

Residências sanitarias en un hospital universitario: un potente escenario de formación para la práctica colaborativa interprofesional

Health residency programs in a university hospital: a potent training setting
for interprofessional collaborative practice (abstract: p. 17)

Residências em saúde em hospital universitário: cenário potente de
formação para a prática colaborativa interprofissional (resumo: p. 17)

Vanessa Moreno Blanco^(a)

<moreno.van@gmail.com> 

continue on page 13

^(a) Enfermeira. Rua dos Jades,
63, Apto 101, Campeche.
Florianópolis, SC, Brasil.
88066-135,

continue on page 13

Resumen

Este estudio trata de comprender la experiencia de los residentes sobre la Práctica Colaborativa Interprofesional (PCI) en un hospital universitario (HU) en el estado de São Paulo. Investigación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas basadas en la Técnica del Incidente Crítico con 14 residentes de programas de residencia uni y multiprofesionales, analizadas por análisis temático de Bardin. El HU demostró ser potente para la implementación de la PCI al propiciar interacciones entre profesionales de diferentes áreas y niveles de formación. La calidad de las interacciones entre trabajadores, residentes, usuarios y familiares fue crucial para el desarrollo de la PCI. Se identificaron barreras como falta de estructura organizacional, sobrecarga de profesionales, debilidad en la provisión de educación permanente interprofesional y predominio del modelo biomédico de atención. Las acciones colaborativas mediadas por comunicación informal son el dispositivo más utilizado para el cuidado compartido.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Hospitales universitarios. Residencias sanitarias. Educación interprofesional.

Introducción

El trabajo en salud debe ser considerado en su perspectiva colectiva, en la que los saberes y prácticas de las diferentes áreas profesionales, articulados y de manera colaborativa, puedan satisfacer las necesidades de salud y garantizar la integralidad de la atención a los usuarios, familias, grupos sociales y comunidades¹.

La Práctica Colaborativa Interprofesional (PCI) se caracteriza como la acción colaborativa entre profesionales de la salud de diferentes áreas, que trabajan de manera compartida enfocándose en las necesidades de los usuarios, de la familia y de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud².

Como acción colaborativa, la PCI requiere responsabilidad compartida, cierta interdependencia entre los individuos y claridad de funciones y objetivos.

Sin embargo, se espera que esto ocurra con alguna autonomía entre las profesiones, caracterizándose por la constante negociación e interacción entre profesionales, usuarios, familia y comunidad³⁻⁶.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la PCI para reemplazar el desequilibrio en las relaciones de poder en el cuidado de la salud, a través de relaciones de asociación interprofesional y responsabilidad colectiva⁷.

Basado en la constitución del sistema público de salud brasileño, el *Sistema Único de Saúde* (SUS), la PCI puede relacionarse con la integralidad de la atención de salud, contribuyendo para acciones resolutivas y eficaces y mayor satisfacción de los usuarios y miembros del equipo^{7,8}. Sin embargo, hay mucho por avanzar en el cuidado de la salud, en esferas nacional e internacional, en lo que se refiere a la PCI^{9,10}.

Reeves y colaboradores señalan que aún es necesario ampliar las evidencias sobre los efectos de las intervenciones relacionadas con el trabajo interprofesional⁵. Un estudio sobre la atención hospitalaria revela la existencia de elementos históricamente cristalizados en las instituciones, como el autoritarismo, la centralización del poder, la competencia entre trabajadores, la gestión rígida y desenfocada de las necesidades locales, la desvalorización de los trabajadores y la resistencia a las innovaciones¹⁰. Tales características de la organización de la atención hospitalaria contribuyen a la fragmentación de la atención y a la ineficiencia de los sistemas de salud¹⁰.

Como medio de enfrentamiento a los sistemas fragmentados y a favor de la PCI, la Educación Interprofesional (EIP) se presenta como un dispositivo importante para formar profesionales capaces de desarrollar la colaboración. Con la EIP, los profesionales aprenden juntos sobre el trabajo compartido y las especificidades de cada profesión para desarrollar las habilidades necesarias para mejorar la colaboración y la calidad de la atención. De esta forma, la EIP y la PCI deben ser consideradas interdependientes para que la formación de profesionales a través de la EIP pueda prepararlos para la PCI y ésta, a su vez, pueda atender las necesidades de salud de los usuarios, familias y comunidades, y orientar la formación⁷.

La EIP ha sido discutida a nivel mundial como una propuesta formativa capaz de estimular la mejora de la atención en salud, con énfasis en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia^{7,11}. En Brasil, especialmente, desde el inicio

de la década de 2000, las políticas que inducen cambios en la educación en salud han colaborado para fortalecer la formación comprometida con el SUS y más cercana a las necesidades de los usuarios, con énfasis en el trabajo interprofesional. En este sentido, las residencias en salud constituyen un modelo de formación que puede potenciar la interprofesionalidad, ya que se basan en la integralidad, asociando el aprendizaje con la práctica, con el fin de problematizar el modelo técnico-asistencial^{12,13}.

La Residencia en el Área Profesional (RAP) uniprofesional y multiprofesional se caracteriza como un curso de especialización reglado por los principios y directrices del SUS. A través de la enseñanza en servicio, su objetivo es formar profesionales de la salud para actuar con enfoque en las necesidades de salud del usuario, la familia y la comunidad, considerando las realidades locales y regionales. A pesar de eso, la práctica de los profesionales y residentes aún está lejos de la atención integral en salud¹⁴.

Las RAP cubren las siguientes profesiones de la salud: Biomedicina, Ciencias Biológicas, Educación Física, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina Veterinaria, Nutrición, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Salud Colectiva y Física Médica¹⁵. Para ser caracterizado como una residencia multiprofesional, el programa debe constar de al menos tres de estas profesiones, con el objetivo de la integración de diferentes profesiones de la salud^{13,15}.

Entre los espacios de práctica de las residencias, se destacan los Hospitales Universitarios (HU) como centros de formación de recursos humanos y desarrollo de tecnologías para el área de la salud¹⁶. Están vinculados a las universidades y tienen como misión, además de la asistencia, promoción y articulación con la formación en salud. Aunque importantes para la enseñanza, la práctica y la investigación en salud, los HU brasileños han sido poco investigados empíricamente¹⁶.

Considerando la relevancia de la PCI para satisfacer las necesidades de los usuarios y mejorar la atención de la salud, de la interdependencia entre la educación y la práctica profesional en salud, de la residencia como proceso formativo que se desarrolla en los servicios de salud y del HU como institución de asistencia y formación de profesionales de la salud, esta investigación retó comprender la experiencia de los residentes acerca de la PCI en un HU.

Metodología

Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva con enfoque cualitativo. Los autores tuvieron, como base teórica para el desarrollo del estudio y análisis de datos, los estudios nacionales e internacionales acerca de la PCI y el trabajo interprofesional¹⁻⁹ como base teórica para el desarrollo del estudio y análisis de datos.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con residentes de los seis programas de RAP (uniprofesional y multiprofesional) del HU de una universidad estatal de São Paulo. El HU estudiado, además de su importancia asistencial, tiene como función principal la enseñanza de estudiantes de pregrado y posgrado, y es lugar prioritario de seis programas de RAP, que ofrecen anualmente 45 vacantes.

La población de este estudio estuvo conformada por residentes de segundo y tercer año, totalizando 47 residentes. Solamente uno de los programas de residencia incluye el tercer año de formación.

Los participantes en este estudio fueron seleccionados por muestreo intencional. Inicialmente, el proyecto de investigación fue presentado a los coordinadores y/o representantes de los programas de residencia y al Sector de Docencia y Calidad del hospital. El envío de una invitación para participar en la investigación se realizó por indicación de los programas y/o residentes, o mediante invitaciones realizadas individualmente al azar por el investigador a través de las listas de contactos disponibles.

Dos residentes de cada uno de los cinco programas de residencia uniprofesionales (Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial, Enfermería en Salud de los Niños y del Adolescente, Enfermería en Salud del Adulto y del Anciano, y Enfermería Obstétrica) y cuatro representantes del programa de residencia multiprofesional (Fonoaudiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional), cubriendo todas las categorías profesionales de las RAP de lo HU, participaron en el estudio. El criterio de inclusión de los participantes en fue ser residente de uno de los programas de residencia involucrados durante, al menos, seis meses.

Debido al Covid-19, las entrevistas se realizaron a través de una plataforma de videoconferencia Google Meet, programada en función de la disponibilidad de día y hora de los residentes y de la investigadora. Las entrevistas fueron grabadas y tuvieron una duración mínima de 45 minutos y máxima de una hora y 21 minutos, con una media de 1 hora y 4 minutos.

Se utilizó una entrevista semiestructurada basada en la Técnica del Incidente Crítico (TIC). En la TIC, la evidencia parte de la perspectiva del encuestado y se recopila con sus propias palabras permitiendo la determinación de las situaciones más relevantes al tema de investigación^{17,18}. Así, durante las entrevistas, fueron considerados los siguientes elementos: contextualización de las situaciones, comportamiento de los sujetos, consecuencias y vivencia emocional del entrevistado.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, organizadas con la ayuda del *software Atlas.ti* y sometidas al Análisis Temático de Contenido de Bardin, siguiendo las siguientes fases: preanálisis, exploración de materiales y tratamiento de resultados, inferencia e interpretación¹⁹. En la primera fase se realizó una lectura flotante de las entrevistas transcritas. Posteriormente, se realizaron lecturas repetidas y se definieron los temas considerando la pregunta de investigación, los objetivos y con base en el fundamento de la PCI adoptada. En la segunda fase, los datos fueron codificados y categorizados. En la tercera fase, se organizaron las categorías finales y se realizaron interpretaciones inferenciales.

El estudio fue planeado y realizado de acuerdo con los *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)²⁰ en su versión traducida y validada para el idioma portugués²¹.

Todos los preceptos éticos fueron respetados, según la Resolución nº 466/12. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación a través

de los pareceres números 4.469.397, 4.561.488, 4.655.623 y 4.729.053 y está registrado en la Plataforma Brasil con el número CAAE: 39512320.9.000.5392.

Resultados

El estudio incluyó a 14 residentes, 11 mujeres y tres hombres. Las edades de los residentes oscilaron entre 23 y 29 años, con un promedio general de 24,86 años. La mayoría de los entrevistados estaban en su segundo año y solamente uno estaba en su tercer año de residencia. El tiempo de residencia osciló entre un año y tres meses y dos años y dos meses.

La experiencia de los residentes sobre la PCI, expresada en el ambiente hospitalario universitario, involucra a los propios residentes con los trabajadores, usuarios y familiares a través de acciones de trabajo compartidas, mediadas por elementos facilitadores y obstaculizadores de las interacciones interprofesionales. El análisis de las entrevistas permitió identificar tres categorías y seis subcategorías interdependientes (Figura 1).

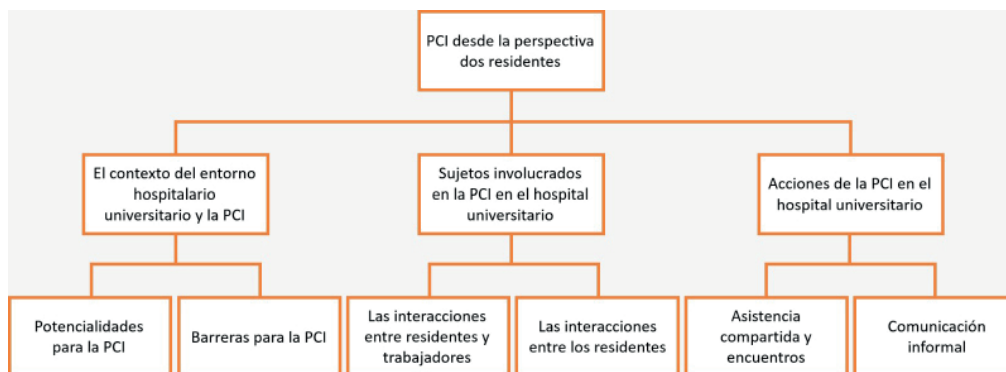


Figura 1. Categorías y subcategorías de análisis.

Fuente: Preparado por las autoras, 2022.

El contexto del entorno hospitalario universitario y la PCI

El contexto hospitalario fue descrito como un escenario de potencialidades y barreras para la implementación de la PCI.

Como potencialidad para la PCI, el HU fue presentado por los residentes como un escenario que propicia la interacción frecuente entre profesionales de diferentes áreas y en diferentes niveles de formación. El reconocimiento del HU como espacio de educación fue señalado como una condición favorable para la PCI, una vez que trabajadores y usuarios demuestran, respectivamente, voluntad de acoger o de ser tratados por profesionales en formación.

[...] Yo creo que el hospital universitario tiene esa riqueza de posibilidades, que es trabajar con diferentes áreas. Los profesionales suelen estar enfocados en la educación; así, existe esa preocupación de hacer que las cosas sucedan, de mirar estos criterios, de ver si los estudiantes realmente están contemplando al individuo, ese enfoque integral. Ahí el ambiente es ideal, por así decirlo, no es



que pase todo, pero es donde buscamos en la práctica hacer estas intervenciones colaborativas, estas prácticas colaborativas entre profesionales, creo que el ambiente es propicio para eso, de verdad. (R5)

[...] Pienso que la formación del equipo, los profesionales calificados, profesionales que estén dispuestos a recibir estudiantes, a recibir residentes, entiendan cuáles son los objetivos de un hospital universitario, el paciente también entienda que ahí es un hospital universitario [...] Pienso que toda esa estructura que tiene el HU facilita y potencia. (R13)

[...] Creo que tener programas de residencia uni y multiprofesionales también es fortalecedor, porque de ahí permite ese intercambio entre profesionales porque sigue un regimiento de residencia más grande que ya está determinado, entonces permite que ese intercambio suceda [...] (R3)

Como barreras para la PCI, los residentes destacan características del HU que perjudican la operacionalización de la colaboración, como el predominio del modelo biomédico de atención a la salud, expresado en la toma de decisiones centrada en los profesionales médicos en detrimento del enfoque en los usuarios y sus necesidades.

[...] Creo que es la propia estructura del hospital, del funcionamiento que dificulta este proceso colaborativo [...] como tengo que ir por el médico porque no tengo la autonomía para resolverlo todo sola [...], y que lo necesito para todo, entonces resulta que no hay intercambio [...] (R13)

Esta estructura centrada en el médico elimina la participación de otros profesionales, entonces no creo [...] que el formato tiene que ser una pirámide [...] el paciente siempre en el medio y todos los profesionales a su alrededor, cada uno actuando con sus objetivos. Creo que cuando tenemos esta jerarquía del médico primero, después el enfermero, después otro profesional, no lo creo... yo creo que es lineal y cada profesional tiene sus metas, entonces yo creo que esa jerarquía y esta cultura médica centrada es una de las principales barreras también [...] (R3)

La sobrecarga de trabajo de los profesionales, la falta de formación ininterrumpida, el *déficit* de una estructura organizativa que promueva la discusión de casos y el trabajo conjunto entre profesionales, fueron identificadas como barreras para el desarrollo de la PCI.

[...] entonces, dependiendo de la demanda, si había muchos [...] pacientes para atender en el día, en el turno, a veces no lograba, por ejemplo, esperar a que el terapeuta ocupacional tuviera un horario que coincidiera con el mío para ir a ver a ese paciente junto con ella [...] (R4)

Una cosa que notamos [...] una falta de modos constante dentro de las profesiones [...] (R4)



[...] Creo que esa práctica de atender de forma conjunta, discutiendo los casos con más frecuencia, podría ser algo que ya está más estructurado [...] Creo que depende mucho de la persona que está cuidando, entonces tal vez si eso fuera más establecido, que algunos casos necesitan ser tratados en conjunto, creo que esto sucedería con más frecuencia. (R6)

Sujetos involucrados en la PCI en el hospital universitario

Trabajadores, residentes, usuarios y familiares son los sujetos involucrados en la PCI del HU. La calidad de las interacciones entre estos sujetos demostró ser crucial para el desarrollo de la PCI. Por un lado, las interacciones entre profesionales y residentes, marcadas por la jerarquización profesional, demuestran limitar las acciones colaborativas. Por otro lado, las relaciones horizontales entre los propios residentes, con interacciones y comunicación de calidad, parecen influir positivamente en la PCI y sitúan a los residentes como potenciadores de la colaboración.

La relación entre los residentes y los trabajadores del HU fue relatada por los participantes de forma jerárquica, siendo que el residente se ubica en una posición inferior a los demás profesionales. La falta de actualización de los profesionales del servicio, el tiempo, la paciencia y el interés por orientar a los residentes son factores que pueden influir negativamente en la calidad de las interacciones.

[...] entonces, creo que esa falta de actualización también frena, tanto en la forma de trabajar como en la forma de relacionarse, y a veces causa un poco más de choque de pensamiento. Por lo tanto, creo que, a veces, los residentes están un poco más abiertos a este intercambio que otros profesionales. (R14)

[...] pero muchas veces, como residente, llama al enfermero del centro quirúrgico, él no tiene tiempo, no quiere ni hablar con el residente [...] tiene estas barreras de profesionales que no quieren darle atención al residente. El residente es el residente [...] y el profesional no tiene paciencia para explicaciones. Entonces, eso va de cualquier manera, el tema va de cualquier manera, nos tratan a patadas, así suceden las cosas. (R8)

Los residentes informan que la PCI entre ellos y los trabajadores ocurre con poca frecuencia. Ellos tienen preferencia y se sienten más cómodos con las interacciones entre los propios residentes, buscando trabajadores cuando lo consideran necesario.

[...] es poco probable que hablemos con un ayudante, alguien que está por encima de nosotros al principio, sólo si los residentes de esa especialidad piensan que esa conversación es necesaria [...] (R8)

[...] a veces uno se siente más cómodo preguntándole a otro residente [...] (R14)

Los residentes indican que la PCI ocurre con mucha frecuencia entre ellos porque sienten que la interacción se da entre sujetos “iguales”, se perciben en la misma



categoría y unidos, lo que les permite sentirse más cómodos para colaborar y pedir ayuda. La formación previa de los residentes en la apreciación del trabajo en equipo también se asocia a una mayor disposición a la colaboración entre ellos.

[...] entre nosotros los residentes, ella es súper positiva [...] a veces aceptan tu idea y lo hacemos juntos, vamos a trabajar, ayudan mucho en el día a día, en las prácticas [...] creo que ahí hay una relación [...] un poco más de igual a igual entre diferentes profesiones. (R9)

[...] tal vez se da más entre profesional y residente, que entre profesional y profesional [...], no sé si es porque los profesionales ya trabajan, se conocen, ya conocen el tipo de comportamiento que lo va a tomar el colega y no se comunican o si es porque el residente tiene mucha curiosidad y siente la necesidad, porque vimos mucho en la teoría esta cuestión de la práctica, trabajando juntos, trabajando en equipo [...] y siempre tratamos de tomarlo y vivirlo. (R10)

Los residentes se identifican como sujetos que potencian la participación de los usuarios y de la PCI, aunque reconocen que la participación de usuarios y familiares es limitada. El perfil socioeconómico y el bajo nivel educativo de los usuarios se destacaron como barreras para su participación en la construcción del proceso terapéutico con el equipo.

Dependiendo de quién sea el profesional que está en contacto con esta familia, vamos a tener información que nadie sabía [...] normalmente, es un estudiante de pregrado o los residentes que veo que tienen estas actitudes. (R10)

Yo creo que la participación de los pacientes, de la familia es muy pequeña, siento que todavía está en el cuidado del HU en su totalidad [...] (R14)

[...] en el HU tenemos una población de escasos recursos, baja educación, en un nivel social crítico [...] entonces, a veces no lo tenemos ahí, ni la comprensión... Ya hemos recibido varios pacientes que no saben leer, que no saben escribir, y entonces te resulta muy difícil [...] nos encontramos con varios factores sociales que a veces dificultan, tanto recibir a este paciente, entender su historia, como intentar orientarlo respecto a el alta y cuáles son los comportamientos que debe modificar en su vida. (R1)

Acciones de la PCI en el hospital universitario

Las acciones de la PCI en el HU se expresan predominantemente bajo la forma de asistencia compartida, encuentros y, a veces, en acciones mediadas por la comunicación informal.

La PCI fue informada por los residentes en la atención compartida previamente acordada entre los residentes, con objetivos comunes para cada caso. En los encuentros, los diferentes profesionales tienen la oportunidad de conversar sobre el proceso

de atención, traen, en ciertas ocasiones informaciones sobre los usuarios, dudas, discusiones y opiniones sobre las conductas terapéuticas con foco en los usuarios.

[...] en la clínica médica [...] algunos casos los atendíamos juntos, terapia ocupacional y fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología, pero este acuerdo se hizo entre los residentes, por si había algún caso que acompañábamos juntos y que tenía un objetivo común... (R6)

[...] podemos adaptar y discutir las cosas y tenemos que centrarnos en el paciente, en su mejora y recuperación. Es muy rico, porque a veces hay cosas que decimos a los otros equipos, porque ellos no saben y estos equipos también nos relatan cosas que nosotros no sabemos [...] (R2)

La comunicación informal demostró ser la forma preferida de compartir información y decisiones. Los residentes reportan que se dan conversaciones informales sin programación previa para alineación de conducta, derivaciones informales, invitaciones a cuidados compartidos, asistencia, dudas o incluso compartir notas y conductas sobre los usuarios. También es a través de la informalidad que los residentes combinan la mayor parte del cuidado compartido.

[...] en el HU todo es “boca a boca”, siempre íbamos allí personalmente, hablábamos de la dieta, si no había nadie más dejábamos un mensaje [...] (R4)

[...] discutimos muchos casos con el equipo de nutrición porque eventualmente nuestro paciente no puede masticar nada, entonces siempre discutimos el caso, pero es una cosa muy simple, es una conversación en el pasillo realmente [...] con el equipo de enfermería también, hay algunos de nuestros pacientes que tienen una atención especial, como ponerse hielo en la cara, mantener una posición de decúbito que es sumamente necesaria, por lo que siempre estamos ahí discutiendo con los residentes de enfermería, algunas precauciones específicas, pero siempre es charla de pasillo. (R8)

Discusión

El trabajo interprofesional, basado en la colaboración, repercute positivamente en la calidad de la atención hospitalaria²². Se observa que las acciones colaborativas han mejorado la atención de la salud en términos de eficiencia y calidad, ganando evidencia en contextos hospitalarios. Veloso²³ considera a los HU espacios propicios para la PCI por el vínculo universitario y, en consecuencia, estos *se* consideran campus de docencia e investigación sobre el tema, con sus estudiantes de pregrado, posgrado e investigadores como sujetos continuos en estos hospitales.

El contexto hospitalario analizado fue descrito como un escenario con potencial y barreras para la implementación de la PCI. Como institución con una misión enfocada a la asistencia, la docencia y la investigación, los residentes la consideran un espacio rico y poderoso para relacionarse con otros profesionales. En ese sentido, la presencia

de residentes de diferentes programas, uni y multiprofesionales, también es vista como potencial para la PCI. Rebouças, Goldin y Pinheiro²⁴, asimismo, observaron que la llegada de residentes, especialmente de programas multidisciplinarios en el ámbito hospitalario, posibilitó un mayor contacto y (re)conocimiento de los roles profesionales por parte de los trabajadores hospitalarios. También señalan que los residentes valoran la PCI y la atención integral, con foco en el usuario.

Como barrera, se destacó el predominio del modelo biomédico de atención a la salud en el HU. Caracterizado por la centralización de la categoría médica en la toma de decisiones del cuidado, y dirigido por el enfoque en la enfermedad, el modelo biomédico reduce la concepción del cuidado en la perspectiva diagnóstica y curativa²⁵. Históricamente, la estructura que ubica a los médicos en una posición dominante en el ámbito hospitalario interfiere en el establecimiento de relaciones más horizontales entre los profesionales de la salud²⁶ y contribuye negativamente para la participación de otras áreas profesionales igualmente necesarias para dar respuesta a las necesidades de los usuarios, la familia y la comunidad. Se considera que las relaciones entre los profesionales de la salud reflejan la estructura en la que están insertos²⁶, las características del contexto de investigación repercutieron en las relaciones entre los sujetos involucrados en la PCI en el HU.

Con relación a los sujetos involucrados en la PCI en el HU, las interacciones entre profesionales y residentes, marcadas por la jerarquización profesional, demuestran limitar las acciones colaborativas. La jerarquía de poder presente en las relaciones entre los profesionales de la salud afecta los objetivos intrínsecos del trabajo interprofesional y contribuye a la creación de desgastes y conflictos, debilitando la colaboración²⁷. De acuerdo con una revisión de la literatura sobre el tema, la investigación sobre el poder en los estudios de educación y la práctica interprofesional aún es limitada y el conocimiento sobre el impacto de las relaciones de poder en el cuidado del paciente es incipiente²⁸. Sin embargo, es posible afirmar que el trabajo interprofesional tiende a verse obstaculizado por estructuras de poder no explícitas, con profesionales dispuestos en posiciones definidas dentro de una jerarquía sin espacio para discusiones y decisiones más compartidas²⁸.

Sin embargo, la horizontalidad en las interacciones entre los propios residentes se mostró potencial para la efectividad de la PCI y la construcción de relaciones simétricas en el cuidado. En cuanto a las relaciones profesionales, la literatura discute que las asimetrías pueden generar desvalorización y daño en las relaciones, caracterizándose como barreras para el trabajo interprofesional al orientar la práctica a acciones individuales y fragmentadas²⁹. El apoyo organizativo a las oportunidades de decisiones comunes, la comunicación interprofesional y la resolución de conflictos es fundamental para favorecer las relaciones horizontales entre los sujetos implicados en el cuidado y la PCI^{7,27}.

El desequilibrio en las relaciones de poder entre sujetos debilita la PCI y, principalmente, la participación de usuarios y familiares. Aunque se utiliza el término “interprofesional”, no es una práctica restringida a profesionales⁸. La participación del usuario y la familia es fundamental para la satisfacción de sus necesidades⁸. Se observó que la participación de los usuarios, aunque valorada por los residentes, aún es restringida en el ambiente hospitalario, siendo asociada a su nivel de instrucción

o nivel socioeconómico, mostrando debilidad en la forma en que los profesionales comprenden el rol de los usuarios en el cuidado. Martín y Fin³⁰ observaron que existen cuatro factores necesarios relacionados con la forma de representación de los usuarios en los equipos de salud: claridad del rol del usuario, comprensión de la identidad y conjunto de habilidades que aporta al equipo, sentimiento de inserción en el contexto del equipo, de la institución y el sentimiento de confianza entre el usuario y los profesionales del equipo. Trabajar con estos elementos en el contexto institucional es un gran desafío, pero puede ser de gran contribución al enfrentamiento del desequilibrio en las relaciones de poder entre los profesionales del equipo y los usuarios.

Incluso frente a las barreras identificadas, las acciones de la PCI fueron descritas por los residentes a través de comunicaciones informales, atendimientos compartidos y reuniones. Para Peduzzi y colaboradores⁴, los intercambios informales tienen como objetivo la construcción de acuerdos interprofesionales dentro del proceso de trabajo de los servicios de salud. Arruda y Moreira³¹ también creen que las comunicaciones informales favorecen el trabajo colaborativo, ya que favorecen las relaciones interpersonales, el respeto, la confianza y la atención a la solicitud.

La asistencia y los encuentros interprofesionales, a su vez, al permitir la discusión de casos y la cooperación entre los participantes, son otras acciones relevantes de la PCI³².

Se espera que la EIP pueda reducir el desequilibrio en las relaciones de poder, a través del aprendizaje interactivo y comunicativo, con oportunidades para clarificar roles y reconocer la posible contribución de las diferentes áreas al cuidado de la salud³³. La formación tradicional y uniprofesional y la consiguiente falta de conocimiento sobre el tema contribuyen a la resistencia a la colaboración. Esta resistencia también puede estar asociada a la protección de las ganancias obtenidas en relación con encargos profesionales específicos³⁴.

Se recomienda que la formación desde la perspectiva de la EIP sea transversal e ininterrumpida, iniciándose en los cursos de pregrado y continuando en los cursos de posgrado y en el contexto de los trabajadores en servicio, en Educación Permanente en Salud (EPS)^{35,36}. De esta forma, la EIP estaría presente en todo el proceso de formación de los trabajadores de la salud³⁵. Aunque se reconoce la relevancia de la EIP, su implementación efectiva en los servicios de salud sigue siendo un desafío³⁷, corroborando los hallazgos de esta investigación, en la que los residentes destacan la falta de oportunidades de las EPS desde la perspectiva de la EIP. En el contexto actual de formación limitada para el trabajo interprofesional^{1,7,11,33}, la EPS puede ser la oportunidad para que los profesionales tengan su primer contacto con la EIP y para que ellos aprendan de manera ininterrumpida y, en consecuencia, para la PCI. La formación en salud en los procesos de la EPS debe incluir la capacidad de compartir conocimientos y experiencias en el desarrollo de competencias profesionales³⁶.

En cuanto a las residencias en salud, se destaca la importancia de los Proyectos Pedagógicos (PP), que orientan contenidos, objetivos e intenciones. Un estudio que analizó seis PP de residencias multidisciplinares en salud en el estado de São Paulo observó que, aunque son espacios altamente favorables para el desarrollo de la EIP, ningún programa hizo explícito este tipo de abordaje³⁸. Otro punto señalado es que la EIP, aunque

no está explícita en el PP, puede estar asociada a otros conceptos relacionados, como la práctica centrada en el usuario y la colaboración entre profesionales³⁹.

Este estudio identificó la necesidad de cambios en la formación y actuación de los residentes, profesionales y gestores hospitalarios con foco en la interprofesionalidad y la transformación de las prácticas a través de la EPS. Se consideró una limitación la no inclusión de médicos residentes. Cabe señalar que este estudio no explotó el análisis de los PP y que futuras investigaciones podrían contribuir para profundizar el análisis, incluyendo también la perspectiva de los tutores y preceptores. Estos profesionales son agentes fundamentales para la integración docente-servicio-comunidad, necesaria para la asistencia desde la perspectiva de la interprofesionalidad. También se sugiere realizar estudios que involucren la perspectiva de los usuarios y las familias, ampliando el análisis de la PCI.

Consideraciones finales

El contexto hospitalario fue descrito como un escenario con potencial y barreras para la implementación de la PCI. Es potente, ya que permite una interacción frecuente entre profesionales de diferentes áreas, en diferentes niveles de formación.

Por otro lado, las barreras a la PCI están relacionadas con el predominio del modelo biomédico de atención en salud, expresado en la toma de decisiones centrada en los profesionales médicos en detrimento del enfoque en los usuarios y sus necesidades, sobrecarga de trabajo de los profesionales y estructura organizativa frágil. La relación entre los residentes y los trabajadores del HU fue relatada por los participantes de forma jerárquica, con el residente en una posición inferior a los demás profesionales. La calidad de las interacciones interfirió directamente en la efectividad de la PCI. Los residentes reportan que la PCI entre ellos y los trabajadores ocurre con poca frecuencia y la participación del usuario y su familia es limitada.

El apoyo institucional y la EPS desde la perspectiva de la EIP son dispositivos fundamentales para el avance de la PCI en el ámbito hospitalario. La EPS debe estar alineada con la práctica para satisfacer las demandas de salud actuales. Tal interdependencia necesita ser articulada con mayor intensidad entre estos sectores para formar profesionales capaces de colaborar en favor de una mejor atención en salud.

Los residentes de salud son sujetos clave para impulsar discusiones y tensiones relacionadas con las prácticas tradicionalmente desarrolladas en el ámbito hospitalario, ya que defienden y desarrollan, entre ellos, la perspectiva de la PCI. Sin embargo, necesitan ser más reconocidos y valorados en este contexto.

Hay, en este sentido, una necesidad de mayor apertura de los HU con relación a la PCI. Además, mejorar la formación de los residentes y de los programas de residencia en un intento de avanzar en las prácticas de salud y fortalecer el trabajo interprofesional puede apalancar la PCI, considerando el potencial de los residentes como un componente estratégico para reestructurar el modelo de atención a la salud en este contexto.



Autores

Valéria Marli Leonello^(b)

<valeria.leonello@usp.br> 

Camila Mendes da Silva Souza^(c)

<camila_mendes@usp.br> 

Raíssa Ottes Vasconcelos^(d)

<raissavasconcelos@usp.br> 

Heloíse Fernandes Agreli^(e)

<heloisefernandes@usp.br.> 

Afiliación

(b, c, d, e) Departamento de Orientação Profissional, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de la preparación del manuscrito.

Financiamiento

Apoyo financiero de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior (CAPES), Brasil.

Agradecimientos

Gracias a todos los residentes entrevistados que se tomaron el tiempo para participar en el estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editora asistente

Roseli Esquerdo Lopes

Editor asociado

Flávio Adriano Borges

Traductora

Denise Costa Rodrigues

Presentado el

08/07/22

Aprobado el

26/02/23

Referências

1. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22 Supl 2:1525-34. doi: 10.1590/1807-57622017.0827.
2. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H, editor. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010. Chap. 4, p. 57-76.
3. Metersky K, Orchard C, Adams T, Hurlock-Chorostecki C, Mitchell E. Patient roles within interprofessional teams: a scoping review. *J Interprof Educ Pract*. 2022; 28:100523. doi: 10.1016/j.xjep.2022.100523.
4. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saude*. 2020; 18 Supl 1:e0024678. doi: 10.1590/1981-7746-sol00246.
5. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; (6):CD000072. doi: 10.1002/14651858.cd000072.pub3.
6. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2018; 32(1):1-3. doi: 10.1080/13561820.2017.1400150.
7. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010; 39 Suppl 1:196-7.
8. Agreli HLF. Prática colaborativa interprofissional e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
9. Thistlethwaite J, Xyrichis A. Forecasting interprofessional education and collaborative practice: towards a dystopian or utopian future? *J Interprof Care*. 2022; 36(2):165-7.
10. Rocha FLR, Marziale MHP, Carvalho MC, Id SFC, Campos MCT. The organizational culture of a Brazilian public hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):308-14. doi: 10.1590/s0080-6234201400002000016.
11. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-97. doi: 10.1590/1807-57622014.0092.
12. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 2, de 13 de Abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União*. 16 Abr 2012.
13. Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, Evangelista ALP. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170691. doi: 10.1590/interface.170691.
14. Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2117, de 3 de Novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005.
15. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 2, de 13 de Abril de 2012.



- Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. 16 Abr 2012.
16. Araújo KM, Leta J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2014; 21(4):1261-81.
 17. Edvardsson B, Ross I. Critical incident techniques: towards a framework for analyzing the criticality of critical incidents. *Int J Serv Ind Manag*. 2001; 12(3):251-68. doi: 10.1108/EUM000000005520.
 18. Gremler DD. The critical incident technique in service research. *J Serv Res*. 2004; 7(1):65-89.
 19. Bardin L. Análise de conteúdo. Rego LA, Pinheiro A, tradutores. Lisboa: Edições 70; 2006.
 20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57.
 21. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34:eAPE02631.
 22. Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth*. 2013; 110(4):529-44. doi: 10.1093/bja/aes513.
 23. Veloso C. A equipe interprofissional no hospital universitário. *Rev Bras Educ Med*. 1985; 9(2):73-4. doi: 10.1590/1981-5271v9.2-001.
 24. Rebouças RRM, Gondim AA, Pinheiro JAM. (Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar. *Rev SBPH*. 2019; 22(1):51-71.
 25. Camargo KR Jr. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *Physis*. 2007; 76(1):63-76.
 26. Persson E, Ferlie E, Baeza J. Understanding professional stratification and hybridisation in the medical profession: exploratory evidence from Brazilian federal university hospitals. *Rev Adm Publica*. 2021; 55(5):1034-76. doi: 10.1590/0034-76122020079227.
 27. Konrad SC, Fletcher S, Hood R, Patel K. Theories of power in interprofessional research - developing the field. *J Interprof Care*. 2019; 33(5):401-5. doi: 10.1080/13561820.2019.1669544.
 28. Stevens EL, Hulme A, Salmon PM. The impact of power on health care team performance and patient safety: a review of the literature. *Ergonomics*. 2021; 64(8):1072-90.
 29. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saude Debate*. 2018; 42 Spe 1:163-73. doi: 10.1590/0103-11042018s111.
 30. Martin GP, Finn R. Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams. *Sociol Health Illn*. 2011; 33(7):1050-65. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01356.x.
 31. Arruda LD, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção do Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/



- UERJ), Brasil. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):199-210. doi: 10.1590/1807-57622016.0613.
32. Medina AG. *Terapia Ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
 33. Costa MV. *A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde*. In: Toassi RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 14-27. (Vivência em educação na saúde; n. 6).
 34. Freidson E. *Para uma análise comparativa das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais*. *Rev Bras Cienc Soc*. 1996; 31:141-54.
 35. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto M. *Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional*. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG. *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*. 2a ed. Barueri: Manole; 2016. p. 171-9.
 36. Campos KFC, Marques RC, Ceccim RB, Silva KL. *Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde*. *Rev APS*. 2019; 1(2):132-40. doi: 10.14295/aps.v1i2.28.
 37. Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes, Board on Global Health, Institute of Medicine. *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington: National Academies Press; 2015. doi: 10.17226/21726.
 38. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. *Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects*. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4):586-93. doi: 10.1590/0034-7167.2015680403i.
 39. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. *A educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde*. *Interface* (Botucatu). 2018; 22 Suppl 1:1325-37. doi: 10.1590/1807-57622017.0186.



Abstract

The aim of this study was to understand residents' experiences of interprofessional collaborative practice (ICP) in a university hospital in São Paulo. We conducted a qualitative study with 14 residents undertaking uniprofessional and multiprofessional residency programs. The data were collected using critical incident technique-based semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis as proposed by Bardin'. The university hospital showed itself to be a potent setting for ICP, promoting interactions between professionals from a range of areas and with varying levels of qualification. The quality of interactions between workers, residents and patients and their families was a determining factor for the development of ICP. Barriers to ICP were identified, including lack of organizational structure, excessive workload, weaknesses in the provision of permanent training in interprofessional education and the predominance of the biomedical model of health care. Collaborative actions mediated by informal communication was the most common means used for delivering shared care.

Keywords: Interprofessional relations. University hospitals. Residency programs. Interprofessional education.

Resumo

Este estudo tem por objetivo compreender a experiência de residentes sobre a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) em um hospital universitário (HU) do estado de São Paulo. É uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com base na Técnica do Incidente Crítico, com 14 residentes de programas de residência uni e multiprofissionais, analisadas pela análise temática de Bardin. O HU mostrou-se potente para efetivação da PCI por proporcionar interações entre profissionais de diferentes áreas e níveis de formação. A qualidade das interações entre trabalhadores, residentes, usuários e família foi determinante para o desenvolvimento da PCI. Foram identificadas barreiras como ausência de estruturação organizacional, sobrecarga dos profissionais, fragilidade na oferta de Educação Permanente relacionada à educação interprofissional e predomínio do modelo biomédico de Atenção à Saúde. As ações colaborativas mediadas pela comunicação informal constituem o dispositivo mais utilizado para os atendimentos compartilhados.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Hospitais universitários. Residências em saúde. Educação interprofissional.