

Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos

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

Objetivos: comparar atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, bem como identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional. **Método:** estudo descritivo, transversal e comparativo, desenvolvido com 63 profissionais de saúde que responderam à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional. Os dados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** o somatório dos itens da escala variou de 88 a 139 pontos. A análise do conjunto das equipes de Saúde da Família indicou diferenças estatísticas significantes entre os escores da escala e a categoria profissional e entre os escores e a escolaridade, sugerindo que os enfermeiros e os profissionais com nível superior são mais inclinados para a prática colaborativa. A análise segundo o perfil do médico – brasileiro, intercambista ou cubano – não determinou diferenças estatísticas nos escores dos médicos, tampouco nos escores dos componentes das equipes de diferentes perfis. **Conclusão:** o perfil não sugeriu maior ou menor inclinação, com significância estatística, dos médicos ou das equipes para o trabalho interprofissional. Este estudo pode constituir subsídio para novas investigações que contribuam para análise sobre a colaboração interprofissional e o impacto do Programa Mais Médicos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Relações Interprofissionais; Equipe de Assistência ao Paciente; Estratégia Saúde da Família; Médicos; Comportamento Cooperativo.

¹ Doutorando, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Consultor técnico, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Washington, DC, Estados Unidos da América.

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

³ PhD, Professor Doutor, Escola de Saúde, Faculdade Meridional, Passo Fundo, RS, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

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>.

mês dia ano

URL

Introdução

A colaboração interprofissional, entendida como aquela em que profissionais atuam de forma integrada, compartilhando objetivos e colocando os usuários na centralidade do processo, vem sendo amplamente discutida. Ela tem sido apontada como premissa para reorientar o modelo de formação e de atenção à saúde e, também, elevar a capacidade de resposta às demandas de saúde da população, fortalecendo, assim, os sistemas de saúde⁽¹⁻³⁾.

Diante das necessidades de saúde cada vez mais dinâmicas e complexas, marcadas pelo incremento de novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, fica mais evidente a importância da interprofissionalidade, a qual pressupõe a conciliação de saberes e práticas e o gerenciamento de visões distintas – até mesmo opostas – num processo permanente de compartilhamento entre diferentes profissionais⁽⁴⁾.

No Brasil, essa abordagem assume singular importância a partir da premissa de que “o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional”⁽⁵⁾, uma vez que o SUS é orientado pelos princípios da integralidade, equidade e universalidade, contempla fortes bases estruturantes para a educação e a colaboração interprofissional. Esses princípios ganharam mais força com o advento da Atenção Primária à Saúde (APS) que, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de reorientação do SUS, incorpora diversas profissões em equipes para atuação compartilhada.

No entanto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a sua criação, enfrenta dificuldades de expansão relacionadas à escassez e à distribuição desigual do médico, especialmente em territórios de grande vulnerabilidade social, já que esse profissional é essencial para composição das equipes. Tal cenário compromete, de forma importante, a resolubilidade desse nível de atenção, porta de entrada preferencial do SUS⁽⁶⁾.

Para o enfrentamento dessa situação, historicamente, o governo brasileiro implementou diversas políticas de extensão de cobertura e interiorização da medicina. Mais recentemente, em 2013, foi implantado o Programa Mais Médicos (PMM), que compreende um conjunto de ações, visando abrandar a insuficiência de médicos na APS, entre elas o provimento emergencial desse profissional na ESF⁽⁷⁾. Com esse objetivo, foram incluídos mais de 18 mil médicos brasileiros e intercambistas em equipes multiprofissionais, garantindo assistência a 63 milhões de brasileiros.

Para além da conformação numérica das equipes e expansão da ESF, espera-se que o contexto promovido pelo PMM desencadeie repercussões positivas na dinâmica do processo de trabalho e no atendimento às necessidades da população. Nesse sentido, as práticas de saúde encontram nos princípios de colaboração e interprofissionalidade importantes recursos para a otimização dos resultados assistenciais⁽¹⁾.

Apesar da conformação multiprofissional das equipes da ESF, no cotidiano do trabalho, ainda são percebidos entraves que obstam a prática colaborativa, entre eles a postura individualista dos profissionais em face do processo de trabalho em equipe⁽⁸⁾, que decorre, sobremaneira, de um processo de formação acadêmico uniprofissional⁽⁹⁾.

Dado o pouco tempo de implantação do PMM, ainda são escassos os estudos sobre o impacto desse programa, e inexistem estudos em que se visa demonstrar diferenças relacionadas aos aspectos do trabalho interprofissional.

Posto isso, neste artigo assume-se como tema central a prática colaborativa no âmbito do PMM, com a pretensão de responder a seguinte questão de pesquisa: – há diferenças de atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais componentes de equipes de Estratégia Saúde da Família participantes do Programa Mais Médicos?

Assim, os objetivos delineados para este estudo foram: comparar as atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, tendo em vista três diferentes perfis: equipe com médicos brasileiros, equipe com médicos intercambistas individuais e equipe com médicos advindos da cooperação entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Brasil e Cuba; e identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional.

Método

Estudo descritivo, transversal, comparativo e quantitativo, desenvolvido em Minas Gerais, Brasil, no território sob atuação de quatro instituições supervisoras do PMM no Estado: Região Central – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH); Norte – Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); Vale do Jequitinhonha – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM); e Triângulo Mineiro – Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Essas instituições, em conjunto, são responsáveis pela supervisão de 448 médicos do eixo do provimento

emergencial integrantes de equipes de saúde da família, cujo conjunto de profissionais constituiu a população do estudo.

Para fins de seleção dos médicos, adotou-se, como critério de inclusão, a realização por parte dos mesmos do 1º ciclo formativo do projeto, o Curso de Especialização em Saúde da Família. Os profissionais de saúde, por sua vez, deveriam atuar diretamente com o médico e ser preferencialmente, mas não exclusivamente, componentes da equipe mínima da ESF, com tempo mínimo de atuação na ESF de um ano.

Os critérios de exclusão delimitados foram: encontrar-se em férias, licença ou afastamento de suas funções durante o período da coleta de dados.

Para determinação da amostra, incluíram-se aleatoriamente, por sorteio, três equipes da ESF por território de atuação (instituição supervisora), sendo uma de cada perfil: equipe com médico de perfil brasileiro, equipe com médico intercambista e equipe com médico cooperado (cubano). A exceção foi aplicada ao território da UFVJM, em que foram incluídas apenas duas equipes, em razão de o médico de perfil intercambista da equipe sorteada ter finalizado o seu contrato e retornado a seu país de origem dias antes da coleta de dados. Dois novos sorteios de equipes foram realizados, mas não houve aceite do convite por parte dos médicos.

A amostra final totalizou 63 sujeitos, dentre os quais 11 médicos e 1 assistente social, o qual compunha uma das equipes da ESF.

Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de 2016, por meio da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), que tem por finalidade mensurar a atitude em relação à colaboração interprofissional de profissionais da saúde. Esse instrumento foi recentemente adaptado transculturalmente e validado no Brasil. A adaptação seguiu as etapas de tradução, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e aplicação de pré-teste. Na sequência, o instrumento foi submetido à validação de constructo e de confiabilidade com 128 profissionais da APS⁽¹⁰⁾.

O instrumento original, *Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration* (EJARCI), foi desenvolvido em 2014⁽¹¹⁾, tendo sido testado e validado com 1.976 estudantes americanos e australianos de diferentes profissões da saúde.

A EJARCI é estruturada em 20 itens, os quais devem ser respondidos utilizando variáveis de concordância/discordância mediante escala do tipo Likert com 7 níveis, sendo o menor nível *discordo completamente* (1), e o maior nível *concordo completamente* (7). A atitude em relação à colaboração é refletida

no escore total na escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas.

Aplicou-se, também, um questionário para determinação do perfil do respondente, com variáveis relacionadas ao histórico de formação e trabalho.

Os dados foram analisados estatisticamente por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21. Assumiu-se, para os testes de hipóteses, significância de 5%.

Dos 20 itens da escala, 8 são cotados de forma inversa e, por isso, para a análise, tais itens foram recodificados, isto é, realizou-se a inversão dos pontos de forma equivalente, conforme recomendação dos autores⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A consistência interna do instrumento foi testada a partir do teste Alfa de Cronbach, considerando como bom nível de consistência um valor superior a 0.7.

As comparações das pontuações totais da EJARCI foram feitas com base nas pontuações brutas: média, mediana e Desvio-Padrão (dp). Para identificar o grau de associação entre as respostas da EJARCI e o tempo de formação, de atuação profissional, de atuação no SUS e na ESF realizou-se o teste de correlação de Spearman.

Para compreender as diferenças na distribuição de resposta da escala entre profissionais com diferentes graus de instrução foi adotado o teste U de Mann-Whitney, e, para testar a diferença entre as respostas, de acordo com a categoria profissional e tipo de equipe, foi adotado o teste de Kruskal-Wallis. Nessa análise, quando da ocorrência de rejeição da hipótese nula, aplicouse o teste de múltiplas comparações de Dunn com correção de Bonferroni, a fim de identificar quais pares apresentaram distribuição estatisticamente significativa.

Em obediência às diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, sob CAAE 47794815.6.0000.5414, tendo sido aprovado sob Parecer nº 1.265.019, de 6 de outubro de 2015.

Resultados

Participaram do estudo 63 profissionais, dos quais 88,9% eram mulheres. A média de idade foi de 38,6 anos ($\pm 9,04$) (Tabela 1).

Considerando as respostas da escala pelos 63 respondentes, a pontuação final do somatório dos itens variou de 88 a 139 pontos, com mediana de 121 ($\pm 11,97$; IC95%: 119,56-122,09). Observou-se alto nível de consistência interna da escala determinado pelo Alfa de Cronbach igual a 0,71.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (n=63). Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis	Média (±dp)*	IC†95% da média
Idade (anos)	38,6 (±9)	[36,3 – 40,8]
Tempo de formação (anos)	9,78 (±7,9)	[6,65 – 12,90]
Anos de profissão	8,23 (±6,6)	[6,56 – 9,89]
Anos no Sistema Único de Saúde	6,3 (±5,3)	[4,96 – 7,63]
Anos na Estratégia Saúde da Família	5,36 (±4,2)	[4,28 – 6,43]
Sexo	n	%
Feminino	56	88,9
Masculino	7	11,1
Território de atuação		
Uberlândia	21	33,3
Belo Horizonte	13	20,6
Montes Carlos	21	33,3
Diamantina/Couto Magalhães	8	12,7
Ensino superior		
Não	35	55,6
Sim	28	44,4
Especialização		
Sim	19	30,2
Não	9	14,3
Não se aplica	36	55,6
Perfil da equipe		
Brasileiro	18	28,6
Cubano	27	42,9
Intercambista	18	28,6
Profissão		
Agente comunitário de saúde	31	49,2
Assistente social	1	1,6
Enfermeiro	11	17,5
Médico	11	17,5
Técnico/auxiliar de enfermagem	9	14,3

*dp – Desvio-Padrão; †IC – Intervalo de Confiança

O teste de Kruskal-Wallis, conduzido para determinar se houve diferenças nos escores da EJARCI dos médicos de diferentes perfis, não indicou diferenças estatisticamente significantes ($p=0,315$). O perfil de equipe do PMM também não produziu diferenças nos escores dos profissionais ($p=0,924$). É interessante ressaltar que o perfil do médico, quer seja brasileiro, quer seja intercambista ou cubano, não refletiu, nesta amostra, em maior ou menor inclinação dos componentes da equipe para o trabalho interprofissional (Tabela 2).

Conforme está exposto na Tabela 3, a comparação dos escores entre os diferentes grupos profissionais resultou em diferenças com significância estatística ($p=0,001$), com escores mais elevados para os enfermeiros. A análise *post hoc* para identificação dos pares que diferiram revelou diferenças estatisticamente significantes nos escores entre enfermeiros e agentes comunitários ($p=0,001$).

Foi identificada diferença estatisticamente maior em profissionais com nível superior ($p<0,001$), enquanto o escore dos profissionais com especialização não diferiu ($p=0,383$).

A nacionalidade e a natureza jurídica das instituições de ensino superior onde se graduaram os médicos não atribuíram diferenças significativas em relação aos escores obtidos com as respostas desses profissionais ($p=0,662$; $p=1$, respectivamente), como indicado na Tabela 4.

A análise entre a média das respostas da escala e o tempo de profissão resultou em correlação positiva e significativa ($R_{(s)}=0,368$; $p=0,003$), insinuando que quanto maior o tempo de profissão, maior é a disposição para atitudes colaborativas. A apreciação comparativa entre o escore da escala e o tempo de formação dos respondentes ($R_{(s)}=-0,003$; $p=0,987$), de atuação no SUS ($R_{(s)}=-0,008$; $p=0,973$) e de atuação na ESF ($R_{(s)}=-0,030$; $p=0,897$), por sua vez, não indicou correlação.

Tabela 2 – Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e o perfil da equipe, segundo o Programa Mais Médicos. Minas Gerais, Brasil, 2016

Perfil da equipe	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	p-valor
Médicos (n=11)					
Brasileiro	4	120,7	121	3,3	
Cooperado (Cubano)	4	127,2	127,5	4,1	0,315
Intercambista	3	126,6	132	15,6	
Equipes (n=63)					
Brasileiro	18	119	121	12,2	
Cooperado (Cubano)	27	119,4	122	12,5	0,924
Intercambista	18	118,5	117,5	11,5	

Tabela 3 – Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional e os diferentes profissionais da Estratégia Saúde da Família (n=63). Minas Gerais, Brasil, 2016

Profissão	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		p-valor
					Limite inferior	Limite superior	
Agente comunitário	31	112,7	110	11,91	108,3	117	
Assistente social	1	-	-	-	-	-	
Enfermagem	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 enfermagem	9	122,4	126	9,26	115,3	129,5	

Tabela 4 – Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e variáveis de formação acadêmica. Minas Gerais, Brasil, 2016

Variável	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	p-valor
Equipe (n=63)					
Ensino superior					
Não	35	113,7	115	11,9	0,000
Sim	28	125,7	127	8,2	
Especialização					
Não	9	122,1	129	11,1	0,383
Sim	19	127,4	127	6,1	
Médicos (n=11)					
Nacionalidade					
Brasileira	6	123,8	123,5	5,5	0,662
Estrangeira	5	125,8	127	11,3	
Natureza da IES*					
Pública	7	124,5	124	9,5	1,00
Privada	4	125	125,5	6,4	

*IES – Instituição de Ensino Superior

Discussão

Nesta pesquisa, agregou-se conhecimento atualizado sobre a colaboração interprofissional entre diferentes componentes de equipes da ESF no Brasil, a qual pressupõe esforço mútuo, diálogo e compartilhamento de informações e ações, com vistas à resolubilidade dos problemas de saúde da população. Isso implica conhecer e compreender as atribuições de cada profissional, bem como sua importância enquanto componente da equipe, em perspectiva horizontal⁽¹²⁾. Nesse entendimento, as relações profissionais construídas sob o viés histórico da hierarquia podem afetar as atitudes dos trabalhadores da saúde em relação à prática colaborativa.

Neste estudo, é possível constatar que as atitudes dos enfermeiros foram mais positivas que as dos demais profissionais. Esse resultado é consistente com achados prévios de estudos em que foram aplicadas escalas semelhantes à utilizada nesta pesquisa, no intuito de estabelecer comparações entre médicos e enfermeiros⁽¹³⁻¹⁷⁾.

O envolvimento do profissional de enfermagem é vital para o avanço da APS e, conseqüentemente, do SUS e da ampliação do acesso aos cuidados primários baseados em evidências científicas e seguras⁽¹⁸⁾. Para tanto, enfermeiros e médicos precisam fortalecer as relações colaborativas e trabalhar lado a lado com o objetivo de fornecer cuidados eficazes à população⁽¹⁹⁾.

Apesar do destaque do grupo de enfermeiros, o escore médio dos diferentes grupos profissionais foi elevado (>112), o que demonstra que todas as categorias têm atitudes a favor da colaboração interprofissional, conforme encontrado em outro estudo⁽²⁰⁾.

O ensino superior, nesta amostra, atuou como variável interveniente no resultado da escala, indicando maior disponibilidade dos graduados à colaboração. Também foi encontrada relação positiva entre os anos de prática profissional e a colaboração interprofissional, tal como em estudo empreendido com médicos e enfermeiros americanos⁽²¹⁾.

Sobre a formação em saúde, a literatura aponta que ainda há resistência para a superação de processos

formativos que legitimam um modelo de atenção à saúde pautado na fragmentação do trabalho. Assim, os profissionais permanecem sendo formados numa perspectiva uniprofissional para, no futuro, trabalharem em equipe, contrassenso que acarreta implicações para o desenvolvimento e qualidade das ações de saúde oferecidas⁽²²⁾.

Nesse sentido, o desenvolvimento de competências colaborativas ainda é desafiador para o modelo hegemônico de formação em saúde, já que esse centra esforços no desenvolvimento de competências específicas, fortalecendo o que a literatura vem chamando de tribalismo das profissões⁽²³⁻²⁴⁾.

Uma das características mais fortes, e que justifica a colaboração como diferencial para a reorientação das práticas de saúde, é a centralidade do usuário na produção dos serviços de saúde. É essa centralidade que demanda os demais princípios da colaboração: compartilhamento dos objetivos comuns; parceria que estimula o processo permanente de interação; interdependência enquanto reconhecimento do caráter complementar das diferentes profissões; e equilíbrio de poderes entre elas⁽²⁵⁾.

Nessa perspectiva, há muito a ser feito para assegurar que a formação profissional em saúde tenha como foco a população e as necessidades dos sistemas de saúde e, também, para que os profissionais de saúde atuem de modo integrado em prol da oferta de cuidados integrais, como previsto nas diretrizes do SUS⁽²⁶⁾.

A operacionalização da Reforma Sanitária no Brasil delongou-se por mais tempo que em países com sistemas de saúde orientados pela APS, como Canadá, Espanha e Cuba. Nesses países, a formação, já nos anos 1980, foi regulamentada com base na APS, assumindo a residência médica na área como padrão-ouro de formação e como obrigatoriedade para incorporação ao sistema de saúde⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Nessa linha, em estudo produzido em relação ao PMM, aponta-se que os intercambistas e cooperados possuem habilidades e experiências práticas diferenciais em relação aos médicos brasileiros, como a centralidade na abordagem comunitária; o compartilhamento de conhecimentos e práticas com o conjunto da equipe; e o estabelecimento de vínculo estreito com o usuário e a comunidade. Tais competências contrastam com a prática de grande parte dos médicos brasileiros, que ainda mantém centralidade excessiva na abordagem individual e uniprofissional⁽³⁰⁾.

Poder-se-ia esperar, então, que os diferentes perfis médicos produzissem diferenças estatísticas em relação às atitudes interprofissionais, o que não foi observado neste trabalho, embora os escores dos intercambistas e cooperados tenham superado as pontuações dos médicos brasileiros.

Considerando que todos os médicos incluídos neste estudo se submeteram ao 1º ciclo formativo do projeto, o Curso de Especialização em Saúde da Família, esse pode ser um dos motivos para a não produção de resultados diferenciados entre os distintos perfis dos médicos.

O fato é que o PMM é recente e ainda são necessárias evidências sobre as implicações da presença do médico do provimento emergencial na dinâmica do trabalho em saúde, que é, em sua essência, coletivo. Acredita-se, no entanto, que o PMM constitui forte dispositivo de intercâmbio de experiências e práticas entre profissionais estrangeiros e brasileiros e de produção de mudanças no processo de trabalho.

As limitações do estudo incluem a determinação da amostra sem cálculo, de modo que o tamanho amostral pode não ser representativo. Assim, a generalização dos resultados deve ser vista com cautela. A ausência de estudos documentados de aplicação da EJARCI pode ser também reconhecida como um limitante, já que restringiu a comparação dos dados.

Não obstante, este estudo, de caráter inédito no Brasil, configura-se como ponto de partida para novas investigações que contribuam para análises mais aprofundadas sobre a colaboração interprofissional nas equipes da ESF, bem como para avaliação do impacto do PMM sob diferentes perspectivas.

Conclusão

Os resultados indicaram que, no conjunto das equipes do PMM estudadas, o perfil brasileiro, cubano ou intercambista não implicou diferenças estatísticas relacionadas às atitudes colaborativas; por outra via, a formação superior e o maior tempo de atuação profissional mostraram ter efeito positivo sobre elas. Evidenciou-se, ainda, que as perspectivas divergentes, previamente demonstradas em outros estudos, sobre a colaboração interprofissional entre diferentes profissionais também podem existir na APS, ratificando os enfermeiros como a categoria profissional mais inclinada para as práticas colaborativas.

Estudos futuros são necessários para testar a influência de diferentes variáveis na atitude profissional para práticas colaborativas, nos quais se comparem as atitudes interprofissionais entre equipes participantes e não participantes do PMM.

Referências

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/NEJMr1111610>
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 Comunitaria*. 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>.

Recebido: 16.03.2018

Aceito: 23.04.2018

Correspondência:

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

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