

Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*

Marina Peduzzi^(a)
Heloise Fernandes Agreli^(b)

Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

Collaborative practice and teamwork can contribute to improve universal access and the quality of healthcare. However, the operationalization of interprofessional work constitutes a current challenge. This challenge is increased by conceptual imprecisions in the study of interprofessional work, in which terms like collaboration and teamwork are often used as synonyms. This article aims to present current concepts of interprofessional work, problematizing them in the context of primary care. We conclude that teamwork and collaborative practice in primary care need to be addressed in a contingent manner, according to the characteristics of service users/catchment population as well as to the context and working conditions. We highlight that collaboration involves professionals willing to work together to provide better healthcare, and can occur both as "Team collaboration" and "Intersectoral and community collaboration".

Keywords: Patient care team. Primary Care. Intersectoral collaboration.

Prática colaborativa e trabalho em equipe podem contribuir para melhorar o acesso universal e a qualidade da atenção à saúde. Entretanto, a operacionalização do trabalho interprofissional se constitui como um desafio atual. Acrescenta-se a esse desafio a imprecisão conceitual no estudo da temática, em que termos como colaboração e trabalho em equipe são frequentemente utilizados como sinônimos. O presente artigo visa apresentar os conceitos atuais de trabalho interprofissional, problematizando-os no contexto da Atenção Primária à Saúde. Concluímos que trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde precisam ser abordados de forma contingencial, ou seja, segundo características dos usuários/população adscrita, segundo contexto e condições de trabalho. Assinalamos que a colaboração envolve profissionais que querem trabalhar juntos para prover melhor atenção à saúde e pode se dar como colaboração na equipe e colaboração em rede intersetorial e com a comunidade.

Palavras-chave: Equipe de cuidados ao paciente. Atenção Primária à Saúde. Colaboração intersetorial.

*A versão inicial deste artigo foi apresentada na mesa redonda "Atenção Primária à Saúde nos Grandes Centros", em comemoração aos quarenta anos do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 30 de agosto de 2017.

^(a) Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, no 419, Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. marinape@usp.br

^(b) School of Nursing and Midwifery, University College Cork. Cork, Ireland. heloise.agreli@ucc.ie

Introdução

A proposta de trabalho em equipe remonta aos anos 1960/1970; junto com os movimentos da Medicina Preventiva, Comunitária e Integral; e volta a ganhar destaque a partir dos anos 1990, no contexto de debates sobre os modelos de atenção à saúde e de organização dos sistemas de saúde, bem como da necessidade de mudança da formação dos profissionais de saúde uniprofissional para a educação interprofissional.

Desde os anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, visto que não bastam equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde – é preciso que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores na lógica de redes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido o *locus* no qual mais avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe e prática colaborativa. A Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e integral é reconhecida como melhor estratégia para organização dos sistemas de saúde e o modo mais eficiente de enfrentamento dos problemas de saúde e da fragmentação das ações e do próprio sistema. No Brasil, estudos evidenciam a efetividade da APS com impactos positivos no acesso e qualidade da assistência em saúde¹⁻⁴.

Argumenta-se que a educação/formação interprofissional e a prática interprofissional podem contribuir para melhorar o acesso universal e qualidade da atenção à saúde⁵⁻¹⁰. Entretanto, a operacionalização da prática interprofissional se constitui como um desafio atual¹¹ e as iniciativas no país são ainda incipientes¹². Os modelos majoritários são o de profissionais que “continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos”¹³ (p. 198), o da reprodução da forte divisão do trabalho em saúde e o do tribalismo das profissões¹⁴.

Acrescenta-se à dificuldade de operacionalização da prática e educação interprofissional a polissemia e imprecisão conceitual no estudo das temáticas, o que acaba por dificultar o seu avanço⁸. Termos como “colaboração”, “coordenação” e “trabalho em equipe” são frequentemente utilizados como sinônimos entre si.

O presente artigo visa apresentar os conceitos atuais de trabalho interprofissional, problematizando-os no contexto da APS.

Trabalho em equipe, colaboração interprofissional e prática colaborativa interprofissional

O trabalho em equipe interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde^{15,16}. Constituir-se como uma equipe requer trabalho – é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão; conhecer o perfil da população adscrita, ou seja, as características, demandas e necessidades de saúde dos usuários e população; definir de forma compartilhada os objetivos comuns da equipe; e realizar – também de forma compartilhada – o planejamento das ações e dos cuidados de saúde, tal como a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares para usuários e famílias em situações de saúde de maior complexidade. O trabalho em equipe interprofissional envolve elementos do contexto social, político e econômico¹⁷.

No cenário internacional, em crítica à escassez de estudos e modelos teóricos que incorporassem a perspectiva sociológica na compreensão da complexidade do trabalho interprofissional em saúde, Reeves et al.¹⁸ propuseram um modelo para compreensão do trabalho interprofissional em suas dimensões relacionais, contextuais e da organização do trabalho. No modelo, os autores descrevem a distinção entre modalidades de trabalho interprofissional: “Trabalho em equipe”, com intenso compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe e intensa interdependência e integração das ações, que tende a responder a situações de cuidados imprevisíveis, urgentes e

de maior complexidade; “Colaboração interprofissional”, como forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento e interdependência das ações; e “Trabalho em rede”, no qual se reconhece ainda maior flexibilidade e menor interdependência das ações, mas com a integração em rede mantida. Os autores propõem que as equipes se alternem entre as diferentes formas de trabalho descritas (trabalho em equipe, colaboração e trabalho em rede), de acordo com as necessidades locais, em uma abordagem contingencial do trabalho interprofissional. Essa abordagem do trabalho interprofissional reconhece que as equipes não variam em um modelo linear de “fraco a forte”, “reais ou pseudo-equipes”, mas que as equipes são mais efetivas à medida que conseguem adaptar as diferentes formas de trabalho interprofissional – em equipe, colaboração e em rede – de forma contingencial, de acordo com as necessidades dos usuários, família e comunidade.

A abordagem contingencial coloca a necessidade de expandir a noção de trabalho interprofissional tradicional, usualmente baseada somente no trabalho em equipe, adicionando outras formas de interprofissionalidade, o que inclui colaboração e prática colaborativa interprofissional¹⁸.

Morgan et al.¹⁹ consideram “Colaboração interprofissional” como um termo guarda-chuva que abriga outros dois termos (figura 1): “Prática colaborativa interprofissional” – utilizado para descrever elementos da colaboração implementados na prática dos serviços de saúde – e “Trabalho em equipe interprofissional” – um nível mais profundo de trabalho interprofissional e intensa interdependência das ações.

Os diferentes termos apresentados acima se relacionam, mas não são sinônimos e intercambiáveis, visto que se referem a diferentes modalidades de trabalho interprofissional que propomos serem apreendidas da perspectiva contingencial, ou seja, que dependem das necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade e do contexto destas, bem como dos profissionais e serviços. Com essa abordagem, o trabalho interprofissional se apresenta como: trabalho em equipe, colaboração interprofissional, prática colaborativa interprofissional e trabalho em rede.



Figura 1. Relação entre colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe

Fonte: Extraído da tese Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde²⁰. Adaptação e tradução de Morgan, Pullon e McKinlay¹⁹ e Reeves et al.¹⁸

D'Amour et al.²¹ chamam de colaboração as situações em que profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos para prover a melhor atenção à saúde dos usuários, mas que ao mesmo tempo reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia. Ao invés de reforçar a expectativa de autonomia e independência plena de cada profissão, na prática colaborativa os profissionais buscam reduzir a competição²¹ e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva²².

A literatura sobre prática colaborativa frequentemente vai além das questões interprofissionais e inclui a perspectiva do usuário, família e comunidade na busca de "cuidar com as pessoas, ao invés de cuidar para as pessoas"²³. Essa abordagem reconhece a atenção centrada no paciente (ACP) como um elemento central da prática colaborativa interprofissional. A mudança de foco das profissões e serviços para o foco nas necessidades de saúde das pessoas, portanto, para ACP, é descrita como componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados à saúde e imprimir maior racionalidade aos custos dos sistemas de saúde²⁴. A importante participação dos usuários, família e comunidade na prática colaborativa torna clara a noção de que não se trata de uma prática restrita às relações entre profissionais, embora frequentemente seja utilizado o termo "interprofissional" para designá-la.

Embora as definições conceituais evidenciem diferenças entre os termos "trabalho em equipe", "colaboração" e "prática colaborativa", é reconhecido que as formas de trabalho interprofissional têm como núcleo as equipes e focam a ACP. A literatura sobre trabalho em equipe e colaboração interprofissional destaca a relevância de aspectos relacionais e da organização do trabalho entre os profissionais para o estabelecimento de equipes efetivas, integradas e colaborativas^{17,25,26}. A distinção das equipes de acordo com sua efetividade e impacto na qualidade da atenção à saúde é necessária e pode ser realizada pela análise do clima de trabalho em equipe²⁷, visto que o conceito de clima é considerado um *proxy*^(c) adequado para contemplar o fenômeno trabalho em equipe.

Prática colaborativa interprofissional e clima do trabalho em equipe na APS^(d)

Clima do trabalho em equipe

O clima do trabalho em equipe é definido como o conjunto de percepções e significados compartilhados entre os membros de uma equipe acerca das políticas, práticas e procedimentos que estes vivenciam no trabalho²⁸. A partir do referencial teórico de clima de equipe para inovação, Anderson e West²⁷ desenvolveram a escala Team Climate Inventory (TCI), que foi validada por Silva²⁹ no contexto brasileiro da APS no Sistema Único de Saúde (SUS). Silva et al.³⁰ ressaltam que a concepção de clima de equipe adotada no TCI corresponde à compreensão de trabalho em equipe descrito nos estudos brasileiros no âmbito da política pública do SUS, ou seja, articulação das ações e interação entre os profissionais com destaque para a comunicação³¹.

O estudo do clima do trabalho em equipe é considerado capaz de prover *insights* sobre as relações profissionais, organização do trabalho em equipe e aspectos da colaboração interprofissional. Segundo Agreli et al.³², clima do trabalho em equipe e colaboração interprofissional possuem quatro elementos conceituais comuns:

^(c) Utiliza-se o termo *proxy* no sentido que lhe é atribuído na área de Estatística, ou seja, como um variável medida para inferir o valor de uma variável de interesse. Nesse sentido, a variável clima de equipe é mensurada e utilizada para inferir a variável clima de trabalho em equipe.

^(d) A discussão apresentada baseia-se na tese de doutorado "Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde", realizada na Universidade de São Paulo em colaboração com Universidade de Southampton, de autoria de Heloise Agreli e com orientação de Marina Peduzzi e Christopher Bailey.

- Interação e comunicação entre membros da equipe: âmbito da comunicação e interação social entre os membros da equipe como condição *sine qua non* para trabalho em equipe e colaboração; capacidade de envolvimento de todos os membros da equipe no processo de tomada de decisão; e percepção de um ambiente de apoio confiável, não hostil e não ameaçador, que permite expressar desacordos e diferenças.

- Objetivos comuns em torno dos quais o trabalho coletivo é organizado: construção compartilhada dos objetivos da equipe e percepção do comprometimento de si próprio e dos demais com os objetivos traçados e compartilhados, em torno dos quais se organiza o trabalho coletivo.

- Responsabilidade compartilhada pela orientação do trabalho para excelência: compromisso e responsabilidade dos profissionais e da equipe para desenvolvimento do trabalho com qualidade, o que requer reflexividade – o envolvimento em refletir sobre si mesmo, os processos e a atuação de cada um e da equipe. Isso é fundamental para assegurar as mudanças que vão sendo necessárias no trabalho da equipe.

- Promoção da inovação no trabalho: refere-se ao apoio prático para as tentativas dos membros da equipe introduzirem novas formas de apreender e responder às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade nos territórios. Apoio à inovação pode ser considerado um indicador de colaboração interprofissional, pois envolve novos arranjos das responsabilidades entre profissionais e instituições²¹.

As áreas de intersecção assinaladas acima, entre clima do trabalho em equipe e colaboração, evidenciam conceitualmente a relação entre as temáticas e sugerem que a compreensão de aspectos macro da organização do trabalho interprofissional, como a colaboração para estabelecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), inclui o estudo de aspectos do âmbito micro (da interação social) no contexto imediato do trabalho em equipes na APS.

Trabalho em equipe na APS

A compreensão da APS, especificamente na Estratégia Saúde da Família, como estratégia de reorganização do sistema de saúde implica reconhecê-la como coordenadora da APS e centro de comunicação da RAS e das redes especializadas. As redes são uma forma de enfrentamento da hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde. Argumenta-se que a mudança dos sistemas fragmentados para RAS só se efetivará se estiver apoiada em uma APS de qualidade³³, com equipes capazes de ampliar a ação interprofissional para além do âmbito da equipe para outras equipes que atuam na RAS e em parceria com usuários e comunidade. A prática colaborativa se refere a essa situação mais ampla de ação interprofissional – intraequipes, intequipes e em rede com a participação dos usuários.

No Brasil, a APS conta com aproximadamente 43.160 equipes implantadas na Estratégia Saúde da Família, que oferecem cobertura a cerca de 64,9% da população³⁴. As milhares de equipes da APS brasileira têm contribuído significativamente no processo de melhoria do acesso e qualidade da assistência à saúde e sinalizam a capacidade das equipes em responder às necessidades de saúde mesmo frente a barreiras ao trabalho interprofissional articulado em diferentes setores, com foco e participação dos usuários, família e comunidade. Entre essas barreiras, citamos problemas de comunicação e coordenação no trabalho em rede³⁵; ausência de redes especializadas adequadas à demanda populacional e articulada à APS; e fragmentação do cuidado, desde serviços da própria APS³⁶ a iniquidades sociais que exacerbam o desequilíbrio nas relações de poder entre profissionais e usuários. A última barreira referida é analisada por Fox e Reeves¹⁷, que assinalam o risco de a prática colaborativa reiterar as relações hierárquicas e desiguais entre profissionais e usuários, bem como de a prática colaborativa e a ACP tornarem-se discursos retóricos.

Entretanto, citamos também algumas características da APS no contexto do SUS, apontadas na literatura nacional, que podem contribuir para a colaboração no âmbito das equipes e em redes:

- Usuários e famílias são adscritos às equipes que constituem sua referência em substituição à referência estritamente médica³⁷, cenário que favorece a prática interprofissional, assim como evidencia a demanda por participação efetiva de todos os membros da equipe.

- Política de humanização transversal às práticas de saúde que fomenta trabalho em equipe, atuação transdisciplinar e a própria construção de redes³⁸.
- Organização do trabalho com base em equipes, conforme estabelecido na política pública do SUS, e reconhecimento da APS como estratégia de reorientação da atenção à saúde e forma de inovação do sistema de saúde no país²⁹.
- Conselhos Gestores como parte da arquitetura do SUS e instrumento de expressão, representação, participação social e controle social, com potencial para transformação política.

Tendo em vista a peculiaridade dos diferentes sistemas de saúde, a Organização Mundial de Saúde sugere que esforços para estabelecer e consolidar a prática colaborativa sejam pautados na exploração de aspectos da realidade local⁷. Embora exista um crescente número de publicações nacionais na temática interprofissional, pouco se sabe sobre as características da prática colaborativa na APS brasileira.

Prática colaborativa e clima do trabalho em equipe na APS do SUS

Estudo recente realizado na ESF por Agreli²⁰ revelou relação entre prática colaborativa e clima do trabalho em equipe, como já assinalado na literatura internacional por Pullon et al.³⁹, que se referem ao clima do trabalho em equipe como elemento-chave para colaboração. No estudo da APS brasileira, as equipes com melhor clima de trabalho em equipe apresentaram participação mais intensa de seus membros na tomada de decisões; atividades orientadas por mecanismos consolidados de avaliação do trabalho como *feedback* individual e encontros para reflexão da equipe; e apoio a novas ideias e atenção centrada no usuário (desenvolvem ações de prevenção e promoção à saúde bem consolidadas e com participação de usuários e comunidade). As equipes com maiores escores de clima foram também aquelas que mais conseguiram ampliar a colaboração do âmbito das equipes para o âmbito das redes e de trabalho articulado com outros setores. Esse resultado sugere que investir na educação permanente das equipes é um passo importante para integralidade do cuidado e trabalho em RAS. Não só porque é por meio do trabalho em equipe que os profissionais integram diferentes *expertises* profissionais, mas também porque equipes colaborativas são também capazes de integrar diferentes serviços sociais e de saúde, assim como a participação do usuário, da família e da comunidade⁴⁰.

De acordo com Agreli²⁰, a colaboração, enquanto forma de trabalho interprofissional na APS, pode ser compreendida em duas modalidades, que se alternam dependendo das condições e necessidades dos usuários. A primeira delas é a colaboração em equipe, em que os profissionais buscam alternativas entre os próprios membros da equipe ou entre equipes de uma mesma Unidade Básica de Saúde para melhorar a qualidade da assistência à saúde, colaborando entre si também para aumentar a participação dos usuários no cuidado clínico individual (autocuidado apoiado^(e)).

A segunda é a colaboração em rede e com a comunidade, em que os profissionais da equipe buscam alternativas na equipe e também em outros serviços, setores e com os usuários, família a comunidade. Essa modalidade de colaboração ressalta a importância do trabalho interprofissional em equipe na promoção do trabalho intersetorial e da participação social^(f). Assinala também a forte relação entre prática colaborativa e ACP, que juntas constituem movimento das equipes em incluir os usuários como protagonistas e partícipes do “fazer junto” na equipe interprofissional.

^(e) O autocuidado apoiado é uma proposta de gestão do cuidado que incorpora colaboração entre a equipe de saúde e usuários, ao invés da atuação meramente prescritiva^{33,41}.

^(f) A participação social que expressa relação entre sociedade civil e Estado, exercida no SUS por meio dos Conselhos Gestores e Conferências de Saúde⁴⁰, estende o compartilhamento de tomada de decisão da esfera do projeto terapêutico para a gestão do sistema de saúde.

Considerações finais

Destacamos a necessidade de integração e colaboração no âmbito das equipes e também destas com demais serviços da rede de atenção a saúde, visto a complexidade crescente do cuidado em saúde. Como apresentado, a colaboração se caracteriza especialmente pela comunicação efetiva interprofissional e com usuários e população na construção de parcerias, como:

- Parceria com usuários, famílias e grupos sociais dos territórios; e
- Parceria com outras equipes, serviços e setores em rede.

Tais parcerias podem inclusive constituir formas de resistência às ameaças de retrocesso nas políticas de saúde que constituíram e consolidaram o SUS e a ampliação de acesso aos serviços de APS. Cabe destacar que, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família constitui intervenção interprofissional consolidada, visto estar vigente há mais de duas décadas.

No presente texto, buscamos apresentar os conceitos atuais de trabalho interprofissional. Trabalho em equipe e prática colaborativa devem contribuir e ter repercussões em duas direções: melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a usuários e população do território e promover maior satisfação no trabalho dos profissionais envolvidos. Para isso, trabalho em equipe e colaboração interprofissional na APS precisam ser abordados de forma contingencial, ou seja, segundo as características dos usuários/população adscrita e segundo o contexto (políticas de saúde, modelos de atenção, etc.) e as condições de trabalho. Assinalamos que a colaboração requer o desejo em cooperar/contribuir com o trabalho desempenhado pelo outro e pode se dar tanto no microcontexto das equipes (colaboração na equipe) quanto de forma mais abrangente, no cenário das RAS e comunidade (colaboração em rede e com a comunidade).

Por fim, ressaltamos a importância da prática profissional colaborativa interprofissional em colaboração com usuários, família e comunidade, o que requer garantir condições para efetiva participação destes.

Contribuições das autoras

As autoras participaram ativamente e igualmente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy - delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
2. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012; 17(1):36-42.
3. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ*. 2010; 19 Suppl 1:126-58.

4. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349:4014.
5. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6:CD000072.
6. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2012; 14(1):51-65.
7. Organização Mundial da Saúde. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: OMS; 2010 [citado 4 Abr 2017]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.
8. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (3):CD000072.
9. Goh TT, Eccles MP. Team climate and quality of care in primary health care: a review of studies using the Team Climate Inventory in the United Kingdom. *BMC Res Notes*. 2009; 2:222.
10. Proudfoot J, Jayasinghe UW, Holton C, Grimm J, Bubner T, Amoroso C, et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(3):164-9.
11. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. *J Interprof Care*. 2017; 31(2):184-6.
12. Silva JA, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 Spe 2:16-24.
13. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):197-8.
14. Braithwaite J, Clay-Williams R, Vecellio E, Marks D, Hooper T, Westbrook M, et al. The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: a laboratory-controlled teamwork experiment. *BMJ Open*. 2016; 6:e012467.
15. Institute of Medicine. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. Washington, DC: National Academy Press; 2015.
16. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010
17. Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 2015; 29(2):113-8.
18. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H, editor. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
19. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(7):1217-30.
20. Agreli HLF. *Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]*. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

21. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:188.
22. Khalili H, Hall J, DeLuca S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care.* 2014; 28(2):92-7.
23. Domajnko B, Ferfila N, Kavčič M, Pahor M. Interprofessional education In Europe: policy and practice. *Beyond interprofessionalism: caring together with rather than for people.* Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2015.
24. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59):905-16.
25. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica.* 2001; 35(1):103-9.
26. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. *J Health Organ Manag.* 2013; 27(1):134-42.
27. Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *J Organ Behav.* 1998; 19(3):235-58.
28. Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Ann Rev Psychol.* 2013; 64:361-88.
29. Silva MC. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
30. Silva MC, Peduzzi M, Sangaleti CT, Silva DD, Agreli HF, West MA, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the teamwork climate scale. *Rev Saude Publica.* 2016; 50:52.
31. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005; 13(2):262-8.
32. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. *J Interprof Care.* 2017; 31(6):679-84.
33. Mendes E. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: CONASS, OPAS; 2012.
34. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal [Internet]. Brasília; 2018 [citado 25 Mar 2018]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.
35. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Cienc Saude Colet.* 2010; 15 Supl 1:1533-41.
36. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc.* 2011; 20(4):961-70.
37. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
38. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS, Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

39. Pullon S, Morgan S, Macdonald L, McKinlay E, Gray B. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: a multiple case study. *J Interprof Care*. 2016; 30(6):787-94.

40. Presidência da República (BR). Lei nº 8080, de 19 de Setembro. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.

41. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

Peduzzi M, Agreli HF. Trabajo en equipo y práctica colaborativa en la Atención Primaria de la Salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

La práctica colaborativa y el trabajo en equipo pueden contribuir para mejorar el acceso universal y la calidad de la atención de la salud. No obstante, la puesta en operación del trabajo interprofesional se constituye en un desafío actual. A ese desafío se añade la imprecisión conceptual en el estudio de la temática, en que términos tales como colaboración y trabajo en equipo frecuentemente se utilizan como sinónimos. El objetivo de este artículo es presentar los conceptos actuales de trabajo interprofesional, problematizándolos en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. Concluimos que el trabajo en equipo y la práctica colaborativa en la Atención Primaria de la Salud tienen que abordarse de forma contingencial, es decir, según características de los usuarios/población adscrita, según contexto y condiciones de trabajo. Señalamos que la colaboración envuelve a profesionales que quieren trabajar juntos para proporcionar una mejor atención de la salud y que puede realizarse como “colaboración en el equipo y colaboración en red intersectorial y con la comunidad”.

Palabras clave: Equipo de cuidados al paciente. Atención Primaria de la Salud. Colaboración intersectorial.

Submetido em 13/11/17. Aprovado em 23/06/18.