salud hospitalaria. **Resultados:** más del 90% (n=186) de los participantes tienen alta disponibilidad para prácticas interprofesionales. Sin embargo, las prácticas instituidas durante el pregrado y el perfil profesional de los involucrados, especialmente en lo que respecta a la falta de comunicación entre profesiones y la apertura al diálogo, fueron señalados como dificultades para implementar la interprofesionalidad en el escenario investigado, lo que podría influir negativamente en la disponibilidad de residentes y preceptores. **Conclusión:** si bien residentes y preceptores tienen alta disponibilidad para el desarrollo de la interprofesionalidad, ciertos factores dificultan su implementación, obstaculizando el trabajo colaborativo.

Descriptor: Internado y Residencia; Educación Interprofesional; Prácticas Interdisciplinarias; Relaciones Interprofesionales; Comunicación Interdisciplinaria; Educación en Salud.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Desafios e potencialidades para o desenvolvimento de práticas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital do Sul do Brasil", presentada en la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

² Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

³ Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

Cómo citar este artículo

Maffissoni AL, Martini JG, Lazzari DD, Vendruscolo C, Sanes MS, Bresolin P. Availability of residents and preceptors for interprofessional practices: mixed methods study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4395 [cited ____/____/____]. Available from: _____ . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7374.4395>

URL

_____ / ____ / ____
año mes día

Introducción

Las prácticas interprofesionales de salud engloban un conjunto de acciones realizadas por equipos multiprofesionales, encaminadas a la elaboración y ejecución colectiva de un cuidado calificado⁽¹⁾. Dada la complejidad inherente a los escenarios hospitalarios, tanto a nivel nacional como internacional, se proponen varias estrategias para incentivar este proceso colaborativo, como la Educación Interprofesional (EIP) y la Práctica Colaborativa (PC).

La EIP se materializa por medio del coaprendizaje de estudiantes de diferentes áreas, con el objetivo de incrementar la colaboración y, en consecuencia, optimizar los resultados de salud. La PC, por su parte, tiene como objetivo reunir a profesionales de la salud con variada experiencia, involucrando a pacientes, familias, cuidadores y comunidades, con el propósito de generar cuidados orientados a la seguridad del paciente⁽¹⁻²⁾. Aunque tienen diferencias conceptuales, estas estrategias demuestran ser interdependientes, ya que la colaboración en el trabajo está impulsada por el aprendizaje mutuo y, a la inversa, el aprendizaje colaborativo se desarrolla dentro de una perspectiva unificada de acción.

Las prácticas colaborativas pueden fomentarse por medio de materias curriculares o incluso por medio de propuestas a operacionalizar en diferentes énfasis, como reuniones específicas con temas comunes, tutorías u otras actividades deliberadas que, a partir del pensamiento crítico, establezcan estrategias a discutir y acciones en conjunto para cada paciente⁽³⁾. Sin embargo, esta colaboración no se produce sin obstáculos, especialmente en el contexto hospitalario, ya que, a pesar de los avances en la prestación de cuidados en estos entornos, persiste una tendencia hacia un cuidado uniprofesional, centrado en el modelo biomédico, a menudo anclado en la patología⁽⁴⁻⁶⁾.

La Residencia Multiprofesional en Salud (RMS) hospitalaria comenzó en 2010, con el objetivo de contribuir a la formación de profesionales para el *Sistema Único de Saúde (SUS)*, perfilando nuevas posibilidades de aprendizaje y trabajo, en un espacio históricamente marcado por la fragmentación del cuidado. Los méritos de la RMS para mejorar el cuidado hospitalario son innegables, aunque persisten dificultades para implementar estrategias relacionadas con la PC⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Por lo tanto, es fundamental investigar si los residentes, preceptores y tutores de la RMS están dispuestos a desarrollar la enseñanza, el aprendizaje y el cuidado, desde una perspectiva interprofesional⁽¹¹⁾. Es deseable que estos profesionales desarrollen actividades colaborativas, conscientes de la importancia

de compartir responsabilidades frente a las demandas de cuidado. Estudios nacionales e internacionales se han dedicado a medir la disponibilidad como forma de identificar problemas y promover el desarrollo de prácticas interprofesionales⁽¹²⁻¹⁴⁾.

La importancia de la educación interprofesional en entornos de aprendizaje clínico se basa en la oportunidad de desarrollar e integrar habilidades y competencias en el auténtico contexto sociocultural de los entornos de cuidados de salud en los que trabajarán los residentes⁽⁵⁾. Por lo tanto, medir la disponibilidad, incluso por medio de instrumentos autoinformados, puede proporcionar evidencia que respalde intervenciones personalizadas para promover habilidades colaborativas en el trabajo en equipo, con el fin de lograr objetivos comunes⁽⁷⁾. La forma en que los residentes perciben la práctica real puede diferir de los estereotipos o creencias que tenían antes de la experiencia colaborativa. Además, es posible que la ubicación de la práctica no coincida con su percepción de cómo sería una práctica interprofesional⁽⁷⁾.

Factores relacionados con la enseñanza pueden afectar la capacidad de formar profesionales colaborativos, como la socialización, el contexto de aprendizaje y el desarrollo del cuerpo docente. De esta manera, lo que se enseña en este contexto debe converger en términos de contenidos, es decir, las habilidades colaborativas deben estimular el reconocimiento de las responsabilidades de cada uno de los profesionales⁽⁸⁾. Una revisión sistemática, que tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la educación interprofesional para profesionales y estudiantes de Enfermería y Medicina en cuanto a sus actitudes, habilidades, conocimientos y comportamientos, indicó que la evidencia sobre esta efectividad no es concluyente, demostrando la necesidad de otros estudios sobre el tema⁽⁹⁾. Asimismo, una revisión sistemática que tuvo como objetivo investigar los efectos de la educación interprofesional en la práctica colaborativa entre profesionales de la salud demostró que es un enfoque viable para mejorar las actitudes y el respeto mutuo entre estos profesionales, además de indicar que es necesario más investigación, considerando el desarrollo y la incorporación de la EIP en los planes de estudio, el bajo costo y los beneficios de este método de aprendizaje⁽⁶⁾.

Esta investigación se basó en la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el grado de disponibilidad de los residentes y de los preceptores para las prácticas interprofesionales y qué factores influyen en esa disposición? El objetivo del estudio fue evaluar el nivel de disponibilidad de residentes y de preceptores para las prácticas interprofesionales.

Método

Estudio de métodos mixtos del tipo triangulación concomitante, en el que se recogen datos cuantitativos y cualitativos de forma concomitante y luego se combinan. Este diseño de estudio mixto da el mismo peso a las dos etapas (CUAN + CUAL), ya que ambas tienen la misma relevancia para la consecución de los objetivos⁽¹⁵⁾. La combinación de datos se realizó por integración, proceso en el que elementos se fusionan y generan informaciones que se apoyan entre sí para comprender el objeto de estudio⁽¹⁵⁾. La elección de este enfoque fue influenciada por el conocimiento previo del programa de residencia, en el sentido de que éste se desarrolla en el hospital donde actúan los investigadores, reconociendo así las complejas interacciones entre residentes, preceptores, profesores y tutores. De este modo, al conocer la intención empírica de tener prácticas interprofesionales, manifestadas continuamente en clases y tutorías por todos los involucrados en los procesos de enseñanza y aprendizaje, se decidió atribuir el mismo peso a las etapas cuantitativa y cualitativa, pretendiendo investigar el fenómeno de manera concomitante.

La etapa cuantitativa se realizó a partir de un estudio observacional, de tipo descriptivo-analítico transversal, con recolección de datos basada en la aplicación de dos escalas, diseñado de acuerdo con el *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). En la etapa cualitativa, se desarrolló una investigación exploratoria-descriptiva, con entrevistas, guiada por el *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). Para cumplir con el rigor metodológico del estudio mixto se utilizó la guía *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT)⁽¹⁶⁾.

Escenario

Estudio realizado en el programa de *Residência Integrada Multiprofissional em Saúde* (RIMS) de la *Universidade Federal de Santa Catarina* (UFSC), desarrollada en el *Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago* (HU-UFSC), ciudad de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

La RIMS fue creada en el HU-UFSC en 2010, a partir de una alianza entre los Departamentos de Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Fonoaudiología, Nutrición, Odontología, Psicología y Trabajo Social, con la dirección del HU. Los residentes son admitidos anualmente, con un proceso de selección que ofrece 36 vacantes en tres áreas de concentración: Atención de Urgencia y Emergencia, Atención de Salud de Alta Complejidad y Atención de Salud de la Mujer y el Niño.

Población

Los participantes del estudio fueron residentes de primer y segundo año de todas las profesiones involucradas en la RIMS y preceptores que brindaban supervisión directa a los residentes. Es de destacar que los investigadores involucrados en este estudio no desempeñan el papel de preceptores en la residencia. Algunos de los investigadores actúan como tutores o profesores, y estos grupos no constituyeron la muestra. Cabe señalar también que estos últimos no participaron en la recolección de datos en ningún momento.

Criterios de selección

Se adoptaron los siguientes criterios para participar en el estudio: 1) residentes: estar regularmente matriculados en el programa; y 2) preceptores: tener alguna vinculación (servidor o empleado público) con la institución hospitalaria y realizar actividad de supervisión directa con los residentes. Quedaron excluidos aquellos residentes y preceptores que se encontraban ausentes.

Definición de la muestra y participantes

La definición de la muestra en la etapa cuantitativa se realizó utilizando diferentes estrategias para residentes y preceptores. En el caso de los residentes, el número de personas matriculadas en 2022 fue de 36 residentes de primer año (R1) y 27 residentes de segundo año (R2), totalizando 63 residentes. Para los preceptores, se calculó el promedio de profesionales en jornada de trabajo en un período de tres meses (febrero, marzo y abril de 2022). Esto se debió al alto ausentismo y rotación profesional. El cálculo inicial de la muestra indicó 204 profesionales elegibles y, tras los criterios de inclusión, quedó compuesta por 165 profesionales.

La etapa cualitativa del estudio estuvo compuesta por 26 participantes (entre los que participaron en la primera etapa). Las entrevistas fueron realizadas en un lugar privado dentro de la institución hospitalaria, por el investigador principal. El tiempo promedio de la entrevista fue de 27 minutos, con una duración que varió entre 18 y 38 minutos. Las entrevistas transcritas fueron enviadas individualmente a cada participante, para validar el contenido escrito, realizándose cambios cuando lo solicitara el entrevistado.

Instrumentos utilizados

Para la recolección de datos cuantitativos se utilizaron las escalas *Readiness for Interprofessional Learning Scale*

(RIPLS)⁽¹¹⁾ y la Escala Jefferson de Actitudes Relacionadas con la Colaboración Interprofesional (EJARCI)⁽¹⁷⁾, ambas validadas para el portugués brasileño.

La RIPLS, que evalúa la disponibilidad de las personas para el desarrollo de la EIP, está compuesta por 27 ítems y se divide en tres factores: El Factor 1 se denomina Trabajo en Equipo y Colaboración y se relaciona con actitudes positivas hacia la disponibilidad para el aprendizaje compartido, la confianza y el respeto entre las áreas profesionales; el factor 2 se titula Identidad Profesional y se relaciona con aspectos específicos de las profesiones y la autonomía profesional; y el Factor 3 se denomina Atención de Salud Centrada en el Paciente, relacionado con actitudes positivas orientadas a las necesidades de salud desde la perspectiva del paciente. La puntuación general de la RIPLS varía entre 27 y 135 puntos, siendo 70, 40 y 25 la puntuación máxima para los Factores 1, 2 y 3, respectivamente⁽¹¹⁾.

La escala EJARCI, adaptada y validada en Brasil en 2016, tiene como objetivo analizar actitudes relacionadas con la PC y está compuesta por 20 preguntas, siendo 140 la puntuación máxima⁽¹⁷⁾. En ambas escalas, la disponibilidad para EIP y PC está directamente relacionada con la puntuación, por lo que cuantos más puntos obtenga el encuestado, mayor será su disponibilidad para la EIP. Cabe destacar que RIPLS y EJARCI se complementaron con una sección dedicada a la caracterización de los participantes.

Para recolectar datos cualitativos, las entrevistas fueron guiadas por un guión semiestructurado, con preguntas sobre cómo los participantes vivían las prácticas interprofesionales en su vida diaria, apertura al desarrollo, dificultades, potencialidades y aspectos sujetos a cambios. Este guion no fue validado, pero se realizó una prueba piloto con ex preceptores y ex residentes, que no constituyeron la muestra y cuyos datos no fueron incluidos en el estudio.

Recolección de datos

Los datos cuantitativos y cualitativos fueron recolectados entre mayo de 2022 y febrero de 2023. Los datos cuantitativos fueron recolectados por una becaria contratada, estudiante de maestría de la misma institución, ajena a la RMS y quien fue capacitada en los instrumentos y cómo aplicarlos. Los participantes tuvieron la libertad de completar los formularios impresos al recibirlos o llevárselos a casa y devolverlos posteriormente. Luego de definida la muestra, se inició la distribución y aplicación de los instrumentos, simultáneamente con las entrevistas, las cuales fueron realizadas por el investigador principal.

En la etapa cualitativa, para participar de las entrevistas, los residentes y preceptores fueron contactados vía correo electrónico y/o teléfono. Las invitaciones se realizaron de forma aleatoria, pero se observó representación en el número de preceptores y residentes en relación a las categorías profesionales. Para garantizar la imparcialidad, se utilizó una estrategia de aleatorización basada en criterios específicos, sin interferencia directa de los investigadores en la selección de los entrevistados. Esto se hizo manualmente, sin el uso de *software* de aleatorización, para garantizar una muestra representativa y variada. No hubo negativas a participar en las entrevistas.

Procesamiento y análisis de los datos

Se utilizó el *software IBM SPSS Statistics 25.0* para analizar los datos cuantitativos. Se utilizó estadística descriptiva basada en medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartil) para el análisis de los datos continuos, mientras que para los datos categóricos se utilizó el análisis de frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis bivariado, la normalidad de los datos fue verificada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con ajuste de Lilliefors en todas las categorías (datos sociodemográficos y escalas RIPLS y EJARCI), indicando la adopción de la hipótesis alternativa de no normalidad ($p < 0,05$) para todas. Para las comparaciones entre participantes se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney para dos variables independientes y de Kruskal-Wallis para tres o más variables independientes, y, en esta última, cuando se rechazó H_0 , el análisis *post hoc* de Dunn.

En cuanto a las escalas, cabe destacar que los ítems 10, 11, 12, 17, 19 y 21 de la RIPLS y los ítems 3, 5, 8, 9, 12, 15, 16 y 19 de la EJARCI se refieren a actitudes negativas relacionadas con EIP y PC y, por lo tanto, para el análisis de datos, las puntuaciones se invirtieron. Para determinar con precisión la disponibilidad de los participantes para EIP y PC, se decidió fragmentar la puntuación en cuartiles. De esta manera, cada 25% del puntaje global posible de alcanzar en ambas escalas correspondió a uno de los siguientes niveles de disponibilidad para el aprendizaje y la práctica interprofesional, que son: no disponible, baja disponibilidad, disponibilidad moderada y alta disponibilidad.

En cuanto a la edad, para efectos de análisis se dividió a los preceptores en un grupo de hasta 39 años y otro mayor de 39 años, considerando que la mediana de edad fue de 39 años. Para los residentes se consideró un grupo de 20 a 29 años y otro de 30 a 39 años, al no haber en la muestra residentes menores de 20 años y mayores de 39 años.

Para organizar los datos cualitativos, las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad. Para la confiabilidad de los datos cualitativos, tres de los investigadores de este estudio realizaron la discusión y la validación de los temas y subtemas surgidos de las declaraciones de los participantes, recopiladas a partir de entrevista semiestructurada. La opción de utilizar una metodología mixta también contribuyó para la confiabilidad de los datos cualitativos, ya que fue posible identificar la combinación de resultados cuantitativos obtenidos concomitantemente, ampliando continuamente la comprensión del fenómeno investigado.

La información de las entrevistas fue analizada cualitativamente mediante el análisis de contenido temático, propuesto por Bardin⁽¹⁶⁾. El proceso analítico se llevó a cabo en tres fases: preanálisis, exploración del material y procesamiento de los datos. Se utilizó el software ATLAS.ti para las tres etapas del análisis de contenido, generándose 29 *codes* (unidades de registro) y 350 *quotations* (unidades de contexto). A partir de estas unidades se realizó el cruce de interpretaciones de los datos y la categorización temática.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la *Universidade Federal de Santa Catarina* bajo dictamen n.º 5.256.168. Se cumplieron todos los principios presentados

por las Resoluciones n.º 466/2012 y n.º 510/2016 del *Conselho Nacional de Saúde*. Previamente, se explicó a los participantes todas las etapas de la investigación y se aclaró la participación opcional en cualquiera de ellas. Todos los participantes fueron informados y firmaron el Formulario de Consentimiento Informado. Para preservar la identidad, los participantes fueron identificados con la letra R de residente o P de preceptor y la sigla respectiva de la categoría profesional a la que pertenecían. Cuando había más de un participante de la misma profesión, se numeraban con números arábigos (1 o 2).

Resultados

Participaron de la investigación 146 preceptores y 58 residentes. Se respetó el Índice de Confianza (IC) del 95% y un margen de error del 5%. En cuanto a los datos sociodemográficos, hubo predominio de participantes femeninos, tanto en el grupo de preceptores como en el grupo de residentes. La edad mínima de los participantes fue 22 años y la edad máxima fue 62 años. Las ocho profesiones incluidas en la RMS tuvieron representación similar en cuanto al número de participantes, con excepción de Enfermería, que tuvo el mayor número en comparación con todas las demás, por ser la profesión con mayor cantidad de plazas en el programa. En la Tabla 1 es posible observar el detalle de las características de los participantes.

Tabla 1 - Características sociodemográficas de residentes y preceptores según frecuencia para variables categóricas y mediana para variables continuas. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

Variable	N* (%) o mediana (mínimo-máximo)	
	Preceptores (N*=146)	Residentes (N*=58)
Edad	39 [27,0 – 62,0]	25 [22,0 – 35,0]
Género		
Masculino	19 (13,0%)	12 (20,7%)
Femenino	127 (87,0%)	46 (79,3%)
Profesión		
Enfermería	79 (54,1%)	16 (27,6%)
Fonoaudiología	9 (6,2%)	03 (5,2%)
Psicología	10 (6,8%)	11 (19,0%)
Farmacia	11 (7,5%)	7 (12,1%)
Trabajo Social	13 (8,9%)	11 (19,0%)
Fisioterapia	8 (5,5%)	2 (3,4%)
Nutrición	12 (8,2%)	5 (8,6%)
Odontología	4 (2,7%)	3 (5,2%)

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable	N* (%) o mediana (mínimo-máximo)	
	Preceptores (N*=146)	Residentes (N*=58)
Área de concentración de la RMS[†]		
Alta Complejidad	93 (63,7%)	37 (63,8%)
Urgencia y Emergencia	13 (8,9%)	11 (19,0%)
Salud de la Mujer y el Niño	40 (27,4 %)	10 (17,2%)
Tiempo desde la graduación		
Hasta 2 años	NA [‡]	26 (44,8%)
2 a 5 años	NA [‡]	30 (51,7%)
Más de 5 años	NA [‡]	2 (3,4%)
Año de la RMS[†]		
Primer año (R1)	NA [‡]	35 (60,3%)
Segundo año (R2)	NA [‡]	23 (39,7%)
Experiencia profesional		
Hasta 2 años	1 (0,7%)	NA [‡]
3 y 5 años	8 (5,5%)	NA [‡]
6 y 10 años	34 (23,3%)	NA [‡]
Más de 10 años	103 (70,5%)	NA [‡]
Tiempo trabajando como preceptor		
Hasta 2 años	27 (18,5%)	NA [‡]
Entre 3 y 5 años	53 (36,3%)	NA [‡]
Entre 6 y 10 años	43 (29,5%)	NA [‡]
Más de 10 años	22 (15,1%)	NA [‡]
No respondió	1 (0,6%)	NA [‡]

*N = Muestra; [†]RMS = Residencia Multiprofesional en Salud; [‡]NA = No aplicable

En cuanto a la disponibilidad, todos los participantes se ubicaron en los percentiles de disponibilidad moderada y alta, tanto para la EIP, evaluada por la RIPLS, como para la PC, evaluada por la EJARCI. Para preceptores, la proporción en la RIPLS fue del 90,41% (132) con disponibilidad alta y del 9,58% (14) con disponibilidad moderada; en la EJARCI la proporción fue del 99,31%

(145) con disponibilidad alta y 0,68% (1) con disponibilidad moderada. Para residentes, la proporción en la RIPLS fue del 94,82% (55) con disponibilidad alta y del 5,17% (3) con disponibilidad moderada; en la EJARCI, los 58 residentes lograron una alta disponibilidad. La Tabla 2 presenta la puntuación global de las dos escalas para residentes y preceptores.

Tabla 2 - Puntuación de los Factores 1, 2 y 3 de la escala RIPLS* y puntuación global de las escalas RIPLS* y EJARCI[†]. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

	Dimensiones RIPLS*			Puntuación RIPLS*	Puntuación EJARCI [†]
	Fac 1 [‡]	Fac 2 [§]	Fac 3		
Preceptores (N*=146)					
Media	59,4	31,0	22,2	112,7	126,6
Desviación Estándar	5,5	2,9	2,2	8,2	8,4
Mediana	60,0	31,0	23,0	113,0	128,0
Puntuación mínima	43	22	16	89	100
Puntuación máxima	69	39	25	130	140

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

	Dimensiones RIPLS*			Puntuación	Puntuación
	Fac 1 [‡]	Fac 2 [§]	Fac 3	RIPLS*	EJARCI [†]
Residentes (N[¶]=58)					
Media	61,0	31,1	22,7	114,9	128,7
Desviación Estándar	4,0	2,9	2,2	6,9	7,6
Mediana	61,0	31,0	23,0	115,5	131,0
Puntuación mínima	51	23	17	95	108
Puntuación máxima	66	37	25	128	140

*RIPLS = *Readiness for Interprofessional Learning Scale*; †EJARCI = Escala Jefferson de Actitudes Relacionadas con la Colaboración Interprofesional; ‡Fac 1 = Factor 1; §Fac 2 = Factor 2; ||Fac 3 = Factor 3; ¶N = Muestra

Al comparar preceptores de diferentes profesiones, no hubo diferencias sugestivas en los puntajes de RIPLS y EJARCI, sin embargo, se observó una mediana más baja en el puntaje global de las dos escalas en enfermeros preceptores (RIPLS = 112 y EJARCI = 122). Lo mismo ocurrió cuando se realizaron pruebas comparando residentes de diferentes profesiones, sin embargo, las medianas más bajas observadas en este caso fueron en Trabajo Social para RIPLS (109) y Fonoaudiología para EJARCI (123).

Específicamente para el tiempo transcurrido desde la graduación, hubo una diferencia sugestiva ($P < 0,014$) para el Factor 1 de la RIPLS - Trabajo en Equipo y Colaboración. En la prueba *post hoc* se encontró diferencia entre residentes con hasta 2 años de egreso y entre aquellos con más de 5 años.

Al comparar puntuaciones globales entre preceptores y residentes de una misma profesión, los resultados indican diferencias entre dos profesiones, como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3 - Comparación de la puntuación global en las escalas RIPLS* y EJARCI[†] según preceptores y residentes de la misma profesión. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

Profesión	Dimensiones de la RIPLS*			Puntuación	
	Fac 1 [‡]	Fac 2 [§]	Fac 3	RIPLS*	EJARCI [†]
ENF[¶]					
Preceptores	61,0 [45,0 – 67,0]	32,0 [24,0 – 39,0]	22,0 [16,0 – 25,0]	113,0 [96,0 – 130,0]	129,0 [100,0 – 140,0]
Residentes	60,0 [54,0 – 66,0]	32,0 [23,0 – 36,0]	22,5 [17,0 – 25,0]	118,0 [95,0 – 125,0]	131,5 [112,0 – 140,0]
P valor**	0,575	0,320	0,884	0,417	0,322
FAM^{††}					
Preceptores	60,0 [54,0 – 69,0]	31,0 [27,0 – 34,0]	22,0 [18,0 – 25,0]	111,0 [105,0 – 122,0]	126,0 [111,0 – 137,0]
Residentes	60,0 [51,0 – 66,0]	30,0 [26,0 – 34,0]	23,0 [18,0 – 25,0]	112,0 [101,0 – 125,0]	122,0 [108,0 – 134,0]
P valor**	0,930	0,596	0,479	0,930	0,536
FSI^{‡‡}					
Preceptores	61,0 [56,0 – 66,0]	31,0 [28,0 – 37,0]	23,5 [20,0 – 25,0]	117,5 [107,0 – 123,0]	130,0 [110,0 – 140,0]
Residentes	64,5 [63,0 – 66,0]	32,0 [30,0 – 34,0]	22,5 [20,0 – 25,0]	119,0 [113,0 – 125,0]	129,0 [124,0 – 134,0]
P valor**	0,400	0,711	1,000	0,533	1,000
FON^{§§}					
Preceptores	58,0 [51,0 – 66,0]	31,0 [27,0 – 33,0]	23,0 [20,0 – 25,0]	112,0 [106,0 – 122,0]	124,0 [120,0 – 137,0]
Residentes	64,0 [64,0 – 65,0]	35,0 [29,0 – 35,0]	24,0 [23,0 – 24,0]	122,0 [117,0 – 124,0]	134,0 [133,0 – 139,0]
P valor**	0,064	0,373	0,373	0,018	0,036
NUT					
Preceptores	56,0 [43,0 – 66,0]	29,5 [27,0 – 25,0]	22,5 [19,0 – 25,0]	110,0 [89,0 – 119,0]	123,0 [111,0 – 135,0]
Residentes	64,0 [59,0 – 66,0]	31,0 [29,0 – 35,0]	25,0 [21,0 – 25,0]	120,0 [116,0 – 123,0]	133,0 [122,0 – 140,0]
P valor**	0,004	0,442	0,082	0,001	0,037

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Profesión	Dimensiones de la RIPLS*			Puntuación	
	Fac 1 [‡]	Fac 2 [§]	Fac 3	RIPLS*	EJARCI [†]
ODO[¶]					
Preceptores	60,5 [58,0 – 66,0]	31,0 [29,0 – 33,0]	21,5 [20,0 – 23,0]	112,5 [109,0 – 121,0]	124,0 [118,0 – 131,0]
Residentes	60,0 [55,0 – 61,0]	32,0 [30,0 – 34,0]	25,0 [20,0 – 25,0]	114,0 [110,0 – 118,0]	139,0 [133,0 – 140,0]
P valor**	0,629	0,629	0,400	0,857	0,057
PSI^{***}					
Preceptores	63,0 [49,0 – 66,0]	32,5 [29,0 – 35,0]	24,0 [21,0 – 25,0]	119,0 [103,0 – 123,0]	127,0 [116,0 – 138,0]
Residentes	61,0 [57,0 – 66,0]	31,0 [27,0 – 37,0]	23,0 [20,0 – 25,0]	113,0 [109,0 – 128,0]	126,0 [117,0 – 135,0]
P valor**	0,173	0,314	0,468	0,223	0,756
TSO^{†††}					
Preceptores	60,00 [49,0 – 66,0]	28,0 [22,0 – 35,0]	23,0 [20,0 – 25,0]	109,0 [98,0 – 125,0]	125,0 [109,0 – 140,0]
Residentes	60,0 [55,0 – 66,0]	28,0 [26,0 – 33,0]	23,0 [19,0 – 25,0]	115,0 [100,0 – 124,0]	130,0 [111,0 – 139,0]
P valor**	0,733	0,733	0,820	0,361	0,569

*RIPLS = *Readiness for Interprofessional Learning Scale*; †EJARCI = Escala Jefferson de Actitudes Relacionadas con la Colaboración Interprofesional; ‡Fac 1 = Factor 1; §Fac 2 = Factor 2; ||Fac 3 = Factor 3; ¶ENF = Enfermería; **Prueba U de Mann-Whitney; ††FAM = Farmacia; †††FIS = Fisioterapia; †††FON = Fonoaudiología; †††NUT = Nutrición; ††ODO = Odontología; †††PSI = Psicología; †††TSO = Trabajo Social

La hipótesis nula adoptada fue que la distribución de puntuaciones sería igual entre residentes y preceptores. Esta hipótesis fue rechazada para Fonoaudiología en la puntuación global de la RIPLS ($U = 1,500$; $p < 0,018$) y en la puntuación global de la EJARCI ($U = 2,500$; $p < 0,036$). También fue rechazada para Nutrición en la puntuación del Factor 1 de la RIPLS ($U = 4,500$; $p < 0,004$), puntuación global de la RIPLS ($U = 2,500$; $p < 0,001$) y puntuación global de la EJARCI ($U = 10,500$; $p < 0,037$).

El análisis temático indicó que el proceso de formación de pregrado y la resistencia de algunos profesionales son dos de las principales oportunidades para mejorar la disponibilidad. Se destacaron como principales potencialidades la voluntad de diálogo horizontal y la colaboración del equipo multiprofesional, tanto entre preceptores como residentes.

La formación de profesionales, mayoritariamente desde una perspectiva uniprofesional, juega un papel limitante para las prácticas interprofesionales, debido a la falta de reconocimiento de los roles de compañeros de otra categoría profesional, como se puede comprobar en las declaraciones.

Todavía estamos avanzando hacia esto [las prácticas interprofesionales], no es algo específico de aquí, pero también resulta de nuestra formación, que solamente está enfocada a nuestra categoría profesional, no tenemos conocimiento de la parte técnica de otros profesionales para que tomen las acciones que vemos que toman. (P.FON)

Los propios docentes tienen dificultad para poner nuestra profesión en las clases en un contexto interprofesional. Incluso lo

entiendo, porque si bien todos somos profesiones de la salud, nos capacitamos por separado y hay diferentes segmentos dentro de cada profesión, entonces entiendo la dificultad. (R.ODO1)

Tengo dificultades, sobre todo en las clases, porque no tengo formación clínica, no vemos nada del cuerpo [anatomía, fisiología, etc.], nuestra formación está aislada de la de todos los demás profesionales de la salud. Así que a veces ni siquiera entiendo de qué están hablando, la mayoría de las cosas tengo que preguntar de qué se trata. (R.TSO1)

Tenemos dificultades para relacionarnos con otros profesionales, ya que está muy restringido a nuestra área. En Odontología lamentablemente contamos con una formación que no involucra a otros profesionales, por lo que tenemos la dificultad de saber trabajar con todos para satisfacer las necesidades de los pacientes. (R.ODO2)

Veo que terminamos intentando explicar a qué vinimos todo el tiempo. Veo más bien que la Psicología y el Trabajo Social realmente necesitan demostrar por qué están ahí, la gente tiene dificultades para demandar el Trabajo Social o la Psicología, en gran parte por su formación universitaria también, que está más aislada de otras profesiones. (R.PSI1)

En cuanto al perfil profesional, las influencias se dan por la resistencia de algunos profesionales a desarrollar la colaboración tanto para la docencia como para el trabajo. Existe un temor a compartir información y una tendencia a actuar de forma autónoma, principalmente cuando se trata de estudiantes o residentes.

Hay mucha resistencia por parte del personal, es muy... no sé si esa es la palabra correcta, pero egoísmo. Hay algunas profesiones en las que se nota que no quieren compartir conocimientos porque

tienen miedo de que otros sepan más que ellos, esto nos desanima, ¿cómo vamos a aprender juntos así? (R.FAM1)

Hay un compañero enfermero que decía "no me gustan los estudiantes, no quiero a nadie de la residencia conmigo". Estos profesionales hacían las cosas sin los estudiantes, para hacerlo más rápido, lo que terminaba dejándolos sin ganas de aprender. (P.ENF1)

Vemos quién está de turno, buscamos a una persona que ya conocemos, que sabemos que tiene una actitud más amable, más sensibilidad, más colaborativa. A veces prefiero no hablar del caso dependiendo de quién sea el otro profesional, porque sé que no progresará, no me escuchará. (P.TSO)

Por otro lado, el acceso facilitado y el diálogo horizontal influyen en el deseo de aprender a trabajar de modo colaborativo en la disponibilidad. El diálogo efectivo y la paridad en el peso de las contribuciones dentro del equipo multiprofesional respaldan el deseo de actuar colaborativamente.

De ahí la importancia de tener un buen acceso al equipo. En la UCI NEO puedo hablar con el médico todo el tiempo, con los enfermeros. El equipo tiene un sistema de reuniones para discutir casos y conductas y no solamente para discutir conductas, sino para discutir cambios. (P.TSO)

Aquí sentí que podíamos comunicarnos con el equipo y establecer objetivos juntos. El equipo multiprofesional de

rehabilitación, fisio, fono, nutri, psicólogo y enfermería, lo que nos motiva a querer compartir ideas. (P.FIS1)

Luego, médicos, enfermeros y otros profesionales acuden a mí para hacerme preguntas e intercambiar ideas. Es muy abierto y tranquilo, es un buen diálogo. (R.FIS)

En la UCI NEO cada caso se discute intensamente con todas las profesiones, hay un desarrollo conjunto, no se toma ninguna decisión sin ser discutida con la fono, enfermería, trabajo social. Se habla mucho de todo. Vemos como el otro es importante. (R.ENF2)

Hay personas más dispuestas, más accesibles, más fáciles de tratar, y con esas personas el trabajo fluye. (P.ENF1)

La formación de pregrado influye en el desarrollo de las prácticas interprofesionales, en las perspectivas de los residentes y de los preceptores de Trabajo Social y Psicología, quienes relataron dificultades para trabajar en el equipo multiprofesional, debido a las limitaciones en la comprensión de los aspectos biológicos del cuidado y la falta de reconocimiento de la importancia de los aspectos psicosociales por parte de otras profesiones, como la Odontología, cuya formación está dirigida a los aspectos anatómicos y fisiopatológicos de la boca, y no hay tanta predisposición al diálogo con estudiantes de otras profesiones del área de la salud.

Para la integración y la comprensión de los datos, se utilizó la técnica de *joint-display*, que se muestra en la Figura 1.

RESULTADO CUANTITATIVO	RESULTADO CUALITATIVO	INTEGRACIÓN
Disponibilidad para la Educación Interprofesional		
M _e * puntuación global: 112,7 Alta disponibilidad en 132 (90,41%) preceptores y 55 (94,82%) residentes.	Entrevistas <i>Los propios docentes tienen dificultad para poner nuestra profesión en las clases en un contexto interprofesional. Nuestra formación está aislada de la de todos los demás profesionales de la salud. Algo que también pasaba era un compañero enfermero que decía "ah, no me gustan los estudiantes, no quiero a nadie de la residencia conmigo".</i>	La mayoría de los participantes está disponible para la EIP [†] , pero existen dificultades para poner en práctica esta estrategia de aprendizaje.
Disponibilidad para la Práctica Colaborativa		
M _e * puntuación global: 126,6 Alta disponibilidad en 145 (99,31%) preceptores y 58 (100%) residentes.	Entrevistas <i>Tenemos dificultades para relacionarnos con otros profesionales. Todavía estamos avanzando hacia esto [prácticas interprofesionales]. Veo que terminamos intentando explicar a qué vinimos todo el tiempo.</i>	Casi todos los participantes tienen alta disponibilidad para el desarrollo de la PC [‡] . Las prácticas interprofesionales se dan, sin embargo, existen muchas barreras que dificultan su implementación.
Diferencias en la disponibilidad entre preceptores y residentes		
P valor < 0,05 [§] para FON y NUT [¶] Enfermería: 54,1%** de los preceptores y 27,6%** de los residentes P valor > 0,05 ^{††}	Entrevistas <i>Hay algunas profesiones en las que se nota que no quieren compartir conocimientos. A veces prefiero no hablar del caso dependiendo de quién sea el otro profesional. Estos profesionales tomaban la iniciativa para hacer las cosas sin los estudiantes. Hay personas que están más dispuestas [...] están más disponibles, son más accesibles, son más fáciles de tratar.</i>	Las diferencias en la disponibilidad y en la implementación de la EIP [†] y de la PC [‡] parecen estar estrechamente relacionadas con el perfil profesional. Aunque hubo diferencia significativa solamente entre residentes y preceptores de Fonoaudiología y Nutrición, se observó que otras profesiones también mostraron dificultades. Los factores que influyen en el desarrollo de las prácticas interprofesionales están vinculados a la relación y a la comunicación entre las personas.

*M_e = Media; [†]EIP = Educación Interprofesional; [‡]PC = Práctica Colaborativa; [§]Prueba U de Mann-Whitney; ^{||}FON = Fonoaudiología; [¶]NUT = Nutrición; ^{**}Mayor frecuencia de respuestas; ^{††}Prueba de Kruskal-Wallis

Figura 1 - *Joint-display* para la integración de los datos cuantitativos y cualitativos. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

Discusión

Las prácticas interprofesionales juegan un papel importante a la hora de fomentar el intercambio de experiencias entre equipos multiprofesionales y entre residentes de diferentes profesiones, promoviendo la centralidad del cuidado al paciente y la convergencia de áreas de conocimiento⁽¹⁻³⁾. En el contexto de este estudio, los hallazgos indican alta disponibilidad de los participantes para el desarrollo de las prácticas interprofesionales en los ámbitos educativos y de cuidado.

Cabe señalar que esta alta disponibilidad puede estar relacionada con el contexto en el que se encuentran los participantes, sobre todo teniendo en cuenta el entorno de los hospitales universitarios, que son favorables a la aplicación de innovaciones en la prestación de cuidados, debido a sus conexiones con universidades, lo que fomenta la enseñanza y la investigación⁽¹⁹⁾. Además, la RMS ofrece un enfoque diferenciado a los estudios de posgrado, permitiendo a residentes y preceptores la oportunidad de aprendizaje y práctica simultáneos, e incentivando la colaboración entre profesionales de diferentes áreas^(8-9,19). De este modo, se puede intensificar la conciencia de la importancia de la colaboración en la enseñanza y en el cuidado, promoviendo la disposición para las prácticas interprofesionales.

A pesar de esto, los participantes indican que la voluntad por sí sola no es suficiente para implementar prácticas interprofesionales consistentes en la RMS hospitalaria. Esto puede estar relacionado con las rutinas hospitalarias, que aún permanecen rígidas, con roles profesionales delimitados por fronteras históricamente definidas, a menudo marcadas por la falta de autonomía o por responsabilidades relacionadas con la ejecución técnica de los procedimientos. El predominio del modelo biomédico aún sitúa el diagnóstico y la curación como foco, resultando en la sobrevaloración de las prácticas médicas y en una menor autonomía y reconocimiento de otros profesionales, lo que impacta negativamente la valoración del trabajo colaborativo⁽¹⁹⁾.

El modelo biomédico mantiene su influencia histórica en el área de la salud, no solamente en los cuidados clínicos, sino también en la formación. Este estudio destaca que la formación de pregrado, salvo algunas iniciativas aisladas, muchas veces mantiene un enfoque disciplinario y uniprofesional del conocimiento, lo que puede limitar las oportunidades de los estudiantes de aprender unos de otros y entre ellos⁽⁶⁾. La falta de conciencia sobre la colaboración en los cursos de pregrado dificulta la formación de profesionales colaborativos. Además, esta brecha puede perpetuar un ciclo de resistencia o adopción parcial de prácticas

interprofesionales, especialmente en la medida en que estos estudiantes tengan dificultades para integrar conocimientos y acciones interprofesionales en futuros lugares de trabajo⁽²⁰⁾.

Sin embargo, atribuir parte de las dificultades del trabajo interprofesional a la formación de pregrado puede enmascarar las dificultades para comprender los límites establecidos dentro de cada área profesional, que parecen estar más definidos en Medicina, en comparación con otras profesiones⁽²¹⁾. La idea de necesitar aprender la profesión de cada uno para luego contribuir de manera interprofesional, entra en conflicto con la necesidad de que múltiples profesionales en su propia formación trabajen juntos, cada uno en su propio ámbito, y luego colaboren entre sí⁽⁵⁾. Otro punto crítico para el desarrollo de la EIP y de la PC, según indican los participantes en este estudio, son ciertas características profesionales, especialmente con relación a la comunicación, herramienta esencial en el área de la salud^(2,22). La comunicación ineficaz y la falta de apertura al diálogo interprofesional comprometen la enseñanza y el cuidado, perpetuando la fragmentación de las actividades asistenciales y del conocimiento.

Considerando un enfoque de la práctica interprofesional basado en competencias, la comunicación emerge como un atributo fundamental⁽²³⁻²⁴⁾. La comunicación eficaz, empática y no violenta no solamente facilita la colaboración interprofesional, sino que también crea entornos de aprendizaje saludables y prácticas de cuidados seguros, minimizando errores y promoviendo el cuidado⁽²⁴⁾. En este contexto, las habilidades comunicativas requieren capacitación y perfeccionamiento, permitiendo cambios positivos en las actitudes y comportamientos de los profesionales e incentivando un diálogo constante y acogedor dentro de la RMS.

Este estudio contribuye significativamente al avance del conocimiento en el área de la salud, abordando un tema de relevancia mundial. Para implementar prácticas interprofesionales es fundamental, entre otras acciones, medir la disponibilidad y comprender los factores que influyen en la adhesión de profesionales y estudiantes a este enfoque. La RMS aparece como una herramienta prometedora para la incorporación de estas prácticas en el contexto hospitalario brasileño, justificando plenamente su investigación.

Entre las limitaciones de este estudio se destaca la ausencia de profesores y tutores de la RMS como participantes, así como de pacientes y familiares, cuya inclusión podría enriquecer la comprensión del fenómeno, especialmente en el ámbito cualitativo. Además, la inclusión de profesionales y residentes de Medicina proporcionaría una visión integral de las dinámicas interprofesionales y su impacto en la disposición a

colaborar, ya que evaluar a los profesionales de la residencia multiprofesional sin considerar el papel del médico en el abordaje del paciente indica un sesgo de selección, ya que, después de todo, las acciones del equipo multiprofesional incluyen enfoques de todas las profesiones del área de la salud. Asimismo, los residentes y preceptores con actitudes más positivas hacia la EIP pueden haber tenido más probabilidades de participar en el estudio, lo que puede haber influido en los resultados.

Conclusión

El estudio presentó la disponibilidad para el desarrollo de prácticas interprofesionales de residentes y preceptores de una Residencia Multiprofesional en Salud hospitalaria. Los resultados cuantitativos indicaron una alta disponibilidad para la Educación Interprofesional y la Práctica Colaborativa entre los participantes y, a partir de la integración de los datos recolectados concomitantemente, los resultados cualitativos permitieron comprender los factores involucrados en esta disponibilidad para la EIP y la PC.

Pese a ello, la dificultad para desarrollar y mantener prácticas interprofesionales incluye la formación de pregrado y las características de los profesionales involucrados, como las dificultades en la comunicación entre profesiones y la apertura al diálogo. Estas dificultades pueden y deben observarse desde la perspectiva de las oportunidades, buscando perfeccionar las habilidades comunicativas de residentes, preceptores y profesionales en general, con miras a mejorar los procesos de enseñanza y de trabajo en el ámbito de las Residencias Multiprofesionales en Salud.

Referencias

- Schimith MD, Cesar-Vaz MR, Xavier DM, Cardoso LS. Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3390. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4044.3390>
- Katoue MG, Awad AI, Dow AW, Schwinghammer TL. Interprofessional education and collaborative practice in Kuwait: attitudes and perceptions of health sciences students. *J Interprof Care*. 2021;36(1):117-26. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1884537>
- Landi LCM, Baptista TWF, Nogueira CO. About health care in a general hospital. *Interface*. 2022;26:e210055. <https://doi.org/10.1590/interface.210055>
- Ingels DJ, Zajac SA, Kilcullen MP, Bisbey TM, Salas E. Interprofessional teamwork in healthcare: Observations

- and the road ahead. *J Interprof Care*. 2023;37(3):338-45. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2090526>
- Mattiazzi, S, Cottrell N, Ng N, Beckman E. Behavioural outcomes of interprofessional education within clinical settings for health professional students: A systematic literature review. *J Interprof Care*. 2024;38(2):294-307. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2170994>
- Saragih ID, Hsiao CT, Fann WC, Hsu CM, Septriani I, Lee SBO. Impacts of interprofessional education on collaborative practice of healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2024;136:106136. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106136>
- Prasitanarapun R, Kitreerawutiwong N. The development of an instrument to measure interprofessional collaboration competency for primary care teams in the district health system of health region 2, Thailand. *BMC Prim Care*. 2023;24:55. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02013-9>
- Bogossian F, New K, George K, Barr N, Dodd N, Hamilton AL, et al. The implementation of interprofessional education: a scoping review. *Adv Health Sci Educ*. 2023;28:243-77. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10128-4>
- Shuyi AT, Zikki LYT, Qi AM, Lin SKS. Effectiveness of interprofessional education for medical and nursing professionals and students on interprofessional educational outcomes: a systematic review. *Nurse Educ Pract*. 2024;74:103864. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103864>
- Maia JK, Rebouças ERN, Costa AMT, Araújo AJL Júnior, Araújo TL. Multiprofessional residence: contributions during the pandemic. *Cad ESP/CE [Internet]*. 2020 [cited 2024 Feb 29];14(1):128-32. Available from: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/365>
- Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Cross-cultural adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49:7-15. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>
- Toassi RFC, Meireles E, Peduzzi M. Inteprofessional practices and readiness for interprofessional learning among health students and graduates in Rio Grande do Sul, Brazil: a cross-sectional study. *J Interprof Care*. 2021;35:391-9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1773419>
- Madisa M, Filmalter CJ, Heyns T. Considerations for promoting the implementation of work-based interprofessional education programmes: A scoping review. *Nurse Educ Today*. 2023;120:e105617. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105617>

14. Gonçalves JRSN, Gonçalves RN, Rosa SV, Orsi JSR, Moysés SJ, Werneck RI. Impact of interprofessional education on the teaching and learning of higher education students: A systematic review. *Nurse Educ Pract.* 2021;56:e103212. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103212>
15. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):e1590016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>
16. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inform.* 2018;34(4):285-91. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
17. Abed MM, Pereira ERS, Grosseman S. Adaptação transcultural da Escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional. *Núcleo Conhec.* 2021;6(10):22-44. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/escala-jefferson>
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016. 288 p.
19. Blanco VM, Leonello VM, Souza CMSS, Vasconcelos RO, Agreli HF. Health residency programs in a university hospital: a potent training setting for interprofessional collaborative practice. *Interface.* 2023;27:e230305. <https://doi.org/10.1590/interface.230305>
20. Souza SV, Ferreira BJ, Rossit RAS. Challenges for faculty training in nursing courses in Northern Brazil from the perspective of interprofessional education. *Interface.* 2023;27:e220648. <https://doi.org/10.1590/interface.220648>
21. Soares P, Costa AR, Medeiros LMPO, Santos G, Carlomagno G, Batista NA, et al. Interprofessional education in undergraduate courses in health in Brazil: integrative review. *J Interprof Care.* 2024;38(3):499-506. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2273862>
22. Wei H, Horns P, Sears SF, Haug K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *J Interprof Care.* 2022;36(5):735-49. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>

23. Sezgin MG, Bektas H. Effectiveness of interprofessional simulation-based education programs to improve teamwork and communication for students in the healthcare profession: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nurse Educ Today.* 2023;120:e105619. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105619>
24. Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCABF. Construction and validity of the Interprofessional Communication in Health Scale. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(3):e202220483. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0483>

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: André Lucas Maffissoni, Jussara Gue Martini, Daniele Delacanal Lazzari, Carine Vendruscolo, Marina da Silva Sanes, Paula Bresolin.

Contribuciones específicas

Supervisión y gestión del proyecto: Jussara Gue Martini, Daniele Delacanal Lazzari.

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

Recibido: 05.03.2024
Aceptado: 18.07.2024

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem


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

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

Autor de correspondencia:

André Lucas Maffissoni

E-mail: andremaffissoni@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8700-6787>