

Actitudes para la colaboración interprofesional de equipos de Atención Primaria participantes del Programa Más Médicos

José Rodrigues Freire Filho¹
Marcelo Viana da Costa²
Carinne Magnago³
Aldaísa Cassanho Forster⁴

Objetivos: comparar las actitudes en relación a la colaboración interprofesional de profesionales de la salud componentes de equipos de la Estrategia Salud de la Familia, participantes del Programa Más Médicos; e identificar los factores asociados a actitudes de colaboración interprofesional. **Método:** estudio descriptivo, transversal y comparativo, desarrollado con 63 profesionales de la salud que respondieron a la Escala Jefferson de Actitudes Relacionadas a la Colaboración Interprofesional. Los datos fueron analizados estadísticamente. **Resultados:** la suma de los ítems de la escala varió de 88 a 139 puntos. El análisis del conjunto de los equipos de la ESF indicó diferencias estadísticas significativas entre los puntajes de la escala y la categoría profesional y entre los puntajes y la escolaridad, sugiriendo que los enfermeros y los profesionales con nivel superior son más inclinados para la práctica colaborativa. El análisis según el perfil del médico - brasileño, participante de intercambio o cubano - no determinó diferencias estadísticas en los puntajes de los médicos ni en los puntajes de los componentes de los equipos de diferentes perfiles. **Conclusión:** el perfil no sugirió mayor o menor inclinación, con significación estadística, de los médicos o de los equipos para el trabajo interprofesional. Este estudio, inédito en Brasil, puede auxiliar nuevas investigaciones que contribuyan para realizar análisis más robustos sobre la colaboración interprofesional y el impacto del Más Médicos.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Relaciones Interprofesionales; Grupo de Atención al Paciente; Estrategia de Salud Familiar; Médicos; Conducta Cooperativa.

¹ Estudiante de doctorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Consultor técnico, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América.

² PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Pau dos Ferros, RN, Brasil.

³ PhD, Profesor Doctor, Escola de Saúde, Faculdade Meridional, Passo Fundo, RS, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, Forster AC. Attitudes towards interprofessional collaboration of Primary Care teams participating in the 'More Doctors' (*Mais Médicos*) program. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3018. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>.

mes día año

URL

Introducción

La colaboración interprofesional, entendida como aquella en que los profesionales actúan de forma integrada, compartiendo objetivos y colocando los usuarios en la centralidad del proceso, viene siendo ampliamente discutida. Ella ha sido apuntada como premisa capaz de reorientar el modelo de formación y de atención a la salud y de elevar la capacidad de respuesta a las demandas de salud de la población, fortaleciendo, así, los sistemas de salud⁽¹⁻³⁾.

Delante de las necesidades de salud cada vez más dinámicas y complejas, marcadas por el incremento de nuevos riesgos infecciosos, ambientales y comportamentales, queda más evidente la importancia de la interprofesionalidad, la cual presupone la conciliación de conocimientos y prácticas y la administración de visiones distintas – inclusive opuestas – en un proceso permanente de compartir entre diferentes profesionales⁽⁴⁾.

En Brasil, ese abordaje asume singular importancia a partir de la premisa de que “el Sistema Único de Salud (SUS) es interprofesional”⁽⁵⁾, una vez que – orientado por los principios de la integralidad, equidad y universalidad – contempla fuertes bases estructurales para la educación y la colaboración interprofesional. Esos principios ganaron más fuerza con el advenimiento de la Atención Primaria a la Salud (APS) que – por medio de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) como siendo modelo de reorientación del SUS – incorpora diversas profesiones en equipos para actuación compartida.

Sin embargo, la ESF, desde su creación, enfrenta dificultades de expansión relacionada a la escasez y a la distribución desigual de los médicos, especialmente en territorios de gran vulnerabilidad social, ya que se trata de un profesional esencial para la composición de los equipos. Ese escenario compromete, de forma importante, la resolución de ese nivel de atención, que es la puerta de entrada preferencial al SUS⁽⁶⁾.

Para el enfrentamiento de esa situación, históricamente, el gobierno brasileño implementó diversas políticas de extensión de cobertura e interiorización de la medicina. Recientemente, en 2013, fue implantado el Programa Más Médicos (PMM), que comprende un conjunto de acciones que propone disminuir la insuficiencia de médicos en la APS, entre ellas el suministro de emergencia de ese profesional en la ESF⁽⁷⁾. Con ese objetivo, fueron incluidos más de 18 mil médicos brasileños y participantes de programas de intercambio en equipos multiprofesionales, garantizando la asistencia a 63 millones de brasileños.

Además de aumentar la cantidad que componen los equipos y la expansión de la ESF, se espera que el contexto promovido por el PMM desencadene

repercusiones positivas en la dinámica del proceso de trabajo y en la atención a las necesidades de la población. En ese sentido, las prácticas de salud encuentran en los principios de colaboración e inter-profesionalidad, un importante recurso para la optimización de los resultados asistenciales⁽¹⁾.

A pesar de la composición multiprofesional de los equipos de la ESF, en lo cotidiano del trabajo todavía son percibidas barreras que obstaculizan la práctica de colaboración; entre ellos la postura individualista de los profesionales frente al proceso del trabajo en equipo⁽⁸⁾, la que proviene, sobre todo, de un proceso de formación académica que conduce a la formación profesionales individualistas⁽⁹⁾.

Dado el poco tiempo de implantación del PMM, todavía son escasos los estudios que se debuzan sobre el impacto de ese programa, y no hay estudios que objetiven demostrar diferencias relacionados a los aspectos del trabajo interprofesional.

Puesto esto, este artículo asume como tema central la práctica colaborativa en el ámbito del PMM, con la pretensión de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias de actitudes en relación a la colaboración interprofesional de profesionales componentes de equipos de ESF participantes del PMM?

Así, los objetivos delineados para este estudio fueron: 1) comparar las actitudes en relación a la colaboración interprofesional de profesionales de salud componentes de equipos de la ESF participantes del PMM, considerando tres perfiles diferentes: equipo con médicos brasileños, equipo con médicos de programas de intercambio y equipo con médicos provenientes de la cooperación entre la Organización Panamericana de Salud (OPAS), Brasil y Cuba; y 2) identificar los factores asociados a actitudes de colaboración interprofesional.

Método

Se trata de estudio descriptivo, transversal, comparativo y cuantitativo, desarrollado en Minas Gerais, en Brasil, en el territorio bajo cuatro instituciones supervisoras del PMM en el estado: a) Región Central - Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte (SMSA-BH); b) Norte - Universidad Estatal de Montes Claros (Unimontes); c) Vale de Jequitinhonha - Universidad Federal de los Vales del Jequitinhonha y Mucuri (UFVJM); y d) Triángulo Mineiro - Universidad Federal de Uberlândia (UFU).

Esas instituciones, en conjunto, son responsables por la supervisión de 448 médicos del eje del suministro de emergencia, integrantes de los equipos de salud de

la familia, cuyo conjunto de profesionales forman la población del estudio.

Para fines de selección de los médicos fue adoptado como criterio de inclusión haber realizado el 1º ciclo de formación del proyecto, es decir el Curso de especialización en Salud de la Familia. Los profesionales de la salud, a su vez, deberían actuar directamente con el médico y ser preferencialmente, pero no exclusivamente, componente del equipo mínimo de ESF, con un tiempo mínimo de actuación en la ESF de un año.

Los criterios de exclusión utilizados fueron: encontrarse de vacaciones, de licencia o ausente de sus funciones, durante el período de la recogida de datos.

Para determinación de la muestra se incluyeron aleatoriamente, por sorteo, tres equipos de ESF, por territorio de actuación (institución supervisora), siendo uno de cada perfil: a) equipo con médico de perfil brasileño; b) equipo con médico del intercambio profesional; y c) equipo con médico cooperado (cubano). La excepción se aplicó al territorio de la UFVJM, en que fueron incluidos apenas dos equipos, esto porque el médico del equipo de perfil de intercambio profesional sorteado había finalizado su contrato y retornado a su país de origen, algunos días antes de la recogida de los datos. Dos nuevos sorteos de equipos fueron realizados, pero los médicos no aceptaron la invitación.

La muestra final totalizó 63 sujetos, entre los cuales 11 médicos y un asistente social que componía uno de los equipos de la ESF.

Los datos fueron recogidos, en noviembre y diciembre de 2016, por medio de la Escala Jefferson de Actitudes Relacionadas a la Colaboración Interprofesional (EJARCI), que tiene por finalidad medir la actitud en relación a la colaboración interprofesional de profesionales de la salud. Este instrumento fue recientemente adaptado transculturalmente y validado en Brasil. La adaptación siguió las etapas de traducción, retrotraducción, evaluación por comité de especialistas y aplicación de pretest. A continuación, el instrumento fue sometido a validación de constructo y de confiabilidad, con 128 profesionales de la APS⁽¹⁰⁾.

El instrumento original, *Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration*, fue desarrollado en 2014⁽¹¹⁾, habiendo sido comprobado y validado con 1.976 estudiantes norteamericanos y australianos de diferentes profesiones de la salud.

La EJARCI está estructurada en 20 ítems que deben ser respondidos utilizando variables de concordancia/discordancia mediante una escala del tipo Likert con siete niveles, siendo el menor nivel *no concuerdo completamente* (1) y el mayor nivel *concuerdo completamente* (7). La actitud en relación a la colaboración es reflejada por el puntaje total en la

escala, que puede variar de 20 a 140, con puntuaciones más altas indicando actitudes más positivas.

Se aplicó, también, un cuestionario para determinación del perfil del encuestado, con variables relacionadas al histórico de formación y trabajo.

Los datos fueron analizados estadísticamente por medio del SPSS versión 21. Se asumió para las pruebas de hipótesis una significación de 5%.

De los 20 ítems de la escala, ocho son cotizados de forma inversa y, por eso, para el análisis, tales ítems fueron codificados nuevamente, es decir, se realizó la inversión de los puntos de forma equivalente, conforme recomendación de los autores⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

La consistencia interna del instrumento fue comprobada a partir del test Alfa de Cronbach, considerando como buen nivel de consistencia un valor superior a 0,7.

Las comparaciones de las puntuaciones totales de la EJARCI fueron hechas en las puntuaciones brutas: media, mediana y desviación estándar. Para identificar el grado de asociación entre las respuestas de la EJARCI - con el tiempo de formación, de actuación profesional, de actuación en el SUS y en la ESF - se realizó el test de correlación de Spearman.

Para comprender las diferencias en la distribución de respuesta de la escala entre profesionales con diferentes grados de instrucción fue adoptado el test U de Mann-Whitney, y para comprobar la diferencia entre las respuestas de acuerdo con la categoría profesional y tipo de equipo fue adoptado el test de Kruskal-Wallis. En ese análisis, cuando ocurrió el rechazo de la hipótesis nula se aplicó el test de múltiples comparaciones de Dunn con corrección de Bonferroni, con la finalidad de identificar cuales pares presentaron distribución estadísticamente significativa.

En obediencia a las directrices de la Resolución nº 466, de 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud de Brasil, el proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Sao Paulo, recibiendo el No. CAAE 47794815.6.0000.5414, habiendo sido aprobado por el Parecer nº 1.265.019, de 06 de octubre de 2015.

Resultados

Participaron del estudio 63 profesionales, de los cuales 88,9% eran mujeres. La media de edad fue de 38,6 años ($\pm 9,04$) (Tabla 1).

Considerando las respuestas de la escala por los 63 encuestados, la puntuación final del sumatorio de los ítems varió de 88 a 139 puntos, con mediana de 121 ($\pm 11,97$; IC95%: 119,56-122,09). Se observó alto nivel de consistencia interna de la escala, determinado por el Alfa de Cronbach igual a 0,71.

Tabla 1 - Perfil sociodemográfico de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (n= 63). Minas Gerais, Brasil, 2016

Variabes	Media (± DE*)	IC* 95% de la media
Edad (años)	38,6 (±9)	[36,3 – 40,8]
Tiempo de formación (años)	9,78 (±7,9)	[6,65 – 12,90]
Años de profesión	8,23 (±6,6)	[6,56 – 9,89]
Años en el Sistema Único de Salud	6,3 (±5,3)	[4,96 – 7,63]
Años en la Estrategia Salud de la Familia	5,36 (±4,2)	[4,28 – 6,43]
Sexo	n	%
Femenino	56	88,9
Masculino	7	11,1
Territorio de actuación		
Uberlandia	21	33,3
Belo Horizonte	13	20,6
Montes Carlos	21	33,3
Diamantina/Couto Magalhaes	8	12,7
Enseñanza Superior		
No	35	55,6
Si	28	44,4
Especialización		
Si	19	30,2
No	9	14,3
No se aplica	36	55,6
Perfil del equipo		
Brasileño	18	28,6
Cubano	27	42,9
Del intercambio profesional	18	28,6
Profesión		
Agente comunitario de salud	31	49,2
Asistente social	1	1,6
Enfermero	11	17,5
Médico	11	17,5
Tec./auxiliar de enfermería	9	14,3

*DE - Desviación Estándar; †IC - Intervalo de Confianza

El test de Kruskal-Wallis realizado para determinar si hubo diferencias en los puntajes de la EJARCI de los médicos de diferentes perfiles, no indicó diferencias estadísticamente significativas ($p=0.315$). El perfil de equipo del PMM también no produjo diferencias en los puntajes de los profesionales ($p=0.924$). Lo que implica que el perfil del médico, sea este brasileño, o del intercambio profesional o cubano, no se reflejó, en esta muestra, en mayor o menor inclinación de los componentes del equipo para el trabajo interprofesional (Tabla 2).

Conforme expuesto en la Tabla 3, la comparación de los puntajes entre los diferentes grupos profesionales resultó en diferencias con significación estadística ($p=0.001$), con puntajes más elevados para los enfermeros. El análisis *post hoc* para identificación de los pares que difirieron reveló diferencias estadísticamente significativas en los puntajes entre enfermeros y agentes comunitarios ($p=0.001$).

Fue identificada diferencia estadísticamente mayor en profesionales con nivel superior ($p<0.001$), en cuanto el puntaje de los profesionales con especialización no difirió ($p=0.383$).

La nacionalidad y la naturaleza jurídica de las instituciones de enseñanza superior en donde se graduaron los médicos no atribuyeron diferencias significativas en relación a los puntajes obtenidos con las respuestas de esos profesionales ($p=0.662$; $p=1$, en esta orden), como indica la Tabla 4.

El análisis entre la media de las respuestas de la escala con el tiempo de profesión resultó en correlación positiva y significativa ($R_{(s)} = 0.368$; $p=0.003$), insinuando que cuanto mayor es el tiempo de profesión, mayor es la disposición para actitudes colaborativas. La apreciación comparativa entre el puntaje de la escala y el tiempo de formación de los encuestados ($R_{(s)} = -0.003$; $p=0.987$), de actuación en el SUS ($R_{(s)} = -0.008$; $p=0.973$) y de actuación en la ESF ($R_{(s)} = -0.030$; $p=0.897$), a su vez, no indicó correlación.

Tabla 2 - Análisis entre las respuestas a la Escala Jefferson de Actitudes Relacionadas a la Colaboración Interprofesional de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia y el perfil del equipo según el Programa Más Médicos. Minas Gerais, Brasil, 2016

Perfil del equipo	N	Media	Mediana	Desviación Estándar	p-valor
Médicos (n=11)					
Brasileño	4	120,7	121	3,3	
Cooperado (Cubano)	4	127,2	127,5	4,1	0.315
Del Intercambio profesional	3	126,6	132	15,6	
Equipos (n=63)					
Brasileño	18	119	121	12,2	
Cooperado (Cubano)	27	119,4	122	12,5	0.924
Del Intercambio profesional	18	118,5	117,5	11,5	

Tabla 3 - Análisis entre las respuestas a la Escala Jefferson de Actitudes Relacionadas a la Colaboración Interprofesional y los diferentes profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (n= 63). Minas Gerais, Brasil, 2016

Profesión	N	Media	Mediana	Desviación Estándar	Intervalo de confianza de 95% para la media		p-valor
					Límite inferior	Límite superior	
Agente comunitario	31	112,7	110	11,91	108,3	117	
Asistente Social	1	-	-	-	-	-	
Enfermería	11	128	130	7,97	122,6	133,3	0.001
Medicina	11	124,7	124	8,22	119,2	130,2	
Técnico/Auxiliar de Enfermería	9	122,4	126	9,26	115,3	129,5	

Tabla 4 - Análisis entre las respuestas a la Escala Jefferson de Actitudes Relacionadas a la Colaboración Interprofesional de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia y variables de formación académica. Minas Gerais, Brasil, 2016

Variable	N	Media	Mediana	Desviación Estándar	p-valor
Equipo (n=63)					
Enseñanza superior					
No	35	113,7	115	11,9	0.000
Si	28	125,7	127	8,2	
Especialización					
No	9	122,1	129	11,1	0.383
Si	19	127,4	127	6,1	
Médicos (n=11)					
Nacionalidad					
Brasileña	6	123,8	123,5	5,5	0.662
Extranjera	5	125,8	127	11,3	
Naturaleza de la IES*					
Pública	7	124,5	124	9,5	1.00
Privada	4	125	125,5	6,4	

*IES - Institución de Enseñanza Superior

Discusión

Esta investigación agrega conocimiento actualizado sobre la colaboración interprofesional entre diferentes componentes de equipos de la ESF en Brasil, la cual presupone esfuerzo mutuo, diálogo y el compartir informaciones y acciones, teniendo en vista la solución de los problemas de salud de la población. Eso implica en conocer y comprender las atribuciones de cada profesional y su importancia como componente del equipo en una perspectiva horizontal⁽¹²⁾. En ese entendimiento, las relaciones profesionales construidas bajo el sesgo histórico de la jerarquía pueden afectar las actitudes de los trabajadores de la salud en relación a la práctica colaborativa.

En este estudio, se encontró que las actitudes de los enfermeros fueron más positivas que las de los demás profesionales. Ese resultado es consistente con hallazgos previos de estudios que aplicaron escalas semejantes a la utilizada por esta investigación, con el objetivo de establecer comparaciones entre médicos y enfermeros⁽¹³⁻¹⁷⁾.

La participación del profesional de enfermería es vital para el avance de la APS y, consecuentemente, del SUS y de la ampliación del acceso a los cuidados primarios basados en evidencias científicas y seguras⁽¹⁸⁾. Para esto, enfermeros y médicos precisan fortalecer las relaciones colaborativas y trabajar lado a lado con el objetivo de ofrecer cuidados eficaces a la población⁽¹⁹⁾.

A pesar del destaque del grupo de enfermeros, el puntaje medio de los diferentes grupos profesionales fue elevado (>112), lo que demuestra que todas las categorías tienen actitudes a favor de la colaboración interprofesional, conforme encontrado en otro estudio⁽²⁰⁾.

La enseñanza superior, en esta muestra, actuó como variable interviniente en el resultado de la escala, indicando mayor disponibilidad de los graduados a la colaboración. También fue encontrada relación positiva entre los años de práctica profesional y la colaboración interprofesional, tal como mostró un estudio realizado con médicos y enfermeros americanos⁽²¹⁾.

Sobre la formación en salud, la literatura apunta que todavía existe resistencia para la superación de procesos formativos que legitiman un modelo de atención

a la salud guiado en la fragmentación del trabajo. Así, los profesionales continúan siendo formados en una perspectiva individual profesional para en el futuro trabajar en equipo, esto es un absurdo que provoca implicaciones para el desarrollo y calidad de las acciones de salud ofrecidas⁽²²⁾. En ese sentido, el desarrollo de competencias colaborativas todavía es desafiador para el modelo hegemónico de formación en salud, ya que este centra sus esfuerzos en el desarrollo de competencias específicas, fortaleciendo lo que la literatura está siendo llamado de tribalismo de las profesiones⁽²³⁻²⁴⁾.

Una de las características más fuertes, y que justifica la colaboración como diferencial para la reorientación de las prácticas de salud, es la centralidad del usuario en la producción de los servicios de salud. Es esa centralidad que demanda los demás principios de la colaboración: compartir los objetivos comunes; colaborar para estimular el proceso de permanente interacción; interdependencia amplia entendida como el reconocimiento del carácter complementario de las diferentes profesiones; y equilibrio de poderes entre ellas⁽²⁵⁾.

En esa perspectiva, existe mucho a ser hecho para asegurar que la formación profesional en salud tenga por enfoque la población y las necesidades de los sistemas de salud y para que los profesionales de salud actúen de modo integrado en pro de la oferta de cuidados integrales como prevén las directrices del SUS⁽²⁶⁾.

La operacionalización de la Reforma de la Salud en Brasil se extendió por más tiempo que en países con sistemas de salud orientados por la APS, como Canadá, España y Cuba. En esos países, la formación, desde 1980, fue reglamentada con base en la APS, asumiendo la residencia médica en el área como "estándar oro" de formación y como obligatorio para incorporación al sistema de salud⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Dentro de ese raciocinio, un estudio producido en relación al PMM apunta que los pertenecientes al programa de intercambios y cooperados poseen habilidades y experiencias prácticas diferentes en relación a los médicos brasileños, como la centralidad en la abordaje comunitario; el intercambio de conocimientos y prácticas con el conjunto del equipo; y el establecimiento de vínculo estrecho con el usuario y la comunidad. Tales competencias contrastan con la práctica de gran parte de los médicos brasileños, que todavía mantienen una centralidad excesiva en el abordaje individual y una visión individualista de profesionales liberales⁽³⁰⁾.

Entonces, se podría haber esperado que los diferentes perfiles médicos produjesen diferencias estadísticas, con relación a las actitudes interprofesionales, lo que no fue observado en este trabajo, a pesar de que los

puntajes de los médicos del programa de intercambios y cooperados hubiesen sido superiores a las puntuaciones de los médicos brasileños.

Considerando que todos los médicos incluidos en este estudio se sometieron al 1º ciclo formativo del proyecto - Especialización en Salud de la Familia - eso pudo haber sido uno de los motivos para la no producción de resultados diferenciados entre los distintos perfiles de médicos.

El hecho que el PMM es reciente y todavía son necesarias evidencias sobre las implicaciones de la presencia del médico de emergencia en la dinámica del trabajo en salud, el que es, en su esencia, colectivo. Sin embargo, se piensa que el PMM es un fuerte dispositivo de intercambio de experiencias y prácticas entre profesionales extranjeros y brasileños y de producción de cambios en el proceso de trabajo.

Las limitaciones del estudio incluyen la determinación de la muestra sin cálculo, de modo que el tamaño de muestreo pudo no ser representativo. Así, la generalización de los resultados debe ser vista con cautela. La ausencia de estudios documentados de aplicación de la EJARCI puede ser también reconocida como una limitación, ya que restringió la comparación de los datos.

No obstante, este estudio de carácter inédito en Brasil se presenta como punto de partida para realizar nuevas investigaciones que contribuyan para análisis más profundos sobre la colaboración interprofesional en los equipos de la ESF y para evaluación del impacto del PMM bajo diferentes perspectivas.

Conclusión

Los resultados indicaron que, en el conjunto de los equipos del PMM estudiados, el perfil brasileño, cubano o del intercambio profesional, no implicó en diferencias estadísticas relacionadas a las actitudes colaborativas; por otro lado, la formación superior y el mayor tiempo de actuación profesional mostraron tener efecto positivo sobre las actitudes. También, se evidenció que las perspectivas divergentes - previamente demostradas en otros estudios, sobre la colaboración interprofesional entre diferentes profesionales - también pueden existir en la APS, ratificando a los enfermeros como la categoría profesional más inclinada para las prácticas colaborativas.

Es necesario realizar más estudios para comprobar la influencia de diferentes variables en la actitud profesional para prácticas colaborativas. También, se recomienda realizar investigaciones que comparen las actitudes interprofesionales entre equipos participantes y no participantes del PMM.

Referencias

1. Pan American Health Organization. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting. Bogota, Colombia, 7-9 Dec. 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.
2. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014 [cited Nov 10, 2017];370(10):950-7. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1111610>
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educ Med*. 2015 [cited Apr 17, 2018];16(1):9-16. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.011>.
4. Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2017. United Kingdom: CAIPE; 2017.
5. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface*. 2016 Mar [cited Aug 25, 2017];20(56):199-201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>
6. Carvalho MS, Sousa MF. How has Brazil dealt with the topic of provision of physicians? *Interface*. [Internet]. 2013 [cited Ago 29, 2017];17(47):913-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>.
7. Pinto HA, Sales MJT, Santos JT, Figueiredo AM, Brizolara R, Oliveira FP. Mais Médicos Program and the strengthening of Primary Care. *Divulg Saúde Debate*. 2014;(51):105-20.
8. Freire Filho JR, Forster AC, Magnago C, Caccia Bava MCGG, Rivas NPP. Trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da microrregião de saúde de Passos/Piumhi, MG. *Cereus*. 2015 [acesso 29 ago 2017];7(2):151-69. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/151/368>
9. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Ago [cited Ago 25, 2017];47(4):977-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.
10. Abed MM. Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2015.
11. Hojat M, Ward J, Spandorfer J, Arenson C, Winkle LJV, Williams B. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *J Interprof Care*. 2015 [cited Jul 29, 2017];29(3):128-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.962129>.
12. Morgan S. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015 [cited Jul 24, 2017];1217-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>.
13. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: a survey from Gaza Strip, Palestine. *Nurs Res Pract*. 2017 [cited Jul 24, 2017];7406278. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2017/7406278>
14. Alcusky M, Ferrari L, Rossi G, Liu M, Hojat M, Maio V. Attitudes toward collaboration among practitioners in newly established medical homes: a survey of nurses, general practitioners, and specialists. *Am J Med Qual*. 2016 [cited Jul 28, 2017];31(6):526-35. Available from: <https://doi.org/10.1177/1062860615597744>.
15. Amsalu E, Boru B, Getahun F, Tulu B. Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2014 [cited Dec 24, 2017];13(37):PMC4245739. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0037-7>.
16. Karagiannis T, Coschignano C, Hegarty SE, Polenzani L, Messina E, Zoli R et al. Exploring attitudes toward physician-nurse collaboration within a team-based primary care environment. *Population Health Matters*. 2017 [cited Jul 24, 2017];27(4). Available from: <http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1905&context=hpn>
17. Brown SS, Lindell DF, Dolansky MA, Garber JS. Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nurs Ethics*. 2014 [cited Aug 25, 2017];22(2):205-16. Available from: <https://doi.org/10.1177/0969733014533233>.
18. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 [cited 2 Feb, 2018];24:e2721. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>.
19. Soine L, Errico K, Redmond C, Sprow S. What do faculty physicians know about nurse practitioner practice? *J Nurs Pract*. 2013 [cited Aug 27, 2017];9(2):93-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2012.12.019>.
20. Faquim JPS, Frazão P. Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care during prenatal care. *Saúde Debate*. 2016 [cited Aug 25, 2017];40(109):59-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610905>.
21. Quinlan A. Attitudes of nurse practitioners toward interprofessional collaboration [dissertation]. New Jersey: William Paterson University; 2014 [cited Aug 25, 2017]. Available from: <https://pqdtopen.proquest.com/doc/1654779027.html?FMT=ABS>.

22. Costa M. V. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. *Interface*. 2016 Mar [cited Aug 25, 2017];20(56):197-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>.
23. Jeffrey B, Robyn C, Elia V, Danielle M, Tamara H, Mary W. The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: a laboratory-controlled teamwork experiment. *BMJ Open*. 2016 [cited Apr 13, 2018];6(7):e012467. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012467>.
24. Ramgard M, Blomqvist K, Petersson P. Developing health and social care planning in collaboration. *J Interprof Care*. 2015 [cited Apr 13, 2018];29(4):354-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.1003635>.
25. Hall P, Weaver L, Grassau PA. Theories, relationships and interprofessionalism: learning to weave. *J Interprof Care*. 2013 [cited Aug 28, 2017];27(1):73-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2012.736889>.
26. Mikael SSE, Cassiani SHDB, Silva FAM. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 [cited 2 Feb, 2018];25:e2866. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2866>.
27. Terra LSV, Borges FT, Lidola M, Hernández SS, Millán JIM, Campos GWS. Analysis of the experience of Cuban physicians in a Brazilian metropolis in accordance with the Paideia Method. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 [cited 13 Apr, 2018];21(9):2825-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15312016>.
28. Cabrera HR, Yuruhán DM, Vargas P, López NV, Montalvo JV. Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016 [cited 13 Apr, 2018];11(Suppl 2):55-63. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1386](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1386).
29. Zurro AM. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria*. 2002 [cited 24 Feb, 2018];30(1):46-56. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-formacion-posgraduada-certificacion-recertificacion-13032517>.
30. Trindade TG, Batista SR. Family and Community Medicine: now more than ever! *Cien Saúde Coletiva*. 2016 [cited Sep 10, 2017];21(9):2667-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro. Mais acesso, equidade e resolutividade na APS. Brasília, DF: OPAS; 2016 [Acesso 24 fev 2018]. Disponível em: <http://maismedicos.bvsalud.org/wp-content/uploads/2016/12/Estudo-MM-RJ-versaoWEB.pdf>.

Recibido: 16.03.2018

Aceptado: 23.04.2018

Correspondencia:

José Rodrigues Freire Filho
Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: joserodrigues.saude@gmail.com

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

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