REME • Rev Min Enferm. 2026;30:e-1614
DOI: 10.35699/2316-9389.2026.62475

PESQUISA

PRÁTICAS E COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAIS EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

Prácticas y comunicación interprofesionales en una residencia multiprofesional en salud: estudio de métodos mixtos

André Lucas Maffissoni[1]
https://orcid.org/ 0000-0001-8700-6787

Jussara Gue Maritini[1]
https://orcid.org/ 0000-0003-2629-293X

Paula Bresolin[1]
https://orcid.org/ 0000-0003-2698-854X

Daniele Delacanal Lazzari[1]
https://orcid.org/ 0000-0003-1788-866X

[1] Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN. Florianópolis, SC, Brasil.

Autor Correspondente: André Lucas Maffissoni
E-mail: andremaffissoni@gmail.com

Contribuições dos autores:
Análise estatística: André L. Maffissoni, Daniele D. Lazzari, Paula Bresolin; ***Coleta de Dados:*** André L. Maffissoni, Paula Bresolin; ***Conceitualização:*** André L. Maffissoni, Jussara G. Martini, Daniele D. Lazzari, Paula Bresolin; ***Gerenciamento do Projeto:*** Jussara G. Martini, Daniele D. Lazzari; ***Investigação:*** André L. Maffissoni, Daniele D. Lazzari, Paula Bresolin; ***Metodologia:*** André L. Maffissoni, Jussara G. Martini, Daniele D. Lazzari, Paula Bresolin; ***Redação - Preparo do Original:*** André Lucas Maffissoni, Paula Bresolin; ***Redação - Revisão e Edição:*** Jussara G. Martini, Daniele D. Lazzari; ***Software:*** André L. Maffissoni, Paula Bresolin; ***Supervisão:*** Jussara G. Martini, Daniele D. Lazzari; ***Validação:*** Jussara G. Martini, Daniele D. Lazzari; ***Visualização:*** André L. Maffissoni, Jussara G. Martini, Daniele D. Lazzari, Paula Bresolin.

Fomento: não houve financiamento

Submetido em: 29/10/2025
Aprovado em: 21/09/2026

Editores Responsáveis:

Luciana Regina Ferreira da Mata
https://orcid.org/0000-0002-5080-4643

Kênia Lara Silva
https://orcid.org/0000-0003-3924-2122

RESUMO

Objetivo: analisar as implicações da comunicação na disponibilidade e no desenvolvimento de práticas interprofissionais em uma residência multiprofissional em saúde no âmbito hospitalar. **Métodos:** estudo de métodos mistos, delineado pela triangulação concomitante, envolvendo residentes e preceptores. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos padronizados, entrevistas e observação não participante. A análise foi conduzida por meio da mixagem dos dados, articulando informações quantitativas e qualitativas para identificar convergências, divergências e complementaridades. **Resultados:** a integração dos achados revelou escores elevados de disponibilidade para a educação interprofissional e atitudes favoráveis à colaboração, acompanhados de desafios relacionados à comunicação e à delimitação das funções profissionais**.** A articulação entre os diferentes conjuntos de informações evidencia que, embora exista disposição para a colaboração, as barreiras comunicacionais impactam a efetivação das práticas interprofissionais no contexto estudado. **Conclusões:** a comunicação constitui um eixo central para o fortalecimento da interprofissionalidade, exigindo estratégias de coordenação e planejamento compartilhado das ações. A análise mista reforça a importância de aprimorar os processos comunicativos, especialmente durante as passagens de plantão.

Palavras-chave: Comportamento Cooperativo; Educação Interprofissional; Equipe de Assistência ao Paciente; Internato e Residência; Relações Interprofissionais.

Como citar este artigo:

Maffissoni AL, Maritini JG, Bresolin P, Lazzari DD. Práticas e comunicação interprofissionais em uma residência multiprofissional em saúde: estudo de métodos mistos. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2026[citado em ____ ___ __];30:e-1614. Disponível em: https://doi.org/10.35699/2316-9389.2026.62475

RESUMEN

Objetivo: analizar las implicaciones de la comunicación en la disponibilidad y el desarrollo de prácticas interprofesionales en una residencia multiprofesional en salud en el ámbito hospitalario. **Métodos:** estudio de métodos mixtos, diseñado mediante triangulación concomitante, en el que participaron residentes y preceptores. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante instrumentos estandarizados, entrevistas y observación no participante. El análisis se realizó mediante la integración de los datos, articulando información cuantitativa y cualitativa para identificar convergencias, divergencias y complementariedades. **Resultados:** la integración de los hallazgos reveló puntuaciones elevadas de disponibilidad para la educación interprofesional y actitudes favorables hacia la colaboración, acompañadas de desafíos relacionados con la comunicación y la delimitación de las funciones profesionales. La articulación entre los diferentes conjuntos de información evidencia que, aunque existe disposición para la colaboración, las barreras comunicacionales afectan la implementación efectiva de las prácticas interprofesionales en el contexto estudiado. **Conclusiones:** la comunicación constituye un eje central para el fortalecimiento de la interprofesionalidad y requiere estrategias de coordinación y planificación compartida de las acciones. El análisis mixto refuerza la importancia de mejorar los procesos comunicativos, especialmente durante los pases de guardia.

Palabras clave: Conducta Cooperativa; Educación Interprofesional; Grupo de Atención al Paciente; Internado y Residencia; Relaciones Interprofesionales.

INTRODUÇÃO

A comunicação desempenha um papel crucial no desenvolvimento das práticas interprofissionais em saúde, sobretudo no contexto hospitalar, onde a complexidade do cuidado, a necessidade de agilidade no atendimento e a natureza frequentemente crítica das situações de saúde exigem coordenação precisa e troca eficaz de informações entre os profissionais[1]. Nesse e em outros ambientes, a comunicação fortalece a confiança e a cooperação entre os membros da equipe, estimulando práticas colaborativas[2].

Apesar disso, diversos fatores podem interferir negativamente na comunicação interprofissional. Entre eles, destacam-se a utilização de terminologia técnica restrita a determinados grupos profissionais, a hierarquia entre as profissões, as dificuldades na gestão do tempo, a infraestrutura inadequada, a escassez de habilidades digitais e a falta de treinamentos específicos para o desenvolvimento de habilidades de comunicação[2–4].

A falta de comunicação eficaz pode acarretar consequências significativas para a disponibilidade e a efetividade das práticas interprofissionais, conduzindo a uma abordagem fragmentada e descoordenada do cuidado ao paciente[5,6]. Em vista disso, torna-se essencial explorar as implicações da comunicação nas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) inseridas no contexto hospitalar.

A incorporação das RMS às instituições hospitalares representou um avanço significativo no ensino e no cuidado, ao estimular práticas interprofissionais nesse cenário de atenção à saúde. Essas práticas promovem o compartilhamento de saberes entre profissionais de diversas áreas, fomentando uma formação mais integrada e aprimorando a qualidade do atendimento[6,7]. Contudo, o aproveitamento máximo das RMS depende da eficácia de diferentes componentes, sobretudo daqueles relacionados à comunicação.

Nesse sentido, compreender os aspectos comunicacionais torna-se essencial, uma vez que ainda há escassez de estudos que abordem como os desafios na comunicação afetam a formação interprofissional no contexto hospitalar brasileiro, especialmente nas RMS. Pesquisas internacionais indicam que barreiras de comunicação, hierarquias rígidas e apoio institucional insuficiente comprometem a colaboração e a qualidade assistencial[1–3]. No cenário nacional, as evidências permanecem limitadas e apontam desafios relacionados à integração entre as categorias profissionais e ao fortalecimento da comunicação[5,6].

Considerando o exposto, questiona-se: quais são os principais desafios enfrentados na comunicação interprofissional e como esses desafios impactam a disponibilidade e o desenvolvimento de práticas interprofissionais em RMS no âmbito hospitalar? O objetivo deste estudo é identificar esses desafios e analisar suas implicações na disponibilidade e no desenvolvimento das práticas interprofissionais em uma RMS no contexto hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem mista, com triangulação concomitante, no qual dados quantitativos e qualitativos foram coletados simultaneamente e comparados. A integração ocorreu por meio do processo de mixagem de dados[8], visando à compreensão abrangente do objeto de estudo. O rigor metodológico foi assegurado conforme o *Mixed Methods Appraisal Tool*[9].

O estudo foi conduzido em um programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde de uma universidade federal da região Sul do Brasil. O programa abrange oito categorias profissionais da área da saúde.

Os participantes foram residentes e preceptores do programa de residência. A definição do universo populacional na etapa quantitativa foi realizada por meio de estratégias distintas 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), constituindo-se um universo de 165 profissionais. A amostra foi definida com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Na etapa qualitativa, relacionada às entrevistas, participaram 26 indivíduos. Para recrutar os participantes, preceptores e residentes foram contatados por e-mail e/ou telefone, com base nas informações coletadas na fase quantitativa. Os convites foram feitos de modo a assegurar a representatividade tanto de preceptores quanto de residentes, assim como de diferentes categorias profissionais. Todos os convidados aceitaram participar das entrevistas, sem recusas registradas.

Para a etapa qualitativa de observação não participante, foram inicialmente observadas as aulas de um componente curricular da RMS, denominado Reflexão Integrada do Cuidado Multiprofissional, com foco na discussão de estudos de caso. Com base nessas observações e nas entrevistas, foram incluídas as passagens de plantão

da enfermagem e os rounds clínicos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), identificados como momentos críticos de comunicação e exemplos de práticas interprofissionais.

Como critérios para participação no estudo, adotaram-se: 1) para residentes, estar regularmente matriculado no programa; e 2) para preceptores, possuir qualquer vínculo (*e.g.*, servidor ou empregado público) com a instituição hospitalar e exercer atividade de supervisão direta dos residentes. Foram excluídos aqueles que se encontravam em afastamento de longa duração, tanto entre os residentes quanto entre os preceptores.

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados entre maio de 2022 e fevereiro de 2023. Para a coleta dos dados quantitativos, foram utilizadas as escalas validadas *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS)[10] e Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)[11]. Os participantes tiveram liberdade para escolher entre preencher o instrumento no momento da entrega, durante o trabalho, ou levá-lo para casa e devolvê-lo preenchido posteriormente.

Para a coleta de dados qualitativos, as entrevistas foram guiadas por um roteiro elaborado pelos pesquisadores, com questões sobre o objeto de estudo. Foram audiogravadas em aparelho sem chip e sem acesso a redes sociais ou aplicativos de mensagens, transcritas na íntegra e organizadas no software ATLAS.ti. O roteiro de entrevista foi submetido a um teste-piloto com ex-preceptores e ex-residentes, que não fizeram parte da amostra e cujos dados não foram incluídos no estudo.

Para a observação, foi elaborado um protocolo observacional com notas descritivas e reflexivas, contemplando sujeitos, cenário e comportamento social. Nas notas descritivas, foram registrados detalhes como identificação, quantidade, sexo/gênero, idade, envolvimento com o cenário, gestos, reações diante das atividades interprofissionais e características da comunicação (*e.g.*, canais utilizados, estilos predominantes, interações com o grupo, qualidade da transmissão de informações, entre outros). Quanto ao cenário, foram observadas a localização das pessoas e as características dos três ambientes analisados (*e.g.*, espaço físico, tipo de assistência oferecida e perfil dos pacientes atendidos, entre outros aspectos). Em relação ao comportamento social, o foco esteve no relacionamento entre as pessoas e em como este influencia a troca de informações, identificando-se fatores que poderiam potencializar ou limitar essa interação. Nas notas reflexivas, foram registradas as percepções do observador sobre os eventos observados.

Os dados foram coletados por um único observador, que registrou três rounds clínicos na UTI, 16 passagens de plantão em quatro clínicas diferentes e oito aulas no componente de Reflexão Integrada. Ao todo, foram acumuladas 47 horas de observação e 21 páginas de notas de campo. Foram escolhidos momentos e dias variados para as observações nas clínicas e na UTI, com o objetivo de captar a atuação de diferentes membros da equipe.

Na análise dos dados quantitativos, utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (v. 25.0), empregando-se estatísticas descritivas e testes não paramétricos para comparações entre grupos. 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, formulados em sentido negativo, tiveram os escores invertidos antes do cálculo das pontuações. A consistência interna dos instrumentos na amostra foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach. A RIPLS apresentou alfa global de 0,83 e coeficientes de 0,89, 0,33 e 0,73 nos fatores Trabalho em equipe e colaboração, Identidade profissional e Atenção à saúde centrada no paciente, respectivamente. A EJARCI apresentou alfa global de 0,72. Para comparar residentes e preceptores em cada item, aplicou-se o teste U de Mann-Whitney. Considerando os 27 itens da RIPLS e os 20 itens da EJARCI como famílias distintas de comparações, os valores de p foram ajustados separadamente em cada instrumento pelo procedimento sequencial de Holm, adotando-se nível de significância de 5%.

Para análise dos dados qualitativos, as entrevistas foram inicialmente transcritas de forma literal e, posteriormente, adaptadas mediante correção ortográfica. A análise seguiu a abordagem temática de conteúdo[12]. Ressalta-se que os documentos com as transcrições das entrevistas foram encaminhados individualmente a cada participante para validação do conteúdo escrito, realizando-se alterações quando solicitadas pelo entrevistado.

No caso da observação, as informações provenientes das notas de campo foram organizadas no Microsoft Excel e agrupadas por proximidade. Posteriormente, foram utilizadas como recurso adicional aos resultados da análise de conteúdo.

A mixagem dos dados foi realizada por integração, segundo o delineamento de triangulação concomitante, no qual os dados quantitativos e qualitativos foram coletados e analisados de forma paralela e independente. Posteriormente, os resultados de ambas as abordagens foram confrontados e articulados, buscando-se identificar convergências, divergências e complementaridades entre os achados. Essa integração ocorreu na etapa interpretativa, em que os resultados qualitativos e quantitativos foram

fundidos, gerando informações que se apoiaram mutuamente para a compreensão do objeto de estudo.

Os dados apresentados neste estudo são oriundos da tese intitulada Desafios e potencialidades para o desenvolvimento de práticas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital do Sul do Brasil[13], que foi aprovada pelo Comitê de Ética e seguiu a Resolução nº 466/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato foi garantido mediante a utilização da letra R para residentes e P para preceptores, seguidas da sigla da profissão e de números sequenciais, de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS

Foram incluídos 58 residentes e 146 preceptores na fase quantitativa, além de 15 residentes e 11 preceptores nas entrevistas qualitativas, juntamente com 27 episódios de observação não participante. Entre os 146 preceptores, a mediana de idade foi de 39 anos (27–62 anos), enquanto, entre os 58 residentes, a mediana foi de 25 anos (22–35 anos). Em relação ao gênero, 19 preceptores (13,0%) e 12 residentes (20,7%) eram do sexo masculino, enquanto 127 preceptores (87,0%) e 46 residentes (79,3%) eram do sexo feminino.

Quanto às profissões, 79 preceptores (54,1%) eram da área de enfermagem, seguidos por 13 do serviço social (8,9%), 12 da nutrição (8,2%), 11 da farmácia (7,5%), 10 da psicologia (6,8%), 9 da fonoaudiologia (6,2%), 8 da fisioterapia (5,5%) e 4 da odontologia (2,7%). Entre os residentes, 16 (27,6%) eram da enfermagem, 11 do serviço social (19,0%), 11 da psicologia (19,0%), 7 da farmácia (12,1%), 5 da nutrição (8,6%), 3 da fonoaudiologia (5,2%) e 3 da odontologia (5,2%), enquanto apenas 2 eram da fisioterapia (3,4%).

Além disso, em relação à área de concentração, 93 preceptores (63,7%) e 37 residentes (63,8%) estavam na área de alta complexidade. A área de urgência e emergência contou com 13 preceptores (8,9%) e 11 residentes (19,0%), enquanto a área de saúde da mulher e da criança concentrou 40 preceptores (27,4%) e 10 residentes (17,2%).

A análise quantitativa indicou escores elevados de disponibilidade dos residentes e preceptores para a EIP e a PC, com algumas diferenças entre os grupos. Entre os preceptores, as médias das pontuações nos Fatores 1, 2 e 3 da RIPLS foram de 59,4,

31,0 e 22,2, respectivamente, enquanto a pontuação global na RIPLS foi de 112,7 e, na escala EJARCI, de 126,6. Entre os residentes, as médias das pontuações nos Fatores 1, 2 e 3 da RIPLS foram de 61,0, 31,1 e 22,7, respectivamente, enquanto a pontuação global na RIPLS foi de 114,9 e, na escala EJARCI, de 128,7.

Com o objetivo de investigar possíveis diferenças entre residentes e preceptores, foram comparadas as respostas a cada item das duas escalas. Após o ajuste de Holm para comparações múltiplas, permaneceram estatisticamente significativas duas diferenças, ambas na RIPLS. Os residentes apresentaram maior concordância com a afirmação de que os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver seus problemas (P2; *p* ajustado = 0,004) e com a afirmação de que as habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas juntamente com estudantes de outras profissões da saúde (P5; *p* ajustado = 0,014). Nenhuma comparação item a item da EJARCI permaneceu significativa após o ajuste (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparação das respostas entre preceptores (n = 146) e residentes (n = 58) nos itens que apresentaram valor de p bruto inferior a 0,05, antes e após o ajuste de Holm. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Variável	**Resposta com maior diferença entre os grupos (preceptores + residentes)[*]**	**U**	***p***	
			Bruto[*]	**Ajustado[#]**
RIPLS				
P1 A aprendizagem junto a outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde?	5 (65,1–84,5%)	3.397,0	0,006	0,137
P2 Em última análise, os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver seus problemas? dos pacientes?	5 (67,1–91,5%)	3.077,0	<0,001	**0,004**
P5 Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto a outros estudantes da área da saúde?	5 (50,0–75,9%)	3.070,0	0,001	**0,014**
P8 Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde?	5 (71,2–86,2%)	3.572,0	0,020	0,444
P13 A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais?	5 (46,6–69,0%)	3.253,0	0,003	0,085
P14 Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.	5 (35,6–53,4%)	3.340,5	0,009	0,206
P16 A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a me tornar um profissional que trabalha melhor em equipe?	5 (58,2–74,1%)	3.545,0	0,039	0,791
P25 Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente?	5 (35,9–46,6%)	3.492,0	0,034	0,724
P26 Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim?	4 (39,7–24,1%)	3.604,0	0,048	0,920
EJARCI				

P11 todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhoria do cuidado de seus pacientes/clientes.	7 (79,591,4%)	3.726,5	0,042	0,755
P13 os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.	7 (74,7–91,4%)	3.521,0	0,008	0,143
P19 os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.	7 (26,7–48,3%)	3.197,5	0,006	0,124

Nota: RIPLS: *Readiness for Interprofessional Learning Scale*; EJARCI: Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; *Teste U de Mann-Whitney. #Ajuste de Holm. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Com o objetivo de identificar os aspectos que apresentaram menor pontuação relativa entre os participantes, foram examinadas as médias de cada item das escalas. Embora os dados não tenham apresentado distribuição normal, utilizaram-se as médias para facilitar a comparação descritiva entre os itens, enquanto as comparações entre residentes e preceptores foram realizadas por meio de testes não paramétricos. Ressalta-se que a seleção dos itens apresentados na Tabela 2 foi realizada com base em sua posição relativa dentro de cada instrumento, não significando, necessariamente, atitudes desfavoráveis ou escores absolutos baixos. A RIPLS utiliza respostas de 1 a 5, enquanto a EJARCI utiliza respostas de 1 a 7.

Tabela 2 – Itens que apresentaram as menores médias em comparação aos demais itens de cada escala. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Escala – Pergunta	**Média**
RIPLS – P23 Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).	2,32
RIPLS – P24 Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico).	3,23
EJARCI – P15 devido à diferença de cada função, não há muitas áreas que permitam a sobreposição de responsabilidades entre os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes/clientes.	5,36
EJARCI – P16 para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde.	6,09
EJARCI – P20 durante sua formação, todos os estudantes da área da saúde devem ter a experiência de trabalhar em equipes com estudantes de outras áreas da saúde, para que possam compreender melhor sua respectiva função.	5,18

Nota: RIPLS: *Readiness for Interprofessional Learning Scale*; EJARCI: Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Os itens apresentados na Tabela 2 corresponderam às menores pontuações relativas de cada escala. Na RIPLS, as médias mais baixas dos itens P23 e P24 indicaram menor concordância com uma concepção restrita do papel profissional, centrada exclusivamente no diagnóstico e no tratamento individual. Na EJARCI, os

itens P15 e P16, formulados em sentido negativo, apresentaram médias elevadas após a recodificação, indicando atitudes favoráveis à sobreposição de responsabilidades e à consulta a profissionais de outras áreas. O item P20 também permaneceu acima do ponto médio da escala, embora tenha apresentado concordância menos intensa, em comparação com os demais itens, quanto à importância de experiências interprofissionais durante a formação. Os dados qualitativos complementaram esses resultados ao demonstrarem que a disposição favorável à colaboração se expressava de modo mais consistente quando havia acesso à equipe e espaços efetivos de comunicação: “Por isso a importância de ter bom acesso e comunicação com a equipe… sentamos uns 20 minutos e resolvemos, chegamos a uma conclusão” (P.SSO); “Aqui na unidade conseguimos nos comunicar com a equipe e traçar objetivos juntos” (P.FIS1); “Na UTI Neonatal é muito discutido cada caso com todas as profissões… isso estimula a gente a querer trabalhar em equipe” (R.ENF2). Esses relatos convergem com os escores elevados de disponibilidade para a educação interprofissional e de atitudes favoráveis à prática colaborativa, ao mesmo tempo que introduzem a análise das condições comunicacionais necessárias para sua efetivação no cotidiano.

Na observação, a comunicação facilitada favoreceu decisões rápidas e compartilhadas. Nas aulas de reflexão integrada, a interação multiprofissional melhorou a abordagem colaborativa, resultando em estudos clínicos mais consistentes. Nos rounds da UTI, o posicionamento aberto ao diálogo do profissional médico facilitou as discussões com fisioterapeutas e enfermeiros, agilizando a definição das condutas e exemplificando a resolução de demandas mencionada pela preceptora do serviço social (P.SSO). Alinhadas a isso, estão as pontuações elevadas na RIPLS e na EJARCI, especialmente quanto à prontidão e às atitudes positivas para a EIP, o que pode sugerir que a disponibilidade para a colaboração se traduz em engajamento real quando a comunicação é facilitada.

Entretanto, as falhas de comunicação permanecem. Preceptores relataram repetição de informações e frustração: “Às vezes o médico coloca na evolução que o paciente tem alergia, mas a próxima clínica não lê isso, e o paciente precisa repetir tudo… eles já estão saturados” (P.PSI). Em decisões complexas, como a amputação, a comunicação inadequada gerou desconfiança: “A cirurgia acaba sendo cancelada, e ninguém explica os motivos, então o paciente acha que houve desleixo” (P.SSO). Um fisioterapeuta ressaltou a falta de alinhamento quanto às metas: “O paciente vai fazer traqueostomia, mas o fisioterapeuta não sabia” (P.FIS2). Esses relatos alinham-se aos

itens de menor média nas tabelas quantitativas, evidenciando que, mesmo com escores elevados de disponibilidade para a EIP, as barreiras de comunicação e coordenação comprometem o cuidado.

Nas observações das passagens de plantão, foram comuns relatos que evidenciavam dificuldades de comunicação. Por exemplo, em alguns casos, os profissionais divergiam quanto à execução dos procedimentos e não chegavam a um acordo: “Eu disse que não podia, mas o médico foi lá e deixou, agora o paciente está fazendo” (enfermeiro, observação); “Eu achava melhor que não saísse da cama, mas o fisioterapeuta disse que pode” (enfermeiro, observação).

As interações profissionais permanecem centradas nas tarefas individuais, com discussões apenas diante de situações específicas. A comunicação é frequentemente informal, nos corredores, e há pouca organização prévia, conforme os relatos: “Não existe organização para um fazer multiprofissional… se precisa do serviço social, liga para ele, mas nunca para discutir o caso, só quando estoura a bomba” (R.SSO1); “Não temos muito espaço para ligação entre profissionais… se não interessa ao seu trabalho, não existe comunicação” (R.NUT2).

Entre residentes e preceptores, há receio de retaliação e percepção de menor valorização: “Por medo de retaliação, muitas vezes deixamos de falar sobre melhorias que poderíamos contribuir” (R.FON1); “Como estudantes, nem sempre somos tão valorizados quanto preceptores” (R.FON2). Nas aulas de reflexão integrada, os professores incentivaram os residentes a comunicar suas funções e conhecimentos aos preceptores. Nos rounds, a participação dos residentes ocorreu de forma seletiva, geralmente limitada ao seu núcleo profissional. Apesar dos escores elevados nas escalas, as observações mostraram que a participação efetiva era influenciada pelas hierarquias, pelos contextos de trabalho e pelas relações entre as categorias profissionais.

Ainda sobre os rounds, a participação da equipe multiprofissional foi influenciada pelo perfil do médico, que assumiu a posição de líder em todos os momentos observados. Medicina e enfermagem tiveram maior interação; a fisioterapia envolveu-se em casos de suporte ventilatório, e a nutrição, nos casos de grandes queimaduras. Observou-se que, apesar das atitudes favoráveis identificadas nas escalas, o engajamento interprofissional variava conforme o contexto assistencial, o perfil dos profissionais e a abertura das equipes para o diálogo.

O conjunto das observações, entrevistas e dados quantitativos evidencia que a comunicação continua sendo um ponto crítico para o desenvolvimento de práticas interprofissionais, com desafios estruturais e comportamentais presentes tanto nas atividades clínicas quanto nas educativas. A Figura 1 apresenta o *joint display* elaborado para integrar os achados quantitativos, qualitativos e observacionais.

Figura 1 – *Joint-display* para integração dos dados QUAN+QUAL. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Resultado		**Integração**
Quantitativo	**Qualitativo**	
Disponibilidade para EIP e PC		
M_e pontuação global preceptores RIPLS: 112,7 EJARCI: 126,6 M_e pontuação global residentes RIPLS: 114,9 EJARCI: 128,7	**Entrevistas (pontos-chave)** *Os problemas de comunicação também podem ter relação com nossas funções. Na clínica de internação sempre tive a noção que a enfermaria é do enfermeiro e que nós somos um apêndice. Vamos lá, atendemos e saímos.* (P.SSO) *Então mesmo com uma comunicação boa, acontecia uma dificuldade para trocar informações e trabalhar com os outros, dependendo da característica de cada um*. (P.ENF1) *A gente consegue trabalhar em equipe, mas eu tenho observado pouca abertura para a equipe multiprofissional. Falta interação e até um estabelecimento real de quando fazer a discussão entre os profissionais, porque dia tem, no outro não tem.* P. (FIS1) *Quando conseguimos conversar há uma comunicação efetiva e facilitada. Na verdade, depende do profissional e da unidade. Eu vejo que na UTI, tudo mais facilitado, porque tem tudo ali. Agora, fora da UTI é mais complicado.* (R.FON1) **Observação** Comunicação dos casos com muitas interrupções, especialmente nas passagens de plantão.	Os participantes demonstram interesse nas práticas interprofissionais, porém, a aplicação prática ainda enfrenta desafios significativos. Especificamente, o perfil profissional de cada indivíduo parece influenciar a capacidade de efetivamente adotar essas práticas, com a comunicação emergindo como um ponto crítico que requer melhorias para estimular o desenvolvimento bem-sucedido dessas abordagens colaborativas.
Diferenças entre residentes e preceptores após o ajuste de Holm		
Após ajuste de Holm: RIPLS P2: p ajustado=0,004 RIPLS P5: p ajustado=0,014 EJARCI: nenhuma diferença item a item permaneceu significativa.	**Entrevistas** *Acho que um dos problemas é que os próprios profissionais criam barreiras e possuem problemas de comunicação*. (P.ENF2) *Depende do perfil da pessoa, tem profissional que gosta e profissional que não gosta de compartilhar.* (P.NUT2) *Existe uma maior interação e disponibilidade entre nutrição e fonoaudiologia, por exemplo, que elas avaliam os pacientes e nos procuram para passar a avaliação delas.* (R.ENF1) *O contato é bem presente com a*	Após o controle das comparações múltiplas, as diferenças quantitativas concentraram-se em dois itens da RIPLS relacionados ao benefício do aprendizado conjunto e ao desenvolvimento compartilhado das habilidades de comunicação. Os achados qualitativos e observacionais mostraram que as práticas comunicacionais variam segundo hierarquias, contextos e relações profissionais, ampliando a interpretação dos resultados quantitativos.

	fonoaudiologia, pela avaliação delas, então a gente tira bastante dúvida uns com os outros, pessoal da enfermagem que está bem na assistência com o paciente, então temos uma comunicação boa. (R.FIS) *Dependendo de onde você atua aqui na instituição você vai ter uma experiência multiprofissional ou interprofissional completamente diferente*. (P.SSO) **Observação** Alguns profissionais, profissões e unidades assistenciais parecem ser mais acessíveis do que outras para o compartilhamento de ideias e o trabalho colaborativo.	
Itens com menores médias relativas em cada escala		
RIPLS P23 – M_e 2,32 RIPLS P24 – M_e 3,23	**Entrevistas** *Os médicos mais antigos, às vezes resistentes às coisas novas ou até sugestões da equipe multiprofissional, por mais que tenham poucos profissionais assim, ainda tem.* (P.FIS2) *A nossa própria profissão não foi pensada antigamente para trabalhar em hospital, é uma realidade nova, então como a gente trabalha muito com um trabalho mais manual, muitas vezes não precisa da interferência de outro profissional, a gente trabalha tranquilamente sozinho no consultório*. (R.ODO1) *Nas aulas teóricas vejo que, na minha profissão principalmente, tentando explicar a todo momento ao que a gente veio. Claro que todas as profissões têm muito disso, mas eu vejo mais que a psicologia e o serviço social precisam muito provar o porquê estão ali, as pessoas têm dificuldade para saber para que chama o serviço social, para que chama a psicologia.* (R.PSI1) **Observação** Nas aulas de reflexão integrada e *rounds* clínicos na UTI, notou-se variação na comunicação entre diferentes profissões, com algumas demonstrando maior abertura do que outras.	As menores médias dos itens P23 e P24 indicaram menor concordância com uma concepção restrita do papel profissional, centrada exclusivamente no diagnóstico e no tratamento individual. Os achados qualitativos e observacionais complementaram esse resultado ao evidenciarem desafios relacionados ao reconhecimento, à delimitação e à comunicação das funções profissionais nos diferentes cenários assistenciais.
EJARCI: P15 – M_e 5,36 EJARCI: P16 – M_e 6,09 EJARCI: P20 – M_e 5,18	**Entrevistas** *Há uma dificuldade com o serviço social, justamente porque eles vêm com uma formação de uma outra vertente do estudo que não é da saúde.* (R.FON2) *[...] essa dificuldade de conhecer o trabalho do outro ocorre muito em função da formação na graduação também, que é mais isolada das outras profissões*. (R.PSI1) *É necessário quebrar essa competitividade entre os profissionais, que tentam ser*	Embora os itens P15, P16 e P20 tenham apresentado as menores médias relativas da EJARCI, seus valores permaneceram acima do ponto médio da escala. Nos itens P15 e P16, formulados em sentido negativo e recodificados antes da análise, as médias indicaram atitudes favoráveis à sobreposição de responsabilidades e à consulta a profissionais de outras áreas. O item P20 também indicou concordância favorável com a

	melhor do que os outros nisso ou naquilo durante o cuidado. Pessoas que não querem ensinar, com dificuldade de fazer trocas de aprendizado. (R.PSI2) *Tem médico que quando vê a fonoaudióloga não entende, porque ele diz que o paciente está falando bem. Então ele nem sabe que nós trabalhamos com deglutição, então tem alguns profissionais que você teria que explicar à beira do leito qual sua função ali.* (P.FON) **Observação** Foi observado que a falta de comunicação pode estar relacionada ao desconhecimento das contribuições que determinada profissão pode oferecer ao processo de cuidado.	importância de experiências interprofissionais durante a formação, embora menos intensa em comparação aos demais itens da escala. Os achados qualitativos e observacionais mostraram, entretanto, que essas atitudes favoráveis nem sempre se concretizavam no cotidiano, especialmente diante do desconhecimento das funções profissionais, das hierarquias e das barreiras comunicacionais.

Nota: M_e: Média; EIP: Educação Interprofissional; PC: Prática Colaborativa; RIPLS: *Readiness for Interprofessional Learning Scale*; EJARCI: Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional.
Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

DISCUSSÃO

Com relação às atitudes e percepções de preceptores e residentes acerca das práticas interprofissionais, a análise quantitativa identificou diferenças em dois itens da RIPLS após o controle para comparações múltiplas. A análise qualitativa aprofundou a compreensão das percepções e dos desafios enfrentados por residentes e profissionais, reforçando a contribuição da abordagem mista para interpretar o fenômeno para além das diferenças entre os grupos.

Tanto preceptores quanto residentes demonstraram escores elevados de disponibilidade para as práticas interprofissionais. Esse resultado pode favorecer a implementação de práticas colaborativas nos ambientes de ensino e trabalho. A avaliação do nível de prontidão dos participantes para aprender, ensinar e colaborar em ambientes multiprofissionais é fundamental para o planejamento e a execução bem-sucedidos de atividades interprofissionais[14,15]. Para tanto, é fundamental reconhecer as dimensões das práticas interprofissionais, as interações entre os grupos profissionais, a dinâmica do trabalho em equipe e a clareza dos papéis e das responsabilidades de cada membro[2,7].

Apesar da disposição para colaborar, os resultados evidenciam desafios na prática. As diferenças quantitativas que permaneceram estatisticamente significativas após o ajuste de Holm concentraram-se no reconhecimento do benefício do aprendizado conjunto para os pacientes e na aprendizagem compartilhada das habilidades de comunicação. Entrevistas e observações, por sua vez, revelaram variações mais amplas

na comunicação e na colaboração, de acordo com as relações profissionais e os contextos de trabalho, apontando para a necessidade de estratégias de formação interprofissional. Estudos também destacam lacunas na formação e no desenvolvimento de habilidades colaborativas, essenciais para compreender as funções dos membros da equipe e estabelecer metas compartilhadas[16–19].

Além disso, os participantes enfatizaram que a comunicação é fundamental para o desenvolvimento de práticas interprofissionais exitosas. Estudos apontam que a comunicação aberta e efetiva pode permitir que a equipe se apoie mutuamente, aumentando, assim, a possibilidade de construir redes de apoio e estimular práticas interprofissionais[7,14,20]. No entanto, também revelam desafios substanciais, tais como a falta de comunicação entre as equipes, as interrupções frequentes durante as passagens de plantão e a dificuldade de alguns profissionais para compreender e valorizar as funções de outros membros da equipe de saúde. Essa realidade não se limita ao local investigado, conforme observado em outras pesquisas[15,21–23].

Há diferenças na percepção das funções profissionais. Alguns participantes destacaram que a ênfase na formação em suas respectivas áreas pode limitar sua compreensão das funções desempenhadas por outros profissionais de saúde. Isso pode resultar na falta de reconhecimento das contribuições de outros membros da equipe. Diante desse cenário, enfatiza-se a importância de criar oportunidades para que estudantes de diversas áreas interajam e aprendam uns com os outros desde a graduação, uma vez que experiências compartilhadas entre diferentes cursos de graduação estão associadas a atitudes positivas e a uma maior disponibilidade de estudantes e graduados para a aprendizagem e o trabalho interprofissionais[24].

A implementação dessa abordagem desde a graduação pode mitigar outra questão frequentemente ressaltada pelos participantes, relacionada às dificuldades no relacionamento com a medicina, que, embora não esteja incluída na RMS, constitui uma categoria profissional que mantém interações diárias com outros profissionais de saúde. O modelo médico-centrado, ainda predominante na formação, representa um obstáculo considerável à promoção das práticas interprofissionais, ao privilegiar a centralidade do médico em detrimento da colaboração e do reconhecimento das contribuições de todos os membros da equipe de saúde[25]. No entanto, essa dinâmica pode ser transformada com a adoção de abordagens educacionais que incentivem o aprendizado conjunto entre profissionais de diferentes áreas.

Especificamente no contexto da RMS, os resultados apontam para a necessidade de abordagens educacionais e organizacionais que promovam uma comunicação efetiva e uma compreensão mais profunda das funções de cada membro da equipe de saúde. Isso pode incluir treinamento em habilidades de comunicação, oportunidades de aprendizagem interprofissional e um ambiente de trabalho que valorize a colaboração[26]. Ao abordar essas questões, as instituições de saúde podem melhorar a qualidade do atendimento, a satisfação dos pacientes e a experiência de trabalho dos profissionais de saúde[2,7].

Este estudo evidenciou a importância da equipe multiprofissional ao identificar fatores que impactam a colaboração interprofissional e os desafios da comunicação. Destaca-se a necessidade de aprimorar as habilidades comunicativas e a formação interprofissional desde a graduação. As práticas interprofissionais aprimoram a qualidade do cuidado, desenvolvem competências clínicas, reduzem erros, promovem a educação continuada e fortalecem o trabalho em equipe, capacitando os profissionais para a liderança e o enfrentamento dos desafios da assistência à saúde.

Algumas características deste estudo devem ser consideradas na interpretação dos resultados, como a amostra restrita a um único programa de RMS, o uso de escalas de autorresposta, que pode produzir viés de desejabilidade social, e a extensão do período de coleta, sujeita a tendências temporais. A ausência de comparação com programas similares de outras instituições também limita a compreensão das especificidades do programa estudado. Embora a RIPLS e a EJARCI tenham apresentado consistência interna global aceitável na amostra, o fator Identidade profissional da RIPLS apresentou alfa de Cronbach de 0,33, recomendando cautela na interpretação isolada dessa dimensão. Além disso, o ajuste de Holm reduziu o número de diferenças significativas nas análises item a item, reforçando o caráter exploratório dessas comparações e a necessidade de valorizar a integração com os achados qualitativos e observacionais.

CONCLUSÃO

Após o ajuste para comparações múltiplas, foram identificadas diferenças entre residentes e preceptores em dois itens da RIPLS, relacionados ao reconhecimento dos benefícios do aprendizado conjunto para os pacientes e à aprendizagem compartilhada das habilidades de comunicação. Não foram observadas diferenças significativas nos itens da EJARCI após o ajuste. Com relação à colaboração interprofissional, os

participantes apresentaram escores elevados nas escalas de disponibilidade para a aprendizagem interprofissional e de atitudes relacionadas à colaboração. No entanto, também foram destacados desafios na comunicação e na compreensão das funções profissionais, apontando para a necessidade de melhorar a coordenação e o planejamento das atividades interprofissionais.

A abordagem mista permitiu identificar diferenças entre residentes e preceptores em itens específicos relacionados à aprendizagem interprofissional, além de possibilitar a compreensão de como as dinâmicas de comunicação e colaboração se manifestavam nas experiências relatadas e nas práticas observadas no contexto clínico e formativo.

REFERÊNCIAS

1. Mclaney E, Morassaei S, Hughes L, Davies R, Campbell M, Di Prospero L. A Framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: advancing team competencies and behaviors. Healthc Manage Forum [Internet]. 2022 [citado em 2025 out. 29];35(2):112-7. Disponível em: https://doi.org/10.1177/08404704211063584

2. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 [citado em 2025 out. 29];6(6):CD000072. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3

3. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. J Interprof Care [Internet]. 2020 [citado em 2025 out. 29];34(3):332-42. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007

4. Bender M, Veenstra J, Yoon S. Improving interprofessional communication: conceptualizing, operationalizing and testing a healthcare improvisation communication workshop. Nurse Educ Today [Internet]. 2022 [citado em 2025 out. 29];119:105530. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105530

5. Nascimento ACB, Omena KVM. Interprofessional education in Multiprofessional Residency Programs in Health in Brazil: an integrative review. Res Soc Dev [Internet]. 2021 [citado em 2025 out. 29];10(4):e8010413655. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13655

6. 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 Enferm [Internet]. 2021 [citado em 2025 out. 29];29:e3390. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.4044.3390

7. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado em 2025 out. 29]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice

8. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [citado em 2025 out. 29];26(3):e1590016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016

9. 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 [Internet]. 2018 [citado em 2025 out. 29];34(4):285-91. Disponível em: https://doi.org/10.3233/EFI-180221
10. Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Cross-cultural adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in Brasil. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [citado em 2025 out. 29];49:7-15. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002

11. Abed MM, Pereira ERS, Grosseman S. Adaptação transcultural da Escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional. Núcleo do Conhecimento [Internet]. 2021 [citado em 2025 out. 29];6(10):22-44. Disponível em: https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/escala-jefferson

12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70; 2016.

13. Maffissoni AL. Desafios e potencialidades para o desenvolvimento de práticas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital do Sul do Brasil [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2023. [citado em 2026 set. 18] Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/262922/PNFR1311-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y

14. O'Leary N, Salmon N, O'Donnell M, Murphy S, Mannion J. Interprofessional education and practice guide: profiling readiness for practice-based IPE. J Interprof Care [Internet]. 2023 [citado em 2025 out. 29];37(1):150-5. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2038551

15. 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 [Internet]. 2023 [citado em 2025 out. 29];27:e230305. Disponível em https://doi.org/10.1590/interface.230305

16. Cortes T. Building interprofessional teams through partnerships to address quality. Nur Sci Q [Internet]. 2019 [citado em 2025 out. 29];32(4):288-90. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0894318419864343

17. Waggie F, Arends NE. Exploring interprofessional teamwork at a tertiary public hospital in South Africa. J Interprof Care [Internet]. 2021 [citado em 2025 out. 29];35(5):672-81. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1803225

18. Kwak J, Jamal A, Jones B, Timmerman GM, Hughes B, Fry L. An interprofessional approach to advance care planning. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. 2022 [citado em 2025 out. 29];39(3):321-31. Disponível em https://doi.org/10.1177/10499091211019316

19. Araújo MC, Peduzzi M, Mazzi NR, Souza CMS, Leonello VM. Preceptorship contributions to the development of clinical and managerial skills in nursing residency. Rev Bras Enferm [internet]. 2023 [citado em 2025 out. 29];76(2):e20220510. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0510

20. Demogalski JT, Alves FBT, Cabral LPA, Gren CRB, Bordin D, Fadel CB. Qualification of multiprofessional residence in health: critical opinions of preceptors. Rev Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2021 [citado em 2025 out. 29];13:136-43. Disponível em: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7974

21. Bekkink MO, Farrell SE, Takayesu JK. Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. Int J Med Educ [Internet]. 2018 [citado em 2025 out. 29];9:262-70. Disponível em: https://doi.org/10.5116/ijme.5bbb5.c111

22. Monroe KK, Kelley JL, Unaka N, Burrows HL, Marshall T, Lichner K, et al. Nurse/Resident Reciprocal Shadowing to Improve Interprofessional Communication. Hosp Pediatr [internet] 2021 [citado em 2025 out. 29];11(5):435-45. Disponível em: https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-002345

23. Theodosio BAL, Ribeiro LF, Andrade MIS, Mpomo JSVMM. Barriers and facilitating factors of multiprofissional health work in the COVID-19 Pandemic. Braz J Dev [Internet] 2021 [citado em 2025 out. 29];7(4):33998-34016. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-044

24. Toassi RFC, Meireles E, Peduzzi M. Interprofessional practices and readiness for interprofessional learning among health students and graduates in Rio Grande do Sul, Brazil: a cross-sectional study. J Interprof Care [internet] 2021[citado em 2025 out. 29];35:391-9. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1773419

25. Lago LPM, Dóbies DV, Fortuna CM, L'Abbate S, Silva JAM, Matumoto S. Resistance to interprofessional collaboration in in-service training in primary health care. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2022 [citado em 2025 out. 29];56:e20210473. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0473en

26. Cavalcante TCB, Azevedo MM, Castro IMC, Pantoja JP, Moreira EMSS, Vasconcelos Filho CRM. Practical contributions to the training of residentes through the multiprofissional bedsite visit. Res Soc Dev [Internet] 2022 [citado em 2025 out. 29];1(8):e16211830584. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i830584