



## Introdução

As práticas interprofissionais em saúde englobam um conjunto de ações executadas por equipes multiprofissionais, visando a elaboração e a execução coletivas de cuidados qualificados<sup>(1)</sup>. Diante da complexidade inerente aos cenários hospitalares, tanto em âmbito nacional quanto internacional, são propostas diversas estratégias destinadas a incentivar esse processo colaborativo, tais como a Educação Interprofissional (EIP) e a Prática Colaborativa (PC).

A EIP materializa-se por meio da coaprendizagem de estudantes oriundos de distintas áreas, visando à amplificação da colaboração e, por consequência, a otimização dos desfechos na saúde. A PC, por outro lado, pretende a convergência de profissionais da saúde com expertise variada, envolvendo pacientes, familiares, cuidadores e comunidades, com o intuito de gerar cuidados voltados à segurança do paciente<sup>(1-2)</sup>. Embora possuam diferenças conceituais, essas estratégias revelam-se interdependentes, uma vez que a colaboração no trabalho é impulsionada pelo aprendizado mútuo, e, inversamente, a aprendizagem colaborativa desenvolve-se em uma perspectiva unificada de atuação.

As práticas colaborativas podem ser fomentadas por meio de disciplinas curriculares ou mesmo de propostas a serem operacionalizadas nas diferentes ênfases, tais como encontros específicos com temas comuns, tutorias ou outras atividades deliberadas que, a partir do pensamento crítico, estabeleçam estratégias a serem discutidas e ações em conjunto para cada paciente<sup>(3)</sup>. Todavia, essa colaboração não ocorre sem obstáculos, especialmente no contexto hospitalar, uma vez que, apesar dos avanços na prestação de cuidados nesses cenários, persiste uma tendência ao cuidado uniprofissional, centrado no modelo biomédico, frequentemente ancorado na patologia<sup>(4-6)</sup>.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) hospitalar foi iniciada no ano de 2010, com o objetivo de contribuir para a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), traçando novas possibilidades de aprendizagem e trabalho, em um espaço historicamente marcado pela fragmentação do cuidado. Os méritos da RMS na melhoria dos cuidados hospitalares são inegáveis, embora persistam dificuldades para concretizar estratégias relacionadas às PC<sup>(7-10)</sup>.

Desta forma, é fundamental investigar se residentes, preceptores e tutores da RMS estão dispostos a desenvolverem o ensino, a aprendizagem e o cuidado, pautados em uma perspectiva interprofissional<sup>(11)</sup>. É desejável que esses profissionais desenvolvam atividades colaborativas, sensibilizados da importância do compartilhamento de responsabilidades acerca das demandas de cuidado. Estudos nacionais e internacionais

têm se dedicado à mensuração da disponibilidade como uma maneira de identificar problemas e promover o desenvolvimento das práticas interprofissionais<sup>(12-14)</sup>.

A importância da educação interprofissional em ambientes de aprendizagem clínica está alicerçada na oportunidade de desenvolver e integrar habilidades e competências no autêntico contexto sociocultural dos ambientes de cuidados de saúde nos quais os residentes trabalharão<sup>(5)</sup>. Assim, mensurar a disponibilidade, mesmo que por meio de instrumentos autorrelatados, pode fornecer evidências que apoiem intervenções personalizadas para promover competências colaborativas no trabalho em equipe, a fim de alcançar objetivos comuns<sup>(7)</sup>. A forma como os residentes percebem a prática real pode diferir de estereótipos ou crenças que possuíam antes da experiência colaborativa. Além disso, o local de prática pode não corresponder à sua percepção sobre o que seria uma prática interprofissional<sup>(7)</sup>.

Fatores relacionados ao ensino podem afetar a capacidade de formação de profissionais colaborativos, tais como a socialização, o contexto de aprendizagem e o desenvolvimento do corpo docente. Desta forma, o que é ensinado neste contexto deve convergir em termos de conteúdo, ou seja, competências colaborativas devem estimular o reconhecimento das atribuições de cada um dos profissionais<sup>(8)</sup>. Uma revisão sistemática, que possuía como objetivo avaliar a eficácia da educação interprofissional para profissionais e estudantes de Enfermagem e Medicina sobre suas atitudes, habilidades, conhecimentos e comportamentos, indicou que as evidências sobre esta eficácia são inconclusivas, demonstrando a necessidade de outros estudos sobre o tema<sup>(9)</sup>. Já uma revisão sistemática que teve como objetivo investigar os efeitos da educação interprofissional na prática colaborativa entre profissionais de saúde, demonstrou que é uma abordagem viável para melhorar atitudes e respeito mútuo entre estes profissionais, bem como indicou que outras pesquisas são necessárias, considerando o desenvolvimento e a incorporação da EIP nos currículos, o baixo custo e os benefícios deste método de aprendizagem<sup>(6)</sup>.

Esta investigação partiu da seguinte questão de pesquisa: qual o grau de disponibilidade de residentes e preceptores para as práticas interprofissionais, e quais fatores influenciam essa disposição? O objetivo do estudo foi avaliar o nível de disponibilidade de residentes e de preceptores para as práticas interprofissionais.

## Método

Estudo de métodos mistos do tipo triangulação concomitante, em que os dados quantitativos e qualitativos

são coletados concomitantemente e depois mixados. Este *design* de estudo misto atribui o mesmo peso para as duas etapas (QUAN + QUAL), dado que ambas possuem a mesma relevância para o alcance dos objetivos<sup>(15)</sup>. A mixagem de dados foi realizada por integração, processo no qual os elementos são fundidos e geram informações que se apoiam mutuamente para a compreensão do objeto do estudo<sup>(15)</sup>. A escolha dessa abordagem foi influenciada pelo conhecimento prévio do programa de residência, no sentido de que este é desenvolvido no hospital em que os pesquisadores trabalham, reconhecendo, portanto, as interações complexas entre residentes, preceptores, professores e tutores. Desta forma, ao saber da intencionalidade empírica de haver práticas interprofissionais, manifestadas continuamente em aulas e tutorias por todos os envolvidos nos processos de ensino e aprendizagem, optou-se por atribuir o mesmo peso às etapas quanti e qualitativas, intencionando investigar o fenômeno de maneira concomitante.

A etapa quantitativa foi realizada a partir de um estudo observacional, do tipo transversal descritivo-analítico, com coleta de dados a partir da aplicação de duas escalas, delineado de acordo com o *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Na etapa qualitativa, foi desenvolvida uma pesquisa exploratório-descritiva, com entrevistas, norteadas pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). Para cumprimento do rigor metodológico do estudo misto, utilizou-se o guia *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT)<sup>(16)</sup>.

## Cenário

Estudo realizado no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvida no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

A RIMS foi criada no HU-UFSC no ano de 2010, a partir de parceria entre os Departamentos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, com a diretoria do HU. O ingresso de residentes ocorre anualmente, com um processo seletivo que dispõe de 36 vagas em três áreas de concentração: Atenção em Urgência e Emergência, Atenção em Alta Complexidade em Saúde e Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.

## População

Os participantes do estudo foram residentes do primeiro e segundo anos, de todas as profissões envolvidas

na RIMS, e preceptores que realizavam supervisão direta aos residentes. Destaca-se que os pesquisadores envolvidos neste estudo não exercem o papel de preceptores na residência. Parte dos pesquisadores atua como tutor ou professor, e estes grupos não compuseram a amostra. Ressalta-se, ainda, que estes últimos não participaram da coleta de dados em nenhum momento.

## Critérios de seleção

Como critérios para participar do estudo foram adotados: 1) residentes: estar regularmente matriculado no programa; e 2) preceptores: possuir qualquer vínculo (servidor ou empregado público) com a instituição hospitalar e exercer atividade de supervisão direta com os residentes. Excluíram-se aqueles residentes e preceptores que estavam afastados.

## Definição da amostra e participantes

A definição da amostra na etapa quantitativa foi realizada por estratégias diferentes para residentes e preceptores. No caso dos residentes, o quantitativo de matriculados no ano de 2022 era de 36 residentes do primeiro ano (R1) e 27 residentes do segundo ano (R2), totalizando 63 residentes. Para os preceptores, calculou-se a média de profissionais em escala de trabalho em um período de três meses (fevereiro, março e abril de 2022). Isto se deu em função do alto absenteísmo e da rotatividade dos profissionais. O cálculo inicial da amostra indicou 204 profissionais elegíveis, e, após os critérios de inclusão, constitui-se em 165 profissionais.

A etapa qualitativa do estudo foi composta por 26 participantes (dentre aqueles que participaram da primeira etapa). As entrevistas foram realizadas em local reservado dentro da instituição hospitalar, pelo pesquisador principal. O tempo médio das entrevistas foi de 27 minutos, com amplitude variando entre 18 e 38 minutos. As entrevistas transcritas foram encaminhadas individualmente para cada participante, para validação do conteúdo escrito, fazendo-se alterações quando solicitado pelo entrevistado.

## Instrumentos utilizados

Para a coleta dos dados quantitativos foram utilizadas as escalas *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS)<sup>(11)</sup> e Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)<sup>(17)</sup>, ambas validadas para o português brasileiro.

A RIPLS, que avalia a disponibilidade dos sujeitos para o desenvolvimento da EIP, é composta por 27 itens e dividida em três fatores: O Fator 1 é denominado de

Trabalho em Equipe e Colaboração e está relacionado com atitudes positivas à disponibilidade para aprendizagem compartilhada, confiança e respeito entre as áreas profissionais; o Fator 2 é titulado como Identidade Profissional e se relaciona com aspectos específicos das profissões e autonomia profissional; e o Fator 3 é nominado como Atenção à Saúde Centrada no Paciente, relacionando-se com atitudes positivas direcionadas às necessidades de saúde na ótica do paciente. A pontuação global da RIPLS varia entre 27 e 135 pontos, sendo 70, 40 e 25 a pontuação máxima para os Fatores 1, 2 e 3, respectivamente<sup>(11)</sup>.

A escala EJARCI, adaptada e validada no Brasil no ano de 2016, é voltada para a análise das atitudes relacionadas à PC, e é composta por 20 questões, sendo 140 a pontuação máxima<sup>(17)</sup>. Nas duas escalas, a disponibilidade para a EIP e a PC está diretamente relacionada à pontuação, assim, quanto mais pontos o respondente obtiver, maior sua disponibilidade para a EIP. Ressalta-se que a RIPLS e a EJARCI foram complementadas com uma seção destinada à caracterização dos participantes.

Para a coleta de dados qualitativos, as entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado, com perguntas sobre como os participantes vivenciavam as práticas interprofissionais no seu cotidiano, a abertura para o desenvolvimento, as dificuldades, as potencialidades e os aspectos passíveis de mudanças. Este roteiro não foi validado, mas realizou-se teste piloto com ex-preceptores e ex-residentes, que não compuseram a amostra e cujos dados não integraram o estudo.

### Coleta de dados

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados entre maio de 2022 e fevereiro de 2023. Os dados quantitativos foram coletados por bolsista contratada, mestranda na mesma instituição, sem relação com a RMS e que foi treinada sobre os instrumentos e como aplicá-los. Os participantes tiveram a liberdade de preencher os formulários impressos no momento de recebimento ou levá-los para casa e devolvê-los posteriormente. Após a definição da amostra, iniciou-se a distribuição e aplicação dos instrumentos, em concomitância com a realização das entrevistas, que foram feitas pelo pesquisador principal.

Na etapa qualitativa, para participação nas entrevistas, os residentes e preceptores foram contatados por e-mail e/ou telefone. Os convites foram realizados de forma aleatória, mas foi observada a representatividade no número de preceptores e residentes com relação às categorias profissionais. Para garantir a imparcialidade, utilizou-se estratégia de aleatorização baseada em critérios específicos, sem interferência direta dos pesquisadores na

seleção dos entrevistados. Isso foi feito de forma manual, sem o uso de *software* aleatorizador, para assegurar uma amostra representativa e variada. Não houve negativas para participação nas entrevistas.

### Tratamento e análise dos dados

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizado o *software IBM SPSS Statistics 25.0*. Utilizou-se a estatística descritiva a partir de medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou amplitude interquartil) para a análise dos dados contínuos, enquanto a análise de frequências absolutas e relativas foi utilizada para os dados categóricos. Para a análise bivariada, a verificação da normalidade dos dados foi realizada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov com ajuste de Lilliefors sobre todas as categorias (dados sociodemográficos e escalas RIPLS e EJARCI), indicando a adoção da hipótese alternativa de não normalidade ( $p < 0,05$ ) para todas. Para comparações entre os participantes foram utilizados os testes não paramétricos U de Mann-Whitney para duas variáveis independentes e Kruskal-Wallis para três ou mais variáveis independentes, e, neste último, quando houve rejeição da  $H_0$ , a análise de *post hoc* de Dunn.

Com relação às escalas, ressalta-se que os itens 10, 11, 12, 17, 19 e 21 da RIPLS e os itens 3, 5, 8, 9, 12, 15, 16 e 19 da EJARCI se referem a atitudes negativas relacionadas à EIP e à PC, e, diante disso, para a análise dos dados, os escores foram invertidos. Para determinar com precisão a disponibilidade dos participantes para a EIP e a PC, optou-se por fragmentar a pontuação em quartis. Desta forma, cada 25% da pontuação global possível de se alcançar nas duas escalas correspondeu a um dos seguintes níveis de disponibilidade para o aprendizado e para a prática interprofissional, que são: não disponível, baixa disponibilidade, moderada disponibilidade e alta disponibilidade.

Com relação à idade, para fins de análise, os preceptores foram divididos em um grupo de até 39 anos e em outro acima de 39 anos, considerando-se que a mediana de idade foi de 39 anos. Para os residentes, foram considerados um grupo entre 20 e 29 anos e outro entre 30 e 39 anos, em virtude de não haver residentes abaixo de 20 anos e acima de 39 anos na amostra.

Para a organização dos dados qualitativos, as entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra. Para a confiabilidade dos dados qualitativos, três dos pesquisadores deste estudo realizaram a discussão e a validação dos temas e subtemas oriundos dos depoimentos dos participantes, coletados a partir de entrevista semiestruturada. A opção por utilizar

uma metodologia mista também contribuiu para a confiabilidade dos dados qualitativos, pois foi possível identificar a mixagem dos resultados quantitativos obtidos concomitantemente, continuamente ampliando a compreensão do fenômeno investigado.

As informações provenientes das entrevistas foram analisadas qualitativamente por meio da análise temática de conteúdo, proposta por Bardin<sup>(18)</sup>. O processo analítico foi realizado em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. Utilizou-se o *software* ATLAS.ti para as três etapas da análise de conteúdo, gerando 29 *codes* (unidades de registro) e 350 *quotations* (unidades de contexto). A partir destas unidades, foram realizadas a intersecção das interpretações dos dados e a categorização temática.

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer n.º 5.256.168. Foram cumpridos todos os princípios apresentados pelas Resoluções n.º 466/2012 e n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as etapas da pesquisa foram previamente explicadas aos participantes e esclarecida a participação facultativa

em qualquer uma delas. Todos os participantes tiveram conhecimento e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a preservação da identidade, os participantes foram identificados com a letra R de residente ou P de preceptor e a respectiva sigla da categoria profissional à qual pertenciam. Quando houve mais de um participante da mesma profissão, foram enumerados com algarismos arábicos (1 ou 2).

### Resultados

Participaram da pesquisa 146 preceptores e 58 residentes. Respeitou-se o Índice de Confiança (IC) de 95% e uma margem de erro de 5%. Com relação aos dados sociodemográficos, houve predominância de participantes do sexo feminino, tanto no grupo de preceptores quanto no grupo de residentes. A idade mínima dos participantes foi de 22 anos, e a máxima foi 62 anos. As oito profissões integrantes da RMS tiveram representação similar em termos de quantidade de participantes, excetuando-se a Enfermagem, que apresentou maior número quando comparado com todas as outras, uma vez que é a profissão com maior quantidade de vagas no programa. Na Tabela 1 é possível observar o detalhamento das características dos participantes.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos residentes e preceptores de acordo com a frequência para variáveis categóricas e mediana para variáveis contínuas. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

Variável	N* (%) ou mediana (mínimo-máximo)	
	Preceptores (N*=146)	Residentes (N*=58)
<b>Idade</b>	39 [27,0 – 62,0]	25 [22,0 – 35,0]
<b>Sexo</b>		
Masculino	19 (13,0%)	12 (20,7%)
Feminino	127 (87,0%)	46 (79,3%)
<b>Profissão</b>		
Enfermagem	79 (54,1%)	16 (27,6%)
Fonoaudiologia	9 (6,2%)	03 (5,2%)
Psicologia	10 (6,8%)	11 (19,0%)
Farmácia	11 (7,5%)	7 (12,1%)
Serviço Social	13 (8,9%)	11 (19,0%)
Fisioterapia	8 (5,5%)	2 (3,4%)
Nutrição	12 (8,2%)	5 (8,6%)
Odontologia	4 (2,7%)	3 (5,2%)
<b>Área de concentração da RMS†</b>		
Alta Complexidade	93 (63,7%)	37 (63,8%)
Urgência e Emergência	13 (8,9%)	11 (19,0%)
Saúde da Mulher e da Criança	40 (27,4 %)	10 (17,2%)

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	N* (%) ou mediana (mínimo-máximo)	
	Preceptores (N*=146)	Residentes (N*=58)
<b>Tempo de formado</b>		
Até 2 anos	NA <sup>‡</sup>	26 (44,8%)
2 a 5 anos	NA <sup>‡</sup>	30 (51,7%)
Mais de 5 anos	NA <sup>‡</sup>	2 (3,4%)
<b>Ano da RMS<sup>†</sup></b>		
Primeiro ano (R1)	NA <sup>‡</sup>	35 (60,3%)
Segundo ano (R2)	NA <sup>‡</sup>	23 (39,7%)
<b>Experiência profissional</b>		
Até 2 anos	1 (0,7%)	NA <sup>‡</sup>
3 e 5 anos	8 (5,5%)	NA <sup>‡</sup>
6 e 10 anos	34 (23,3%)	NA <sup>‡</sup>
Mais de 10 anos	103 (70,5%)	NA <sup>‡</sup>
<b>Tempo de atuação como preceptor</b>		
Até 2 anos	27 (18,5%)	NA <sup>‡</sup>
Entre 3 e 5 anos	53 (36,3%)	NA <sup>‡</sup>
Entre 6 e 10 anos	43 (29,5%)	NA <sup>‡</sup>
Mais de 10 anos	22 (15,1%)	NA <sup>‡</sup>
Não respondeu	1 (0,6%)	NA <sup>‡</sup>

\*N = Amostra; <sup>†</sup>RMS = Residência Multiprofissional em Saúde; <sup>‡</sup>NA = Não se aplica

Com relação à disponibilidade, todos os participantes se encaixaram nos percentis de moderada e alta disponibilidade, tanto para a EIP, avaliada pela RIPLS, como para a PC, avaliada pela EJARCI. Para preceptores, a proporção na RIPLS foi de 90,41% (132) com alta disponibilidade e 9,58% (14) com moderada disponibilidade; na EJARCI a proporção foi de 99,31%

(145) com alta disponibilidade e 0,68% (1) com moderada disponibilidade. Para residentes, a proporção na RIPLS foi de 94,82% (55) com alta disponibilidade e 5,17% (3) com moderada disponibilidade; na EJARCI todos os 58 residentes atingiram alta disponibilidade. A Tabela 2 apresenta a pontuação global das duas escalas para residentes e preceptores.

Tabela 2 - Pontuação dos Fatores 1, 2 e 3 da escala RIPLS\* e pontuação global das escalas RIPLS\* e EJARCI<sup>†</sup>. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

	Dimensões RIPLS*			Escore	Escore
	Fat 1 <sup>‡</sup>	Fat 2 <sup>§</sup>	Fat 3 <sup>  </sup>	RIPLS*	EJARCI <sup>†</sup>
<b>Preceptores (N<sup>†</sup>=146)</b>					
Média	59,4	31,0	22,2	112,7	126,6
Desvio-padrão	5,5	2,9	2,2	8,2	8,4
Mediana	60,0	31,0	23,0	113,0	128,0
Pontuação mínima	43	22	16	89	100
Pontuação máxima	69	39	25	130	140
<b>Residentes (N<sup>†</sup>=58)</b>					
Média	61,0	31,1	22,7	114,9	128,7
Desvio-padrão	4,0	2,9	2,2	6,9	7,6
Mediana	61,0	31,0	23,0	115,5	131,0
Pontuação mínima	51	23	17	95	108
Pontuação máxima	66	37	25	128	140

\*RIPLS = *Readiness for Interprofessional Learning Scale*; <sup>†</sup>EJARCI = Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; <sup>‡</sup>Fat 1 = Fator 1; <sup>§</sup>Fat 2 = Fator 2; <sup>||</sup>Fat 3 = Fator 3; <sup>†</sup>N = Amostra

Na comparação entre preceptores de diferentes profissões, não houve diferenças sugestivas nas pontuações da RIPLS e da EJARCI, contudo, observou-se menor mediana na pontuação global das duas escalas nos preceptores enfermeiros (RIPLS = 112 e EJARCI = 122). O mesmo ocorreu quando foram realizados os testes comparando residentes de diferentes profissões, no entanto, as menores medianas observadas neste caso foram no Serviço Social para a RIPLS (109) e na Fonoaudiologia para a EJARCI (123).

Especificamente para o tempo de formado, houve diferença sugestiva ( $P < 0,014$ ) para o Fator 1 da RIPLS - Trabalho em Equipe e Colaboração. No teste *post hoc*, a diferença foi encontrada entre os residentes com tempo de formado de até 2 anos e entre aqueles com mais de 5 anos.

Na comparação das pontuações globais entre preceptores e residentes de uma mesma profissão, os resultados indicam diferenças em duas profissões, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Comparação da pontuação global nas escalas RIPLS\* e EJARCI<sup>†</sup> de acordo com preceptores e residentes de uma mesma profissão. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

Profissão	Dimensões da RIPLS*			Escore	
	Fat 1 <sup>‡</sup>	Fat 2 <sup>§</sup>	Fat 3 <sup>  </sup>	RIPLS*	EJARCI <sup>†</sup>
<b>ENF<sup>†</sup></b>					
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
<b>FAM<sup>††</sup></b>					
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
<b>FSI<sup>††</sup></b>					
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
<b>FON<sup>§§</sup></b>					
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	<b>0,018</b>	<b>0,036</b>
<b>NUT<sup>   </sup></b>					
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**	<b>0,004</b>	0,442	0,082	<b>0,001</b>	<b>0,037</b>
<b>ODO<sup>   </sup></b>					
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

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Profissão	Dimensões da RIPLS*			Escore	
	Fat 1 <sup>§</sup>	Fat 2 <sup>§</sup>	Fat 3 <sup>  </sup>	RIPLS*	EJARCI <sup>†</sup>
<b>PSI***</b>					
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
<b>SSO†††</b>					
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 Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; †Fat 1 = Fator 1; ††Fat 2 = Fator 2; †††Fat 3 = Fator 3; †ENF = Enfermagem; †††Teste U de Mann Whitney; ††FAM = Farmácia; ††FIS = Fisioterapia; ††FON = Fonoaudiologia; †††NUT = Nutrição; ††ODO = Odontologia; †††PSI = Psicologia; †††SSO = Serviço Social

A hipótese nula adotada foi de que a distribuição da pontuação seria a mesma entre residentes e preceptores. Rejeitou-se essa hipótese para Fonoaudiologia na pontuação global da RIPLS ( $U = 1,500$ ;  $p < 0,018$ ) e na pontuação global da EJARCI ( $U = 2,500$ ;  $p < 0,036$ ). Rejeitou-se também para Nutrição na pontuação do Fator 1 da RIPLS ( $U = 4,500$ ;  $p < 0,004$ ), pontuação global da RIPLS ( $U = 2,500$ ;  $p < 0,001$ ) e pontuação global da EJARCI ( $U = 10,500$ ;  $p < 0,037$ ).

A análise temática indicou que o processo de formação na graduação e a resistência de alguns profissionais são duas das principais oportunidades de melhorar a disponibilidade. Já a disposição para o diálogo horizontal e a colaboração da equipe multiprofissional, tanto entre preceptores como residentes, foram evidenciadas como as principais potencialidades.

A formação dos profissionais, em sua maioria na perspectiva uniprofissional, desempenha papel limitador para as práticas interprofissionais, em função da falta de reconhecimento das funções dos colegas de outra categoria profissional, como pode ser observado nos depoimentos.

*Ainda estamos nos encaminhando para isso [práticas interprofissionais], não é algo específico daqui, mas decorre da nossa formação também, que é só voltada para a nossa categoria profissional, não temos conhecimento da parte técnica dos outros profissionais para que eles tomem as condutas que vemos eles tomando.* (P.FON)

*Os próprios professores têm dificuldade de colocar nossa profissão nas aulas em um contexto interprofissional. Eu até entendo, porque apesar de sermos todas profissões da saúde, somos formados separados e existem segmentos diferentes dentro de cada profissão, então entendo a dificuldade.* (R.ODO1)

*Como dificuldade, principalmente nas aulas, eu tenho por não ter formação clínica, nós não vemos nada sobre o corpo [anatomia, fisiologia etc.], a nossa formação é isolada de todos os outros profissionais da saúde. Então às vezes eu nem entendo do que estão falando, a maioria das coisas eu preciso ficar perguntando do que se trata.* (R.SSO1)

*Temos dificuldades de ter relações com outros profissionais, por estar muito restrito à nossa área. Na Odontologia, infelizmente, temos uma formação que não envolve outros profissionais, então temos como consequência essa dificuldade de saber como trabalhar com todo mundo para suprir as necessidades dos pacientes.* (R.ODO2)

*Eu vejo que acabamos tentando explicar a todo momento ao que a gente veio. Eu vejo mais que a Psicologia e o Serviço Social precisam muito provar o porquê estão ali, as pessoas têm dificuldade para demandar o Serviço Social ou a Psicologia, muito em função da formação na graduação também, que é mais isolada das outras profissões.* (R.PSI1)

Com relação ao perfil profissional, as influências ocorrem devido à resistência de alguns profissionais em desenvolver a colaboração tanto para o ensino como para o trabalho. Há receio de compartilhar informações e tendência em agir de forma autônoma, principalmente quando envolve estudantes ou residentes.

*Tem muita resistência do pessoal, é muito... não sei se é a palavra certa, mas egoísmo. Tem algumas profissões que percebemos que eles não querem compartilhar o conhecimento porque têm medo de que os outros saibam mais do que eles, isso desanima a gente, como vamos aprender juntos deste jeito?* (R.FAM1)

*Tem colega enfermeiro que falava "eu não gosto de aluno, não quero ninguém da residência comigo". Esses profissionais faziam as coisas sem os estudantes, para fazer mais rápido, o que acabava deixando-os sem vontade de aprender.* (P.ENF1)

*Vemos quem está de plantão, procuramos uma pessoa que já conhecemos, que sabemos que tem uma postura mais amigável, mais sensibilidade, mais colaborativo. Às vezes eu prefiro não discutir o caso dependendo de quem é o outro profissional, porque sei que não vai evoluir, não vai me escutar.* (P.SSO)

Em contrapartida, o acesso facilitado e o diálogo horizontal influenciam no desejo de querer aprender a trabalhar de modo colaborativo na disponibilidade. O diálogo efetivo e a paridade no peso das contribuições na equipe multiprofissional sustentam a vontade de atuar colaborativamente.

*Por isso a importância de ter um bom acesso à equipe. Na UTI NEO eu consigo dialogar com o médico o tempo todo, com a enfermagem. A equipe tem uma sistemática de reunião para discussão de casos e das condutas e não somente para discussão das condutas, mas discussão das mudanças.* (P.SSO)

*Aqui eu senti que conseguimos nos comunicar com a equipe e traçar objetivos junto com a equipe. A equipe multiprofissional da reabilitação, fisio, fono, nutri, psicólogo e a enfermagem, o que nos motiva a querer compartilhar ideias.* (P.FIS1)

*Então, os médicos, enfermeiros e outros profissionais chegam até mim para perguntar e trocar ideias. É bem aberto e tranquilo, é um diálogo bom.* (R.FIS)

*Na UTI NEO, é muito discutido cada caso com todas as profissões, tem todo um desenvolvimento conjunto, nenhuma decisão é tomada sem ser conversada com a fono, enfermagem, serviço social. Tudo é muito conversado. Enxergamos o quanto o outro é importante.* (R.ENF2)

*Tem pessoas que se dispõem mais, são mais acessíveis, mais fáceis de lidar, e com essas pessoas o trabalho flui.* (P.ENF1)

A formação de graduação exerce influência no desenvolvimento de práticas interprofissionais, nas perspectivas dos residentes e dos preceptores do Serviço Social e da Psicologia, que relataram dificuldades para atuar na equipe multiprofissional, devido às limitações de compreensão dos aspectos biológicos do cuidado e ao não reconhecimento da importância dos aspectos psicossociais por parte das outras profissões, como por exemplo, a Odontologia, cuja formação é direcionada aos aspectos anatômicos e fisiopatológicos da boca, e não há tanta predisposição ao diálogo com estudantes de outras profissões da área da saúde.

Para a integração e a compreensão dos dados, utilizou-se a técnica de *joint-display*, apresentado na Figura 1.

RESULTADO QUANTITATIVO	RESULTADO QUALITATIVO	INTEGRAÇÃO
<b>Disponibilidade para a Educação Interprofissional</b>		
M <sub>g</sub> * pontuação global: 112,7 Alta disponibilidade em 132 (90,41%) preceptores e 55 (94,82%) residentes.	<b>Entrevistas</b> <i>Os próprios professores têm dificuldade de colocar nossa profissão nas aulas em um contexto interprofissional. A nossa formação é isolada de todos os outros profissionais da saúde. Algo que acontecia também era colega enfermeiro que falava "ah, eu não gosto de aluno, não quero ninguém da residência comigo".</i>	A maioria dos participantes está disponível para a EIP <sup>†</sup> , mas existem dificuldades para colocar em prática essa estratégia de aprendizagem.
<b>Disponibilidade para a Prática Colaborativa</b>		
M <sub>g</sub> * pontuação global: 126,6 Alta disponibilidade em 145 (99,31%) preceptores e 58 (100%) residentes.	<b>Entrevistas</b> <i>A gente tem dificuldades de ter relações com outros profissionais. Ainda estamos nos encaminhando para isso [práticas interprofissionais]. Eu vejo que a gente acaba tentando explicar a todo momento ao que a gente veio.</i>	Quase a totalidade dos participantes possui alta disponibilidade para o desenvolvimento da PC <sup>‡</sup> . As práticas interprofissionais ocorrem, contudo, existem muitas barreiras que prejudicam sua efetivação.
<b>Diferenças na disponibilidade entre preceptores e residentes</b>		
P valor < 0,05 <sup>§</sup> para FON <sup>  </sup> e NUT <sup>¶</sup>  Enfermagem: 54,1%** dos preceptores e 27,6%** dos residentes P valor > 0,05 <sup>††</sup>	<b>Entrevistas</b> <i>Tem algumas profissões que dá para ver que eles não querem compartilhar o conhecimento. Às vezes eu prefiro não discutir o caso dependendo de quem é o outro profissional. Esses profissionais tomavam a frente para fazer as coisas sem os estudantes. Tem aquelas pessoas que se dispõem mais [...] estão mais disponíveis, são mais acessíveis, mais fáceis de lidar.</i>	As diferenças na disponibilidade e na implementação da EIP <sup>†</sup> e da PC <sup>‡</sup> parecem estar estreitamente relacionadas com o perfil profissional. Apesar de ter existido diferença significativa somente entre residentes e preceptores da Fonoaudiologia e da Nutrição, observa-se que as outras profissões também sinalizam dificuldades. Os fatores que influenciam o desenvolvimento das práticas interprofissionais estão vinculados com o relacionamento e a comunicação entre as pessoas.

\*M<sub>g</sub> = Média; <sup>†</sup>EIP = Educação Interprofissional; <sup>‡</sup>PC = Prática Colaborativa; <sup>§</sup>Teste U de Mann-Whitney; <sup>||</sup>FON = Fonoaudiologia; <sup>¶</sup>NUT = Nutrição; <sup>\*\*</sup>Maior frequência de respostas; <sup>††</sup>Teste Kruskal-Wallis

Figura 1 - *Joint-display* para a integração dos dados quantitativos e qualitativos. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

## Discussão

As práticas interprofissionais desempenham um papel importante ao fomentar o compartilhamento de experiências entre equipes multiprofissionais e entre residentes de diferentes profissões, promovendo a centralidade do cuidado no paciente e a convergência das áreas do conhecimento<sup>(1-3)</sup>. No contexto deste estudo, os achados indicam alta disponibilidade dos participantes para o desenvolvimento das práticas interprofissionais nos âmbitos educacionais e de cuidado.

Destaca-se que essa alta disponibilidade pode estar relacionada ao contexto em que os participantes estão inseridos, especialmente considerando o ambiente de hospitais universitários, propícios à implementação de inovações na prestação de cuidados, devido às suas conexões com universidades, o que fomenta o ensino e a pesquisa<sup>(19)</sup>. Adicionalmente, a RMS oferece uma abordagem diferenciada de pós-graduação, permitindo aos residentes e preceptores a oportunidade de aprendizado e prática simultâneos, e incentivando a colaboração entre profissionais de diversas áreas<sup>(8-9,19)</sup>. Assim, a sensibilização para a importância da colaboração no ensino e no cuidado pode ser intensificada, promovendo disposição para as práticas interprofissionais.

Apesar disso, os participantes indicam que a disposição por si só não é suficiente para implementar práticas interprofissionais consistentes na RMS hospitalar. Isso pode estar relacionado às rotinas hospitalares, que ainda permanecem rígidas, com papéis profissionais delimitados por fronteiras historicamente definidas, muitas vezes marcadas pela ausência de autonomia ou por responsabilidades relacionadas à execução técnica de procedimentos. O predomínio do modelo biomédico ainda coloca o diagnóstico e a cura como foco, resultando na supervalorização das práticas médicas e na menor autonomia e reconhecimento dos demais profissionais, o que impacta negativamente a valorização do trabalho colaborativo<sup>(19)</sup>.

O modelo biomédico mantém sua histórica influência na área da saúde, não apenas nos cuidados clínicos, mas também na formação. Esse estudo destaca que a formação na graduação, exceto por algumas iniciativas isoladas, frequentemente mantém uma abordagem disciplinar e uniprofissional do conhecimento, o que pode limitar as oportunidades para os estudantes aprenderem uns com os outros e entre si<sup>(6)</sup>. A falta de sensibilização para a colaboração na graduação dificulta a formação de profissionais colaborativos. Além disso, essa lacuna pode perpetuar um ciclo de resistência ou adoção parcial

de práticas interprofissionais, especialmente à medida que estes estudantes tenham dificuldades em integrar conhecimentos e ações interprofissionais nos futuros locais de atuação<sup>(20)</sup>.

Contudo, atribuir à formação na graduação parte das dificuldades de trabalhar de maneira interprofissional pode mascarar as dificuldades de entender os limites estabelecidos dentro de cada área profissional, o que parece ser mais definido na Medicina, em comparação às demais profissões<sup>(21)</sup>. A ideia de precisar aprender a profissão do outro para, então, contribuir interprofissionalmente, conflita com a necessidade de múltiplos profissionais em suas próprias formações trabalharem juntos, cada um em seu escopo, para então colaborarem entre si<sup>(5)</sup>. Outro ponto crítico para o desenvolvimento da EIP e da PC, como indicado pelos participantes deste estudo, são determinadas características profissionais, especialmente com relação à comunicação, ferramenta essencial na área da saúde<sup>(2,22)</sup>. Uma comunicação ineficaz e a falta de abertura para o diálogo interprofissional comprometem o ensino e o cuidado, perpetuando a fragmentação das atividades assistenciais e do conhecimento.

Considerando uma abordagem baseada em competências para a prática interprofissional, a comunicação emerge como um atributo fundamental<sup>(23-24)</sup>. A comunicação efetiva, empática e não-violenta não apenas facilita a colaboração interprofissional, mas também cria ambientes de aprendizado saudáveis e práticas de cuidados seguros, minimizando erros e promovendo o cuidado<sup>(24)</sup>. Nesse contexto, habilidades de comunicação demandam treinamento e aprimoramento, possibilitando mudanças positivas nas atitudes e comportamentos dos profissionais e estimulando o diálogo constante e acolhedor no âmbito da RMS.

Este estudo contribui significativamente para o avanço do conhecimento na área da saúde, abordando uma temática globalmente relevante. Para efetivar práticas interprofissionais, é essencial, dentre outras ações, mensurar a disponibilidade e compreender os fatores que influenciam a adesão de profissionais e estudantes a essa abordagem. A RMS surge como uma ferramenta promissora para a incorporação dessas práticas no contexto hospitalar brasileiro, justificando plenamente sua investigação.

Dentre as limitações deste estudo, aponta-se a ausência de professores e tutores da RMS como participantes, bem como de pacientes e familiares, cuja inclusão poderia enriquecer a compreensão do fenômeno, especialmente no âmbito qualitativo. Além disso, a inclusão de profissionais e residentes da Medicina proporcionaria uma visão abrangente das

dinâmicas interprofissionais e seu impacto na disposição para a colaboração, pois avaliar os profissionais da residência multiprofissional sem considerar a figura do médico na abordagem ao paciente indica um viés de seleção, afinal, as ações da equipe multiprofissional incluem abordagens de todas as profissões da área da saúde. Ademais, residentes e preceptores com atitudes mais positivas em relação à EIP podem ter sido mais propensos a participar do estudo, o que pode ter influenciado os resultados.

## Conclusão

O estudo apresentou a disponibilidade para o desenvolvimento de práticas interprofissionais de residentes e preceptores de uma Residência Multiprofissional em Saúde hospitalar. Os resultados quantitativos indicaram alta disponibilidade para a Educação Interprofissional e a Prática Colaborativa entre os participantes e, a partir da integração dos dados coletados de maneira concomitante, os resultados qualitativos possibilitaram a compreensão dos fatores envolvidos nesta disponibilidade para a EIP e a PC.

Apesar disso, assinala-se como dificuldade para o desenvolvimento e manutenção das práticas interprofissionais a formação na graduação e as características dos profissionais envolvidos, tais como as dificuldades de comunicação entre as profissões e de abertura ao diálogo. Estas dificuldades podem e devem ser observadas sob a perspectiva de oportunidades, buscando-se aperfeiçoamento das habilidades de comunicação dos residentes, preceptores e profissionais em geral, com vistas à melhoria dos processos de ensino e de trabalho no âmbito das Residências Multiprofissionais em Saúde.

## Referências

1. 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>
2. 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>
3. Landi LCM, Baptista TWF, Nogueira CO. About health care in a general hospital. *Interface*. 2022;26:e210055. <https://doi.org/10.1590/interface.210055>

4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. 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>
8. 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>
9. 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>
10. 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>
11. Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Cross-cultural adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49:7-15. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>
12. 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>
13. 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, Haung 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>

---

## Contribuição dos autores

### Contribuições obrigatórias

**Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:** André Lucas Maffissoni, Jussara Gue Martini, Daniele Delacanal Lazzari, Carine Vendruscolo, Marina da Silva Sanes, Paula Bresolin.

### Contribuições específicas

**Supervisão e gestão do projeto:** Jussara Gue Martini, Daniele Delacanal Lazzari.

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 05.03.2024

Aceito: 18.07.2024

Editora Associada:  
Sueli Aparecida Frari Galera

**Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.


Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

---

Autor correspondente:

André Lucas Maffissoni

E-mail: [andremaffissoni@gmail.com](mailto:andremaffissoni@gmail.com)

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