



CAMPO GRANDE
PREFEITURA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

**Manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros
na atenção primária: estratégia para otimizar a qua-
lidade da assistência à saúde na APS.**

2021

Marco Túlio Mendes Rodvalho

Manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros na atenção primária: estratégia para otimizar a qualidade da assistência à saúde na APS.

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fio-cruz.

Orientador (a) (es): MCF Anana Azevedo Chaves

Campo Grande

2021

RESUMO

RODOVALHO, Marco Túlio Mendes; CHAVES, Anana Azevedo. Manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros na atenção primária: estratégia para otimizar a qualidade da assistência à saúde na APS. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

Vários modelos de saúde têm sido investigados para responder adequadamente às demandas crescentes na Atenção Primária em Saúde (APS). Para responder adequadamente a esse desafio, este estudo propôs um modelo de manejo compartilhado dos pacientes, com base na literatura prévia sobre o tema e na experiência da Unidade de Saúde da Família Coophavila II, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Essa estratégia pôde otimizar recursos humanos em prol de garantir melhoria do acesso à saúde e ampliação da quantidade de atendimentos.

Palavras-chave: Manejo compartilhado. Atenção primária. Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

Com a escassez crônica dos profissionais de saúde nos diversos serviços públicos e privados, além de um volume crescente dos pacientes à procura de serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018), há uma dificuldade importante de manejo adequado dos pacientes realizado por apenas uma classe profissional no âmbito da saúde. Dessa forma, gestores em saúde estão à procura por novos modelos de assistência na APS para que haja uma resposta efetiva à grande demanda atual. Uma proposta de cuidado à saúde inclui a atuação de uma abordagem multiprofissional em saúde compartilhando o manejo do mesmo paciente e, também, as responsabilidades e desafios desse processo.

Alguns pesquisadores têm sugerido o manejo compartilhado dos pacientes por dois médicos na atenção primária (ROSE; *et al.*, 2012). Outros, por um médico e outro profissional não-médico, como o farmacêutico (VON MUENSTER; *et al.*, 2008).

Contudo, o manejo compartilhado por um médico e um enfermeiro é ainda pouco explorado na literatura e, na realidade da maior parte dos serviços na APS, é inexistente.

O manejo compartilhado inclui pelo menos dois profissionais dividindo a responsabilidade de todas as tarefas necessárias para manter o cuidado em saúde do mesmo paciente, sem que algum profissional seja considerado mais importante que os demais. Isso inclui: 1) visitas aos pacientes para manejo de doenças agudas ou crônicas; 2) oferta de testes diagnósticos; 3) educação ao paciente, em termos de prevenção de doenças ou de redução de riscos; 4) interpretação de valores laboratoriais; 5) referência externa do paciente, com base no resultado dos testes e 6) resolução conjunta de questões administrativas.

Na literatura, um dos primeiros estudos a examinar o manejo compartilhado de pacientes ocorreu no âmbito da ortopedia (HINAMI; *et al.*, 2011). Nesse contexto, ortopedistas e médicos de família eram corresponsáveis pelo manejo dos pacientes. Verificou-se uma associação positiva entre manejo compartilhado, menor tempo de hospitalização e menos mortes hospitalares. Esses achados deram subsídio para que práticas semelhantes fossem adotadas em unidades secundárias e terciárias, onde cirurgiões e outros profissionais da saúde entram em acordo quanto ao manejo compartilhado, definindo a responsabilidade de cada profissional, métodos e frequência de comunicação e diretrizes específicas para a resolução de conflitos (CHENG, 2012). Em serviços ambulatoriais, o manejo compartilhado é mais abordado principalmente entre: 1) especialistas focais e médicos da atenção primária (BOWMAN; KLEINER; BOLTON, 2013) e 2) médicos e farmacêuticos (Weber; *et al.*, 2010; BOWMAN; KLEINER; BOLTON, 2013). Em geral, esses estudos mostram desfechos clínicos desejáveis, como melhor controle da pressão arterial.

Em contraste, o termo “trabalho em equipe” é definido como um grupo de pessoas trabalhando de forma independente em prol de um objetivo comum (BRUSH; *et al.*, 2015). Esse tipo de trabalho normalmente pressupõe hierarquia profissional, alinhada a uma estrutura organizacional realizada de forma vertical, com base nas profissões e seus diferentes papéis. A hierarquização dos profissionais de saúde em um ambiente laboral pode gerar ruídos comunicacionais e, assim, prejudicar a qualidade do serviço (ARMSTRONG, 2013).

Já o termo “manejo compartilhado” refere-se a dois profissionais de saúde compartilhando experiência e conhecimento entre si com a finalidade de alcançar o melhor cuidado ao paciente (BRIDGES, 2014). De forma substancialmente oposta ao termo “trabalho em equipe”, o manejo compartilhado inclui necessariamente relações horizontais entre as diferentes profissões ou especialidades. Um exemplo claro ocorre quando um médico de família e um cardiologista discutem, de igual para igual, o manejo do mesmo paciente. Nesse sentido, é igualmente possível que o médico e o enfermeiro da equipe na APS possam discutir e deliberar intervenções de forma horizontal.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são as implicações do manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros?

HIPÓTESE

Acredita-se que o manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros possibilite a ampliação e otimização do acesso dos usuários do SUS, tendo em vista que o atendimento aos pacientes passa a ser descentralizado, não dependendo unicamente dos médicos para tomar decisões e solucionar problemas, sendo os enfermeiros corresponsáveis pelo manejo dos pacientes.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Propor um modelo de manejo adequado entre médicos e profissionais de enfermagem aos pacientes na APS.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1) Compreender os atributos necessários ao manejo compartilhado efetivo entre médico e enfermeiro na APS;

- 2) Apresentar características da interação adequada entre médico e enfermeiro no referido contexto;
- 3) Avaliar as consequências do manejo compartilhado efetivo entre médico e enfermeiro;
- 4) Discorrer a experiência da USF Coophavila ao consolidar o manejo compartilhado, em consonância com a literatura abordada nesta revisão.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa, de natureza qualitativa. A revisão narrativa tem a finalidade de descrever o estado da arte de um determinado assunto e possibilitar uma discussão ampliada. Esta revisão se caracteriza por ser uma análise crítica e pessoal, sem a pretensão de generalização; foi realizada no mês de maio de 2021, incluindo estudos que apresentassem os antecedentes, a descrição, os atributos e/ou as consequências do manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros na APS.

As buscas se basearam na pergunta de pesquisa: "Quais são as implicações do manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros?". A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, Cochrane e Google Acadêmico. Não foi determinada limitação de data, país do estudo ou área de conhecimento. Foram buscados os seguintes termos: "comanagement"; "primary care"; "nurse practitioner". Foram incluídos no estudo artigos originais, de revisão de literatura, artigos de opinião e documentos técnicos nos idiomas inglês e português. Em situações nas quais mais de um artigo descrevia a mesma coorte de casos, ou em que mais de uma revisão era identificada com a temática de interesse, foram excluídos os de menor tamanho amostral e/ou o mais antigo.

Foi de interesse deste estudo abordar três fundamentos relacionados ao tema: 1) atributos necessários ao manejo compartilhado efetivo entre médico e enfermeiro na APS; 2) características da interação adequada entre médico e enfermeiro no referido contexto; 3) consequências do manejo compartilhado efetivo entre médico e enfermeiro. Além disso, discorreu-se a experiência da USF Coophavila ao

consolidar o manejo compartilhado, em consonância com a literatura abordada nesta revisão.

RESULTADOS

Sabe-se que há uma cultura organizacional que não pressupõe o papel do enfermeiro como clínico autônomo (KILPATRICK; *et al.*, 2014). Nessa situação, o contexto não permite que o enfermeiro tenha o mesmo acesso aos recursos garantidos ao médico (HALL, 2005). Isso também se verificou na realidade da APS de Campo Grande, MS, onde a consulta de enfermagem não era realidade antes do início dos programas de residência multiprofissional e médica. A proposta deste trabalho foca especificamente no manejo compartilhado entre médicos e enfermeiros, corresponsáveis pelo cuidado ao paciente. O modelo sugerido neste trabalho para que isso seja possível inclui três pilares: 1) comunicação efetiva; 2) respeito e confiança mútua e 3) filosofia compartilhada e alinhada no cuidado dos pacientes.

Primeiro grande pilar do modelo sugerido neste trabalho, a comunicação efetiva é um processo de mão-dupla, a qual profissionais da atenção primária mandam mensagens que são facilmente compreendidas por ambos, prevenindo mal-entendidos e poupando tempo. Essa habilidade necessariamente faz parte do manejo compartilhado e é essencial para desenvolver o plano de cuidado do paciente, individualizar as metas e delinear o papel de cada clínico no plano de cuidado (WAY; JONES; BUSING, 2000). Quando o enfermeiro e o médico da mesma equipe não têm contato direto entre si durante as atividades diárias, o uso do registro eletrônico em saúde ou a realização de chamadas telefônicas são opções recomendadas para garantir uma comunicação assertiva e adequada (NORFUL, 2017).

Tradicional e erroneamente, alguns médicos atribuem o papel do enfermeiro como inferior no âmbito da atenção primária. Esse ponto de vista inibe os profissionais da enfermagem de desempenhar todo o seu potencial e pode incentivar o descrédito ou ressentimento. O médico, dessa forma, deve ter um entendimento do papel insubstituível desempenhado pela enfermagem e construir confiança durante a atribuição de tarefas e responsabilidades (SCHADEWALDT; *et al.*, 2013).

O terceiro pilar se refere à necessidade dos profissionais da APS terem prática complementares e congruentes com os objetivos do cuidado ao paciente, através

de uma filosofia compartilhada e alinhada com o plano de cuidado (HALLAS; BUTZ; GITTERMAN, 2004). Os profissionais devem compartilhar dos mesmos princípios éticos, assim como as mesmas estratégias de manejo de tempo, buscando carga de trabalho equivalente para cada profissional. Caso haja maior volume de pacientes para um clínico específico, é possível surgir certa carga de ressentimento que pode afetar o respeito mútuo, gerando assim um clima desfavorável ao cuidado adequado do paciente.

A discordância de condutas entre os profissionais pode desafiar o manejo compartilhado e prejudicar a relação entre o médico e o enfermeiro. Por exemplo, o médico pode optar por tratar a saúde mental na atenção primária, enquanto o enfermeiro opta por referenciar o paciente ao especialista. Também é passível de discussão quando prescrever antibiótico ou descontinuar um tratamento específico (como analgésicos). Caso haja discordância entre os profissionais da atenção primária quanto às decisões tangíveis ao cuidado, expor e discutir respeitosamente as divergências é fundamental. Assim, um protocolo mútuo visando a resolução de conflitos deve ser implementado para determinar quem realizará a decisão final do manejo, a qual pode variar de acordo com a realidade de cada serviço.

Quanto mais forte o manejo compartilhado, maior é o benefício potencial ao paciente e aos clínicos, garantindo melhores resultados práticos para todos os envolvidos (NORFUL; *et al*, 2017). Da mesma forma, torna-se mais fácil alcançar os objetivos burocráticos e assistenciais quando o manejo compartilhado é feito de maneira assertiva, uma vez que a carga de trabalho para cada profissional é naturalmente reduzida. Essa redução atenua o risco de sobrecarga ao profissional de saúde, prevenindo a fadiga e síndrome de *burnout*. Paralelamente, há o desenvolvimento de uma colaboração interdisciplinar entre medicina e enfermagem, garantindo melhores resultados no cuidado à saúde e aperfeiçoando a satisfação entre os clínicos (AL SAYAH; *et al*, 2014).

Além de todos os aspectos positivos analisados, o manejo compartilhado é ainda associado à otimização adequada do acesso ao sistema de saúde, uma vez que pelo menos dois clínicos garantem a longitudinalidade do cuidado, já que conhecem a história e as demandas de saúde do indivíduo de maneira contínua (FREEMAN; OLESEN; HJORTDAHL, 2003). Quando a enfermagem é menos limitada na prática, áreas rurais ou junto a populações de risco (locais evitados pelos profissio-

nais de saúde em geral) são melhores supridas. A ampliação do escopo de prática de enfermagem também é importante para que os médicos tenham mais tempo para consultas adicionais em casos complexos, além de garantir maior contato de cada paciente com o serviço de saúde (YARNALL; *et al.*, 2009).

DISCUSSÃO - A EXPERIÊNCIA DA USF COOPHAVILA II

Anterior à implementação dos programas de residência na USF Coophavila II e da Estratégia de Saúde da Família em 2020, a unidade era então classificada como Unidade Básica de Saúde (UBS). Nessa fase, a então UBS Coophavila não atendia adequadamente os usuários, notadamente pela falta de garantia de acesso à unidade. Não havia atendimento em demanda espontânea, o que propiciava longos períodos de espera e excesso de faltas às consultas.

Nesse contexto, as categorias profissionais não se comunicavam e os profissionais de enfermagem não tinham um contato direto e próximo em relação ao paciente. Não havia integração dos agentes comunitários de saúde, gerando assim uma barreira enorme entre os usuários, os profissionais e a unidade. Também não havia esforço para o estabelecimento de abordagens adequadas ao paciente em âmbito de APS, como aquelas sugeridas pela Medicina Centrada na Pessoa.

Como sugerido por Way, Jones e Busing (2000), a comunicação entre os profissionais de saúde é um requisito básico para a prática do manejo compartilhado. Na USF Coophavila II, após a implementação das Residência Médica e Multiprofissional, o profissional de enfermagem começou a abordar clinicamente os pacientes em horários de atendimentos protegidos. Para que o manejo compartilhado fosse de fato implementado, houve a necessidade de fortalecimento de uma comunicação efetiva entre os profissionais, realizada tanto presencialmente como através do prontuário eletrônico. Assim, reforçou-se a importância das reuniões semanais de equipe e a criação de novos espaços (p. ex.: reuniões semanais da equipe técnica, incluindo médicos, enfermeiros e residentes) para facilitar o diálogo interpessoal entre os profissionais da saúde. Há também reuniões semanais que incluem fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais e demais integrantes da equipe NASF.

Paulatinamente à implementação dos programas de residência na USF Coophavila II, houve um entendimento que propiciou o respeito mútuo e confiança entre os profissionais, principalmente através da defesa do diálogo horizontal e da educação permanente. Isso foi possível ao compreendermos que todos os profissionais têm um papel indispensável e único no cuidado longitudinal a cada paciente.

Nesse sentido, não é possível oferecer uma atenção adequada à saúde quando esta é centrada em apenas uma categoria profissional. A *Carteira de Serviço de 2020 da Prefeitura Municipal de Campo Grande* já inclui em seu protocolo de atendimento a não existência de uma hierarquia na equipe, deixando a supervisão dos demais profissionais (p. ex.: agentes comunitários) tanto a cargo do médico como do enfermeiro. Contudo, o documento não especifica como deve ser o atendimento de enfermagem, muito menos uma estratégia para garantir o manejo compartilhado dos paciente entre esses dois profissionais.

Dessa forma, atenuou-se a visão medicalocêntrica do cuidado e ampliou-se as importantes atribuições dos demais profissionais da Atenção Primária à Saúde. Atualmente, esse contexto dá subsídio para uma abordagem ampla e compatível com a Estratégia de Saúde da Família. A importância de cada profissional é periodicamente abordada nos encontros reservados à educação continuada, ponto-chave dos programas de residência.

Além disso, há um esforço notório para que os profissionais da USF Coophavila II compartilhem a mesma filosofia de cuidado. Os princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde são, paulatinamente, incorporados à rotina de trabalho de todos os trabalhadores da saúde. Desta forma, prioriza-se o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (ABRAHÃO, 2007).

Após a implementação do manejo compartilhado na USF Coophavila II, realizou-se um diagnóstico situacional da assistência à saúde na unidade sob vigência do manejo compartilhado. Para isso, utilizou-se a aplicação da matriz SWOT e considerou-se os pontos fracos, fortes, as ameaças e as oportunidades do manejo compartilhado no serviço, como demonstrado na tabela abaixo:

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<p>Forças:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diminuição da carga de trabalho, prevenindo fadiga e esgotamento profissional; 2) Otimização do acesso a saúde, visto ampliação do corpo clínico para atendimento; 3) Ampliação da quantidade de atendimentos, garantindo o acesso à população anteriormente desassistida; 4) Valorização dos membros da equipe técnica, reconhecendo mutuamente pontos fortes 	<p>Fraquezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Estímulo ao ressentimento entre profissionais, caso haja valorização de um em sobreposição ao outro. 2) Intensificação das discordâncias a níveis improdutivos, caso não haja protocolo visando resolução de conflitos.
Fatores Externos	<p>Oportunidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Benefício crescente da prática a medida que a demanda aumenta; 2) Resposta adequada a uma sociedade que necessita cada vez mais de um cuidado multidisciplinar; 3) Otimização dos índices de produtividade, gerando resultados satisfatórios à gerência e à Secretaria de Saúde; 4) Garantia maior de proteção social à população mais vulnerável. 	<p>Ameaças:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Restrição do acesso e piora da qualidade à assistência, caso haja sobrevalorização de um profissional em relação ao outro a nível institucional; 2) Impossibilidade de exercer o manejo compartilhado, caso não haja regulamentação municipal, estadual e federal que sustente a existência do mesmo.

CONCLUSÕES

Os três pilares relacionados ao manejo compartilhado entre médico e enfermeiro (comunicação efetiva, respeito mútuo e filosofia compartilhada) não podem existir sem a presença de políticas legais e organizacionais que ampliem a prática de enfermagem no âmbito da atenção primária. Ademais, é necessário também recursos estruturais e disposição mútua entre médicos e enfermeiros para a adequada prática do manejo compartilhado. A combinação dos conhecimentos médico e de enfermagem pode ajudar a garantir o mais alto nível de assistência à saúde, uma vez que essa estratégia otimiza aderência aos protocolos de tratamento pelos referidos profissionais (NORFUL; *et al.*, 2017).

Desenvolver abordagens inovadoras para integrar esses profissionais e os médicos, num modelo baseado em manejo compartilhado, é essencial. As vantagens dessa estratégia são várias: 1) diminuição da carga de trabalho de um único clínico, prevenindo fadiga e esgotamento, principalmente no cuidado aos pacientes mais complexos; 2) otimização do acesso à saúde, uma vez que há mais de um clínico disponível para atendimento; 3) ampliação da quantidade de atendimentos, visto a possibilidade de consultas adicionais para as demandas dos pacientes; 4) identificação, por parte dos médicos e enfermeiros, da importância fundamental e insubstituível de cada profissional, reconhecendo mutuamente seus pontos fortes. Dessa forma, sugere-se uma reconfiguração do papel de enfermagem na APS nos moldes já descritos, com intuito de fortalecer os princípios da APS e melhorar o bem-estar da população.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acesso em: 20 maio de 2021.
- AL SAYAH, F.; *et al.* Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. **J Clin Nurs.**, v. 23, n. 19-20, p. 2968-2979, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24476121/>. Acesso em: 20 maio de 2021.
- ARMSTRONG, J. H. Leadership and team-based care. **Virtual Mentor**, v. 15, n. 6, p. 534-537, 2013. Disponível em: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/leadership-and-team-based-care/2013-06>. Acesso em: 10 maio de 2021.
- BOWMAN, B. T.; KLEINER, A.; BOLTON, W. K. Comanagement of diabetic kidney disease by the primary care provider and nephrologist. **Med Clin North Am.**, v. 97, n. 1, p. 157-173, 2013. Disponível em: [https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125\(12\)00197-6/fulltext](https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125(12)00197-6/fulltext). Acesso em: 17 maio de 2021.
- BOWMAN, B.T.; KLEINER, A.; BOLTON, W.K. Comanagement of diabetic kidney disease by the primary care provider and nephrologist. **Med Clin North Am.** V. 97, n. 1, p. 157-173, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23290736/>. Acesso em: 20 maio de 2021.
- BRIDGES, S. Exploration of the concept of collaboration within the context of nurse practitioner-physician collaborative practice. **J Am Assoc Nurse Pract.** v. 26, n. 7, p. 402- 410, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/2327-6924.12043>. Acesso em: 18 maio de 2021.
- BRUSH, J. E. Jr., *et al.* ACC health policy statement on cardiovascular team-based care and the role of advanced practice providers. **J Am Coll Cardiol.**, v. 65, n. 19, p. 2118-2136, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25975476/>. Acesso em: 10 maio de 2021.
- CHENG H. Q. Comanagement: who's in charge?. **Patient Safety Network**, 2012. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/271/comanagement-whos-in-charge>. Acesso em: 20 maio de 2021.
- FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, p. 208-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 17 maio de 2021.
- FREEMAN, G. K.; OLESEN, F.; HJORTDAHL, P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? **Fam Pract.** v. 20, n. 6, p. 623-627, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14701883/>. Acesso em: 18 maio de 2021.

HALL, P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. 1, p. 188-196, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500081745>. Acesso em: 17 maio de 2021.

HALLAS, D. M.; BUTZ, A.; GITTERMAN, B. Attitudes and beliefs for effective pediatric nurse practitioner and physician collaboration. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 18, n. 2, p. 77-86, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891524503002207>. Acesso em: 10 maio de 2021.

HINAMI, K.; *et al.* Potential role of comanagement in “rescue” of surgical patients. **Am J Manag Care.**, v. 17, n. 9, p. e333-e339, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21902440/>. Acesso em: 20 maio de 2021.

KILPATRICK, K.; *et al.* Advanced practice nursing, health care teams, and perceptions of team effectiveness. **Journal of Trauma Nursing**, V. 21, n. 6, p. 291-299, 2014. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/25397338>. Acesso em: 18 maio de 2021.

MULLINIX, C.; BUCHOLTZ, D. P. Role and quality of nurse practitioner practice: a policy issue. **Nurs Outlook.**, v. 57, n. 2, p. 93-98, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19318168/>. Acesso em: 7 maio de 2021.

NORFUL, A. A. Nurse Practitioner-Physician Co-management of Primary Care Patient Panels: Impact, Perspective, and Measurement toward a New Delivery Care Model [dissertation]. New York, NY: Columbia University; 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7916/D8BK1QQG>. Acesso em: 20 maio de 2021.

NORFUL, A. A.; *et al.* Nurse practitioner-physician comanagement of primary care patients: the promise of a new delivery care model to improve quality of care. *Health Care Manage Rev.* V. 44, n. 3, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316467066_Nurse_practitioner-physician_comanagement_of_primary_care_patients_The_promise_of_a_new_delivery_care_model_to_improve_quality_of_care. Acesso em: 10 maio de 2021.

ROSE, D. E.; *et al.* Prevalence, predictors, and patient outcomes associated with physician co-management: findings from the Los Angeles Women’s Health Study. **Health Serv Res.**, v.47, n. 3, p. 1091-1116, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01359.x>. Acesso em: 17 maio de 2021.

SCHADEWALDT, V.; *et al.* Investigating characteristics of collaboration between nurse practitioners and medical practitioners in primary healthcare: a mixed methods multiple case study protocol. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 5, p. 1184-1193, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258057452_Investigating_characteristics_of_collaboration_between_nurse_practitioners_and_medical_practitioners_in_primary_healthcare_A_mixed_methods_multiple_case_study_protocol. Acesso em: 7 maio de 2021.

SCHADEWALDT, V.; *et al.* Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care - an integrative review. **BMC Fam Pract**, v. 14, n. 1, 2013. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-132>. Acesso em: 10 maio de 2021.

VON MUENSTER, S. J.; *et al.* Description of pharmacist interventions during physician-pharmacist co-management of hypertension. **Pharm World Sci.** v. 30, n. 1, p. 128-135, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11096-007-9155-6>. Acesso em: 17 maio de 2021.

WAY, D.; JONES, L.; BUSING, N. Implementation strategies: “collaboration in primary care—family doctors & nurse practitioners delivering shared care”: discussion paper written for the Ontario College of Family Physicians. 2000 Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.383&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 20 maio de 2021.

WEBER, C.A.; *et al.* Pharmacist-physician comanagement of hypertension and reduction in 24-hour ambulatory blood pressures. **Arch Intern Med.** v. 170, n. 18, p. 1634-1639, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20937921/>. Acesso em: 18 maio de 2021.

YARNALL, K. S.; *et al.* Family physicians as team leaders: “time” to share the care. **Prev Chronic Dis.** v. 6, n. 2, 2009. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Family-Physicians-as-Team-Leaders%E2%80%9CTime%E2%80%9D-to-Share-Yarnall-%C3%98stbye/55c4cddcb3825e6ca43ea9aa2f2220c6883320b4>. Acesso em: 10 maio de 2021.