

Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional

17

Marina Peduzzi

Maria Amélia de Campos Oliveira

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Heloise Lima Fernandes Agreli

Manoel Vieira Miranda Neto

SUMÁRIO

Introdução

Conceitos, características e dificuldades do trabalho em equipe

A prática colaborativa centrada no paciente/usuário

A educação interprofissional para o trabalho em equipe e a prática colaborativa

Referências bibliográficas

Introdução

A proposta de trabalho em equipe de saúde tem origem no movimento da medicina preventiva, na década de 1960, que propõe um projeto de mudanças da prática médica e a redefinição do papel do médico, incorporando pela primeira vez em propostas curriculares de ensino de graduação a ideia do trabalho em equipe multiprofissional liderada pelo médico^{1,2}.

Nas cinco décadas transcorridas desde então, o tema tem sido enfatizado em períodos de reforma das políticas de saúde, como na Declaração de Alma Ata³, nos relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS)^{4,5} e em propostas de reorganização das práticas de saúde, como o National Health Service do Reino Unido⁶ e o próprio Sistema Único de Saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família⁷. O trabalho em equipe também é abordado no contexto da formação profissional para o fortalecimento dos sistemas de saúde⁸ e reorientação de reformas curriculares na perspectiva da educação multiprofissional^{9,10} e interprofissional^{11,12}.

Na atualidade, a relevância do tema “trabalho em equipe, prática e educação interprofissional” também está relacionada às mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população mundial, com o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas, que requer profissionais preparados para abordar as múltiplas dimensões das necessidades de saúde dos usuários/população, mediante a colaboração interprofissional^{8,13,14}.

O trabalho em equipe é consenso entre gestores, médicos e demais profissionais de saúde, entretanto, sua conceituação ainda é genérica e superficial. A concordância

em torno do tema dá-se em um contexto tenso e contraditório em que, de um lado, ocorre a crescente especialização das profissões de saúde e, de outro, o reconhecimento do valor da atenção integral e da necessidade de integração dos profissionais e dos serviços para alcançar a integralidade da saúde.

A integralidade é um conceito-chave que se refere tanto ao cuidado integral como à garantia do acesso a serviços da rede de atenção e à continuidade no sistema. Pressupõe o reconhecimento amplo das necessidades de saúde dos pacientes e população e, portanto, requer dos profissionais o domínio de referenciais também ampliados que lhes permitam a compreensão e a **ação concertada em equipes de saúde**. O trabalho em equipe consiste em estratégia para a integração das especialidades e das múltiplas profissões, imprescindível para o desenvolvimento da assistência e do cuidado integral do paciente.

Tanto a produção nacional como a internacional destacam a necessidade de colocar o foco do trabalho em equipe nos pacientes e, portanto, nos objetivos comuns da equipe e nos resultados que busca produzir para assegurar maior resolutividade aos serviços e qualidade na atenção à saúde¹⁵⁻¹⁷.

No Brasil, desde os anos de 1990 observa-se o aumento da produção teórica que trata do trabalho em equipe e aborda suas concepções e tendências, embora a maior parte da produção identificada não esclareça as concepções, definições de termos e não apresente resultados de pesquisas empíricas¹⁸⁻²³.

A literatura internacional, sobretudo as revisões, também destaca a escassez de artigos que apresentem um modelo conceitual bem formulado de equipe e de trabalho em equipe. Ressalta a necessidade de produzir evidências empíricas sobre a efetividade e a eficácia do trabalho em equipe e assinala o frágil rigor metodológico e conceitual das pesquisas sobre o tema^{6,16,24-26}. Contudo, existem evidências empíricas, embora escassas, da relação entre trabalho em equipe e qualidade dos resultados da assistência^{15,27-30}.

A revisão de Zwarenstein et al.¹⁴ aponta que a prática colaborativa interprofissional contribui para a qualidade dos resultados na assistência, pois a presença de falhas na comunicação e na interação entre os profissionais

pode desencadear problemas na atenção ao paciente e nos serviços de saúde. Nesse sentido, recomenda-se que a formação dos profissionais de saúde acompanhe o modelo das práticas assinaladas, pautada na educação interprofissional em saúde (EIP) com ênfase no trabalho em equipe^{29,30}.

Estudos revelam evidências da EIP na qualidade dos resultados da atenção aos pacientes no tocante à adesão das equipes a novos protocolos clínicos, satisfação dos pacientes, incorporação de mudanças nos processos clínicos mediante a tomada de decisões compartilhadas, comportamento colaborativo e redução das taxas de erros clínicos. Contudo, a própria literatura aponta limitações na qualidade das evidências identificadas^{29,30}.

A seguir, apresentam-se conceitos, características e dificuldades do trabalho em equipe interprofissional e as propostas da prática colaborativa centrada no paciente/usuário e da educação interprofissional em saúde.

Conceitos, características e dificuldades do trabalho em equipe

Tanto a literatura nacional como a internacional mostram que não há consenso sobre a definição de trabalho em equipe interprofissional de saúde. Contudo, apresentam diferentes definições que apontam para características comuns, o que permite estabelecer um quadro inicial de abordagem do tema. Estudos produzidos no Brasil analisam o trabalho em equipe e estabelecem concepções sobre o tema, a partir de pesquisas empíricas qualitativas que resultaram em evidências sobre os processos utilizados pelas equipes no trabalho e na interação entre os profissionais^{18,20,23}.

O trabalho em equipe caracteriza-se pela relação entre duas dimensões complementares – trabalho e interação humana. Portanto, configura-se na relação recíproca – de dupla mão –, entre as múltiplas intervenções técnicas dos variados profissionais e a interação desses agentes. Nesse processo, a comunicação tem um papel central e, quando efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais¹⁸.

Outra abordagem concebe o trabalho em equipe como as relações que o grupo de trabalhadores constrói no cotidiano do trabalho e propõe o reconhecimento e a compreensão dos processos grupais pelos seus integrantes como forma de construir a própria equipe. O trabalho em equipe constitui uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar²⁰.

Quanto à distinção entre grupo e equipe, pode-se argumentar que a equipe inclui esforços para construir a coesão grupal entre seus membros, mas vai além disso à medida que deve funcionar visando a eficácia, a eficiência e a efetividade da assistência e dos cuidados à saúde produzidos pelos profissionais¹⁶.

O conceito de disciplinaridade também pode ser utilizado para abordar o trabalho em equipe considerando

os diferentes níveis de contato entre as disciplinas, analisados por Hilton Japiassu³¹. Nesses níveis observam-se as seguintes variações: na multidisciplinaridade não há nenhuma cooperação entre as disciplinas; na pluridisciplinaridade ocorre cooperação, mas sem coordenação; a interdisciplinaridade envolve uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas coordenadas por uma delas, a qual ocupa uma posição hierárquica superior e a transdisciplinaridade envolve uma coordenação de todas as disciplinas com base em uma axiomática geral³².

A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade dizem respeito à interação entre as disciplinas, ao diálogo e a cooperação entre diferentes áreas de conhecimento, a partir do reconhecimento de posições distintas em relação a um mesmo objeto complexo. Contudo, a busca de interação entre as disciplinas torna necessário o trabalho em equipe, pois para uma formulação transdisciplinar é vital a reunião de diferentes profissionais em uma mesma equipe³². O autor refere que:

Uma equipe será transdisciplinar quando sua reunião congrega diversas especialidades com a finalidade de uma cooperação entre elas sem que uma coordenação se estabeleça a partir de um lugar fixo. É claro que isso gera, de saída, um problema. Como evitar a verticalidade de uma coordenação? Isto é, como evitar que uma especialidade se torne uma espécie de juiz no processo de tomada de decisão? Ora, a transdisciplinaridade deve ser encarada como meta a ser alcançada e nunca como algo pronto, como um modelo aplicável e como um desafio que serve de parâmetro para que todos os membros da equipe estejam atentos para eventuais cristalizações e centralização do poder³².

Na literatura internacional, identifica-se maior produção sobre o tema, sobretudo no que se refere a estudos que tomam o trabalho em equipe como objeto e apresentam concepções a seu respeito. Nesses estudos observa-se o predomínio da abordagem clínica do trabalho em equipe e da perspectiva da atenção integral – *comprehensive care*, no sentido holístico e biopsicossocial, em que a equipe de saúde pode ser definida como um pequeno número de profissionais que compartilham objetivos comuns, tomada de decisão conjunta, habilidades complementares e interdependentes e tem seu foco no cuidado dos pacientes e na mútua responsabilidade pelos resultados produzidos^{16,17,29,33-35}.

Publicação recente de West e Lyubonikova³⁶ indica que os principais atributos do trabalho em equipe efetivo, que produz bons resultados para os pacientes, são: compartilhamento de objetivos comuns, suporte organizacional para estimular o trabalho colaborativo interdependente, liderança que contribua para integração da equipe e reflexividade, isto é, equipe com capacidade de reflexão sobre sua prática, corresponsabilização e monitoramento compartilhado das ações realizadas pelos colegas da equipe. Interdependência, objetivos compartilhados e reflexividade são os principais atributos do trabalho em equipe efetivo, por isso pode-se dizer que a

ausência ou a presença superficial desses elementos caracteriza pseudoequipes³⁷.

Com base nessa abordagem e na concepção de *clima* como a percepção compartilhada dos valores, crenças, filosofia e política da instituição, Anderson e West³⁸ elaboraram a escala de medida de clima de equipe, denominada Team Climate Inventory (TCI), que foi validada no Brasil por Silva³⁹. O TCI tem quatro fatores: participação segura, que se refere à interação entre os membros da equipe e ao quanto se sentem seguros para participar; aos objetivos da equipe; ao suporte para inovação; e à orientação para tarefa.

A partir das definições referidas e da análise sobre o tema de um conjunto mais amplo de autores^{6,40-45}, apreendem-se as características do trabalho em equipe interprofissional: comunicação e colaboração entre profissionais, definição de objetivos comuns, construção de um projeto assistencial comum, tomada de decisões compartilhadas, responsabilidade e *accountability*, que se refere à prestação de contas pelos resultados produzidos; reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, complementaridade e interdependência das ações, autonomia profissional de caráter interdependente, flexibilidade da divisão do trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais, preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais, horizontalização das relações de poder e atenção centrada no paciente/usuário.

O reconhecimento do papel e do trabalho dos membros da equipe implica basicamente o conhecimento das atividades e responsabilidades de cada componente e também do modo pelo qual esse conhecimento pode ser adquirido no dia a dia de trabalho, ou seja, a presença de recursos e tempo para tal. Esse processo inclui o reconhecimento de fronteiras entre as áreas e suas sobreposições.

O destaque para o compartilhamento dos objetivos comuns, aliado a responsabilidade e *accountability*, pode ser interpretado como característica que, uma vez alcançada, pode permitir a construção de um projeto assistencial comum da equipe orientado para a produção dos resultados esperados para os pacientes^{18,35}.

Assim como não há consenso sobre a concepção de trabalho em equipe, tampouco são reconhecidas suas características. Por conseguinte, observa-se um conjunto de dificuldades próprias das equipes de saúde (Quadro 1).

Entende-se que essas dificuldades estão relacionadas às características do trabalho em equipe, visto que, em sua maioria, remetem à dimensão interativa, intersubjetiva, e não apenas à técnica e ao conhecimento técnico-científico. A necessidade de articular as ações dos diferentes profissionais, estabelecendo uma colaboração entre eles, requer a busca do entendimento, o reconhecimento de suas diferenças e dos benefícios da articulação para a atenção às necessidades de saúde, o que, por sua vez, favorece o deslocamento da ação profissional do foco nos procedimentos para o foco no paciente/usuário e, portanto, para a interação profissional-usuário e entre os profissionais.

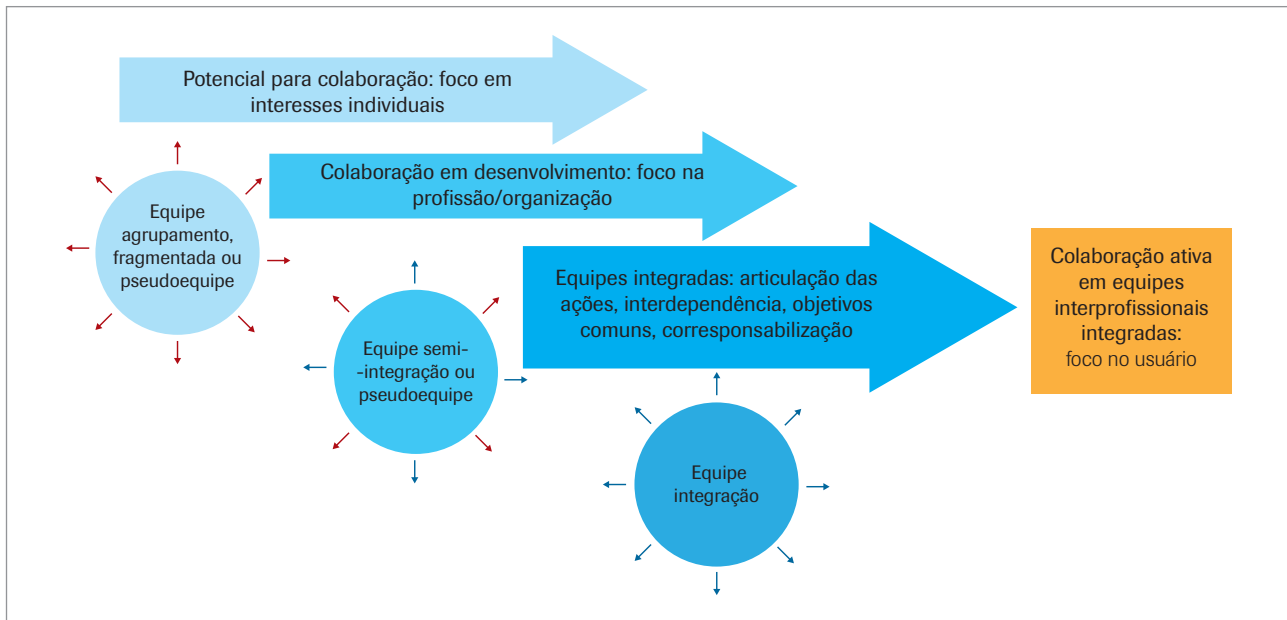
■ **Quadro 1** Dificuldades na operacionalização do trabalho em equipe interprofissional.

- Quebra da comunicação (informações incompletas), rumores (conversas de bastidores), diferentes linguagens especializadas herméticas, mera passagem de informação que exclui a possibilidade de troca entre os diferentes profissionais;
- Desconhecimento do papel ou trabalho dos demais membros da equipe;
- Desconsideração das experiências e saberes de cada membro da equipe;
- Conflitos quanto à abordagem eleita para a assistência ou cuidado dos pacientes;
- Indefinição dos resultados a serem alcançados;
- Ausência de consenso quanto ao projeto assistencial comum;
- Ausência de foco nas necessidades de saúde dos pacientes, destinatários do trabalho em equipe;
- Expectativa de ausência de conflitos e divergências na equipe;
- Trabalhos especializados e suas especificidades técnicas percebidos como trabalhos que têm valor social desigual;
- Surgimento de variadas formas de disputas pelo poder que interferem, direta ou indiretamente, nos processos comunicacionais e de articulação das atividades dos diferentes profissionais;
- Dificuldade de distinguir o que são formas legítimas de disputa pela implementação de propostas ou estilos na consecução do trabalho da equipe, daquelas disputas por ressentimento, vaidades ou interesses pessoais.

A superação das barreiras à colaboração e o deslocamento do foco para o paciente/usuário também requerem o reconhecimento dos diversos tipos de equipe, pois o consenso genérico e superficial sobre o trabalho em equipe precisa ser desmistificado. A mera justaposição de profissionais de diferentes áreas atendendo a mesma clientela, em si, não configura equipes efetivas, que produzem bons resultados para a saúde dos pacientes. Como foi assinalado, podem se constituir pseudoequipes³⁷, equipes fragmentadas⁶, equipes de agrupamento^{19,46} ou equipes com potencial de colaboração, mas não colaboração ativa⁴⁷.

Observa-se que as tipologias de trabalho em equipe e colaboração interprofissional aproximam-se à medida que distinguem tendências de integração/colaboração, desenvolvimento de colaboração ou fragmentação. Há também o tipo de equipe denominado “coração e periferia” (*core and periphery*), no qual se observa um grupo de profissionais integrado em torno do qual se agrupam os demais⁶.

As tipologias expressam tendências nas quais as equipes oscilam segundo o contexto e sua dinâmica de funcionamento. Utilizando-se a literatura para a compreensão da definição do trabalho em equipe interprofissional, construiu-se um esquema ilustrativo (Figura 1). A figura relaciona três eixos: os níveis de colaboração das equipes⁴⁷; a tipologia de trabalho em equipe^{6,19}; e a definição de equipes efetivas e pseudoequipes³⁷. Os níveis de colaboração são analisados a partir da tendência da orientação do foco da assistência das equipes para as necessidades de saúde do usuário ou não, aspecto que será detalhado no próximo tópico deste capítulo. A tipologia de trabalho em equipe está pautada na análise da interação e da articulação das ações entre os profissionais, equi-



■ **Figura 1** Tipos de equipe e prática interprofissional colaborativa. Adaptada de Miller et al.⁶, Peduzzi et al.³⁷ e D'Amour et al.⁴⁷.

pe integração, semi-integração e agrupamento, e por fim, a definição de pseudoequipes e equipes efetivas que está ancorada na análise da efetividade dos resultados do trabalho em equipes integradas^{6,19,37,47}.

O modelo de organização dos serviços e a prática de gestores e gerentes locais responsáveis por sua implementação **contribuem para a constituição de equipes integradas e a prática colaborativa centrada no paciente**, sobretudo ao estabelecer os objetivos dos serviços e assegurar que sejam entendidos e compartilhados pelas equipes^{16,31,33,35}.

O gerente e a liderança do serviço e equipe(s) precisam ter domínio de três competências que lhe permitem promover o trabalho em equipe integrado e colaborativo: capacidade de manter o foco na visão e na missão da organização, compartilhá-la e articular os membros da equipe em torno dos objetivos propostos; competência comunicacional de compartilhar informações em vez de mantê-las reservadas para si, ter capacidade de articular conceitos complexos de forma clara, tenacidade para encontrar múltiplas formas de colocar a mesma ideia até ser compartilhada pelos demais e habilidade para os envolver em situações de diálogo, o que implica saber escutar e verbalizar de forma articulada; além de promover um ambiente de empoderamento dos profissionais e respectivas equipes, atribuindo-lhes responsabilidade e autoridade^{33,35}.

Ainda sobre a organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe, cabe destacar dois dispositivos facilitadores: reuniões de equipe e supervisão de equipe. As reuniões são necessárias sobretudo na fase inicial de constituição da equipe, quando é preciso produzir uma dinâmica de trabalho que permita o desenvolvimento das características já mencionadas. Contudo, é indicado manter uma rotina de reuniões com frequência, duração e lo-

cal definidos, pois são necessários investimentos permanentes na manutenção da integração e da colaboração que a equipe alcançou em um dado momento, ou seja, na autossustentação da equipe. Por outro lado, é necessário que os membros da equipe e o gerente ou liderança evitem o mero cumprimento de um ritual esvaziado de sentido e assegurem que as reuniões permitam o trabalho da equipe na direção dos resultados esperados para os pacientes.

A supervisão é entendida como um trabalho conjunto da própria equipe ou com o apoio de um supervisor externo, e não como uma “super-visão” de alguém privilegiado que detém a posse do saber desejado. Trata-se de um recurso que auxilia a equipe a perceber, de um lado, seu modo de sentir, pensar e agir e, de outro, a monitorar de forma compartilhada a articulação das ações dos diferentes profissionais para assegurar que a finalidade e os objetivos propostos sejam alcançados⁴⁸.

A prática colaborativa centrada no paciente/usuário

O trabalho em equipe interprofissional não recobre a atuação dos profissionais em toda rede de atenção à saúde, por isso o trabalho em equipe precisa ser complementado pela prática interprofissional. Esta remete à necessidade de assegurar efetiva comunicação, articulação das ações e colaboração entre os profissionais das diversas equipes do serviço e entre os profissionais e equipes de diferentes serviços da rede. Isso caracteriza o que a literatura internacional mais recente denomina de prática interprofissional colaborativa centrada no paciente/usuário.

A prática colaborativa pressupõe que os profissionais busquem trabalhar juntos em prol da qualidade da atenção às necessidades dos usuários⁴⁷. Tal perspectiva colaborativa interprofissional está ligada ao conceito de campo e

núcleo de competências: campo como conhecimentos, habilidades e atitudes comuns e compartilhadas pelas diferentes áreas profissionais da saúde, e núcleo profissional como aquele que envolve as competências específicas de cada profissão implicada no cuidado em saúde⁴⁹.

Os determinantes do sucesso da colaboração interprofissional incluem aspectos interacionais, organizacionais e sistêmicos. Os interacionais permeiam as relações intersubjetivas, como a confiança, a comunicação e o respeito mútuo. Os organizacionais apontam para a influência da estrutura e da política organizacional, apoio institucional, mecanismos de comunicação, coordenação, tomada de decisão e recursos para o trabalho em equipe. Por fim, os determinantes sistêmicos envolvem os componentes culturais, sociais, educacionais e profissionais que podem expressar relações de poder e estereótipos entre as profissões, tendências ao individualismo, especialização e dificuldades para a socialização profissional, integração dos conhecimentos e práticas⁵⁰.

Estudo sobre a colaboração interprofissional constatou a dificuldade em subordinar os interesses profissionais aos interesses dos pacientes. O risco de os interesses pessoais emergirem em uma equipe que não possui objetivos negociados é grande, resultando em um comportamento individual e sem foco no paciente⁵¹.

A orientação das equipes para a atenção centrada no paciente (ACP) é um dos indicadores para a diferenciação das equipes em três níveis de colaboração:

1. Potencial para colaboração.
2. Colaboração em desenvolvimento.
3. Colaboração ativa, como apontado na Figura 1⁵¹.

No primeiro nível, de potencial latente para colaboração, as equipes tendem a ter sua prática orientada por interesses pessoais. No segundo, de colaboração em desenvolvimento, as equipes orientam sua prática de acordo com interesses profissionais ou organizacionais e, no terceiro nível, de colaboração ativa, as equipes orientam suas ações tendo como foco o paciente e suas necessidades de saúde (Figura 2).

A ACP é considerada pela Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)⁵² e pela American Interprofessional Health Collaborative (AIHC) como um dos domínios essenciais para a colaboração interprofissional. Compreende-se então a ACP como um **atributo** do trabalho em equipe interprofissional e da prática interprofissional colaborativa^{47,52,53}.

Embora a literatura estabeleça a ACP como domínio para a prática interprofissional colaborativa e apresente bons resultados empíricos^{54,55}, a ausência de uma definição consensual para o termo⁵⁶ prejudica a implementação da ACP e dificulta o diálogo entre a literatura nacional e internacional quando se busca compreender de que forma a ACP aproxima-se das abordagens usuário-centradas descritas no contexto brasileiro.

O foco no usuário e na população remete às concepções de necessidades de saúde e cuidado em saúde. As abordagens nacionais que mais se aproximam da ACP são o processo de trabalho centrado no usuário³² e a propos-

ta da clínica ampliada⁴³, ambas ancoradas no princípio da integralidade como forma de superação da fragmentação do cuidado, mediante a necessária ampliação do objeto de saber e intervenção clínica^{44,45}.

A Clínica Ampliada integra a Política Nacional de Humanização e tem como eixo norteador a integralidade da atenção, a partir da premissa da determinação social do processo saúde/doença e da interferência ativa de cada sujeito no referido fenômeno⁴⁹. A integralidade emerge como tema intrínseco à ACP na literatura e na política nacional de saúde e é compreendida como constructo que abarca diferentes significados^{57,58}. Sua definição enquanto termo polissêmico considera quatro eixos inter-relacionados⁵⁷:

- Eixo das necessidades (capacidade de resposta às necessidades, não restrita a condições morfológicas ou funcionais do organismo).

- Eixo das finalidades (integração e não segmentação das ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde).

- Eixo das articulações (articulações interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais que proporcionem melhores condições na atenção à saúde).

- Eixo das interações (necessidade de qualidade das interações intersubjetivas no cotidiano da atenção à saúde, com condições que permitam o diálogo entre as pessoas envolvidas no cuidado). Segundo Ayres⁵⁹, o eixo das interações é condição *sine qua non* para que as aspirações dos demais eixos se concretizem.

Assim como a definição de integralidade, a ACP é apresentada como termo polissêmico descrito por meio de elementos centrais que incluem: a perspectiva ampliada sobre o adoecimento, a compreensão integral dos sujeitos e das ações de saúde^{56,60,61} e as interações intersubjetivas necessárias para a garantia de compartilhamento de poder e responsabilidades^{56,60-62}. Porém, conforme exposto anteriormente, não há consenso na literatura sobre uma definição para a ACP⁵⁶.

A Canadian Interprofessional Health Collaborative⁵² a define como o cuidado em que a equipe interprofissional integra e valoriza o paciente/família/comunidade como parceiros na concepção e implementação de cuidados e serviços. A literatura canadense^{51,52,63} define a ACP como **atributo** da prática interprofissional colaborativa e inclui a perspectiva do usuário como parte da equipe responsável por seus cuidados. A prática interprofissional colaborativa centrada no usuário/paciente é compreendida como parceria entre a equipe de saúde e o paciente, na qual este influencia o atendimento que lhe é prestado e os profissionais da equipe têm acesso aos conhecimentos e às habilidades para a elaboração de um plano de atendimento compartilhado.

Diversos países como Canadá, Estados Unidos e Reino Unido estão adotando políticas de implementação da ACP. Nos estudos americanos, observa-se a temática inserida no contexto da discussão da Reforma do Sistema de Saúde, utilizando o termo *Patient Centered Medical Home* (PCMH), definido por pesquisadores como mo-

delo amplamente visado de reforma do sistema de saúde que enfatiza a atenção primária e a ACP⁶⁴.

No Reino Unido, a ACP foi classificada por autores como fundamental para a prestação de cuidados médicos de alta qualidade. Justificam o estudo da temática por meio do desejo de aumentar a capacidade de resposta ao usuário como um dos objetivos da política de saúde. Elementos como o longo tempo de espera e comunicação insuficiente tornaram clara a necessidade de aumentar a capacidade de resposta aos usuários como forma de modernizar o sistema de saúde. Nesse contexto, a ACP foi sugerida como uma forma de melhoria da qualidade do atendimento e diminuição de erros médicos⁶¹.

A atenção interprofissional colaborativa e centrada no paciente/usuário é uma forma de reconhecimento da autonomia e singularidade dos sujeitos envolvidos no cuidado, e do protagonismo dos usuários na produção social de sua saúde. Nesse sentido, compreende-se o lugar dos usuários como parceiros das equipes na construção das práticas colaborativas. Um aspecto que merece destaque na ACP, no contexto nacional, é a peculiaridade da APS no Brasil, visto que o acesso do usuário ao sistema é previsto preferencialmente na APS, tendo como referência nuclear a equipe de saúde. Isso configura um contexto favorável à abordagem em equipe, com base na prática interprofissional colaborativa, em substituição à referência à prática isolada de cada profissional^{17,65,66}.

A educação interprofissional para o trabalho em equipe e a prática colaborativa

A formação na área da saúde deve incluir entre seus objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, de modo que estudantes aprendam a acolher e cuidar das várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações, fomentando a autonomia e a capacidade de intervenção dos indivíduos e grupos sociais sobre a própria saúde, trabalho em equipe e prática interprofissional. Além da excelência técnica, a formação deve favorecer o desenvolvimento de competências voltadas para a gestão dos serviços, do próprio sistema de saúde e o controle social em saúde, contribuindo para a formulação de políticas de cuidado à saúde.

A preocupação crescente com o trabalho em equipe no provimento de cuidados à saúde gera a necessidade de identificar conceitos, métodos e processos de ensino e aprendizagem voltados para o desenvolvimento das competências necessárias à atuação profissional integrada.

Nos modelos educacionais atuais, a formação em saúde é predominantemente uniprofissional, pois as atividades educacionais ocorrem apenas entre os estudantes da mesma profissão, havendo pouca ou nenhuma interação com outras profissões, o que contribui para a falta de reconhecimento das competências e das responsabilidades próprias das profissões e também para a criação de estereótipos e preconceitos^{29,67}. O modelo educacional hegemônico está pautado na racionalidade biomédica do

processo-saúde doença, com ênfase no domínio técnico-científico em detrimento da interdisciplinaridade, da interprofissionalidade⁶⁸⁻⁷⁰, da integralidade e da determinação social do processo saúde-doença⁷¹⁻⁷². Tradicionalmente, a formação inicial dos profissionais da saúde ocorre de forma relativamente isolada, sem que sejam planejadas experiências específicas para promover o contato de estudantes de diferentes carreiras. Em um mesmo curso, muitas disciplinas são ministradas de forma estanque e há pouco contato entre as diferentes especialidades da mesma área de formação.

Assim, não é de se estranhar que os profissionais queixem-se de falta de conhecimentos e habilidades para o trabalho colaborativo, de modo que muitas vezes falham em integrar seus conhecimentos e *expertise* ao trabalho de suas equipes, em prejuízo da integralidade e da qualidade da atenção à saúde.

É possível desenvolver conhecimentos e habilidades para o trabalho em equipe durante a formação inicial dos profissionais de saúde. Programas estruturados, centrados nas necessidades dos usuários e população, mostram-se mais efetivos que os programas de sensibilização. A mera exposição dos estudantes ao trabalho das equipes nos cenários de prática não garante o desenvolvimento das competências necessárias ao futuro trabalho em equipe.

Os objetivos educacionais de um programa interprofissional devem estar voltados para a melhoria das habilidades clínicas de cada estudante para desenvolver em equipe o cuidado centrado nos usuários dos serviços de saúde. Cada estudante assume a responsabilidade pelo provimento de cuidados em sua área de competência. A supervisão contínua de preceptores da mesma área profissional favorece uma relação horizontal de proximidade e o contato com a abordagem peculiar à área, mas a supervisão realizada por outros profissionais de saúde familiariza o estudante com o enfoque de áreas correlatas.

É importante compartilhar experiências de aprendizado, envolver-se em discussões de caso e desenvolver projetos conjuntos para que os estudantes tenham a oportunidade de funcionar como uma equipe, o que envolve debate de ideias, definição de propósitos e objetivos, delimitação da tarefa, tomada de decisão, assunção de responsabilidades e resolução de conflitos. A dinâmica grupal e a constituição da equipe também devem ser objeto de reflexão e a comunicação aberta entre seus componentes deve ser encorajada, de modo a assegurar a participação e a contribuição de todos, favorecendo a confiança em suas próprias habilidades, habituando-os a realizar a abordagem interprofissional dos problemas de saúde e estimulando sua confiança nos resultados do trabalho em equipe.

O ensino e a aprendizagem na área técnico-científica são somente alguns dos aspectos da formação, já que, além do conhecimento e das habilidades técnicas e de pensamento necessários para a intervenção em saúde, a construção do perfil profissional envolve a produção de subjetividades. A ênfase, portanto, deve recair em experiências e oportunidades de aprendizado e nas estratégias de co-

municação para maximizar a motivação para a troca de conhecimentos e habilidades, mas também para compartilhar valores, atitudes e julgamentos. O trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa centrada no paciente/usuário devem permitir ainda a identificação da política assistencial e encorajar a necessidade da educação permanente como parte do trabalho em saúde.

Os estudantes devem experimentar desde cedo o trabalho em equipe e a prática interprofissional. Há relatos dos benefícios decorrentes do aprendizado em grupos interprofissionais. Entretanto, diferenças entre níveis educacionais podem representar um problema. Estudantes dos anos iniciais, com experiência clínica limitada, podem ter dificuldades adicionais para se integrar a equipes e exercer liderança. Também podem existir demandas conflitantes na formação de cada área, de modo que será necessário algum esforço para encontrar espaços comuns nos diferentes currículos a fim de estabelecer uma agenda compartilhada em que o aprendizado em grupo interprofissional dialogue com as usuais “prioridades” inerentes a cada formação profissional.

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) consiste na mais recente iniciativa de formação para a mudança do perfil profissional na área da saúde em prol do trabalho em equipe e prática interprofissional^{8,11,30}. Desenvolvida internacionalmente na América do Norte, Europa e Ásia há mais de 30 anos, ainda é incipiente no Brasil e requer maiores investimentos. A experiência mais exitosa da EIP conhecida no cenário nacional está na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), *campus* Baixada Santista, que possui um projeto pedagógico interprofissional^{73,74}. Novas experiências interdisciplinares e interprofissionais começam a ser construídas em todas as áreas de conhecimento, a exemplo dos cursos Bacharelados Interdisciplinares em Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), esta recentemente inaugurada.

Outras iniciativas existentes de EIP no Brasil estão relacionadas às ações multiprofissionais na graduação e pós-graduação *lato sensu*, especialmente em programas do Ministério da Saúde, e as **Residências Multiprofissionais**, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), os Bacharelados Interdisciplinares em Saúde (BIS) e os cursos de Graduação em Saúde Coletiva são propostas indutoras com potencial para o desenvolvimento da interdisciplinaridade e interprofissionalidade^{73,74}.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a implementação da EIP para transformar a educação profissional e produzir impacto na crise mundial da força de trabalho em saúde, pois com a EIP os profissionais são preparados para trabalhar em equipes interprofissionais capazes de desenvolver práticas colaborativas que respondam às necessidades de saúde locais. Para tanto, é fundamental a integração entre os sistemas de educação e saúde, além de reformas nos modelos educacionais^{11,12}.

Mudanças na formação profissional em saúde e nas práticas de saúde em geral ocorrem articuladamente^{69,73} e tal interdependência é reconhecida como um elemento necessário para reorganizar o processo de trabalho em saúde com foco nas necessidades dos usuários^{8,11,53,75}.

A EIP é considerada uma intervenção na qual os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos interativamente, com a finalidade de melhorar a colaboração no cuidado dos usuários. Tal interação na aprendizagem requer a participação ativa, com a troca de conhecimentos entre diferentes áreas profissionais³⁰. A definição mais difundida de EIP foi desenvolvida pelo Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) do Reino Unido em 1997: *Occasions when two or more professionals learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care*⁶⁷.

Essa modalidade de formação pode contribuir para o fortalecimento do trabalho colaborativo em equipe, bem como da prática colaborativa entre equipes e serviços da rede de atenção, por meio do reconhecimento dos papéis profissionais e da integração no processo de trabalho em saúde. Essas mudanças também dependem de relações interdependentes e interativas, com parceria entre equipes, profissionais de saúde e usuários para a tomada de decisão compartilhada sobre as necessidades de saúde no cuidado^{14,50,74,76,77}.

A implementação da EIP requer o desenvolvimento de três competências: competências comuns a todas as profissões, competências complementares ou específicas de cada área com a valorização da qualificação de cada profissional e competências colaborativas necessárias para educação e prática interprofissional que se referem ao trabalho conjunto desenvolvido entre profissionais, pacientes, famílias, organizações e comunidades. Requer ainda a adoção de estratégias pedagógicas como a andragogia, a aprendizagem baseada nas interações, e a aprendizagem baseada em problemas da prática⁶⁷.

Em 2010, o Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)⁵² apresentou um conjunto de competências, organizadas em seis domínios, para o desenvolvimento da EIP e a formação para a prática colaborativa. Esse conjunto de competências pode contribuir para reformas curriculares e na construção da EIP efetiva abrangendo conhecimentos, valores, habilidades e atitudes necessários à formação profissional voltada para prática colaborativa. Os domínios são: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, família e comunidade; reconhecimento de papéis profissionais; **entender os princípios** da dinâmica do trabalho em equipe; liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais.

A proposta de reorganização das práticas de saúde por meio do trabalho em equipe e prática interprofissional também é considerada no contexto da formação em saúde. A EIP tem como finalidade o preparo para essa modalidade de prática colaborativa centrada no paciente/usuário em prol da atenção às necessidades de saúde destes. Trata-se de um modelo de formação em saúde com destaque internacional, que enfatiza a interação entre di-

ferentes áreas profissionais. Pautada no reconhecimento da interdependência entre a formação e as práticas de saúde, a EIP revela potência para mudanças no trabalho em saúde, em direção à colaboração interprofissional, com reconhecimento dos diferentes papéis profissionais e complementaridade das ações. A colaboração interprofissional almejada depende da participação de gestores, lideranças, profissionais e sobretudo dos usuários no processo de tomada de decisão sobre o cuidado.

Referências bibliográficas

- Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Silva GR. Prefácio. In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 13-20.
- Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: <<http://bioeticadiplomacia.org/wpcontent/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>.
- World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care: now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
- World Health Organization. The World Health Report 2006: Working Together for health. Geneva: WHO; 2006.
- Miller C, Freemann M, Ross N. Interprofessional practice in health and social care: challenging the shared learning agenda. London: Arnold; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. [citado 05 set. 2013]. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376(9756):1923-57.
- World Health Organization (WHO). Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel. Geneva: World Health Organization; 1988. (Technical Report Series, v.769) p. 1-72.
- World Health Organization (WHO). Patient safety curriculum guide: Multiprofessional edition. Geneva: WHO; 2011.
- World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
- World Health Organization (WHO). Transforming and Scaling up Health Professionals Education and Training. Geneva: WHO; 2013.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.:CD000072.
- McCallin AM. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10:419-28.
- McCallin AM. Interdisciplinary researching: exploring the opportunities and risk of working together. *Nursing and Health Sciences*. 2006;8:88-94.
- Campos GSW. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403.
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
- Furtado JP. Equipes de referência: Arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2007;11(22):239-55.
- 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 Latinoam Enferm*. 2005;13(2):262-8.
- Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011;21(2):629-46.
- Peduzzi M, Sangaleti CT, Aguiar C, Souza GC, Silva JAM et al. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. *Programa de Atualização*. 2011;3:39-39.
- Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Interface*. 2013;17(45):327-40.
- Schofield RF, Amodeo M. Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective? *Health & Social Work*. 1999;24(3):210-19.
- Zwarenstein M, Reeves S. What's so great about collaboration? We need more evidence and less rhetoric. *British Medical Journal* 2000;320:1022-3.
- Wiecha J, Pollard T. The interdisciplinary Health Team: chronic care for the future. *Journal of Medical Internet Research*. 2004;6(3):e22
- Risser D, Rice M, Salisbury M, Simon R, Jay G, Berns S. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1999;34(3):373-83.
- Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000;2:CD000072.
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*. 2008; 1: CD002213.
- Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;3:CD002213.
- Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
- Iribary IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2003;16(3):483-90.
- Lorimer W, Manion J. Team-based organizations: leading the essential transformation. *PFC Rev*. 1996;15-19.
- Ingram H, Desombre T. Teamwork in health care: lessons from the literature and from good practice around the world. *Journal of Management in Medicine*. 1999;13(1):51-8.
- Wachs JE. Building the occupational health team. *AAOHN Journal*. 2005;53(4):166-71.
- West MA, Lyubovnikova J. Illusions of Team Working in Health Care. *Journal of Health Organization and Management*. 2013;27(1):134-42.
- West MA, Lyubovnikova J. Real Teams or Pseudo Teams? The Changing Landscape Needs a Better Map. *Industrial and Organizational Psychology*. 2012;5(1):25-8.
- Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the Team Climate Inventory. *Journal of Organizational Behavior*. 1998;19(3):235-58.
- 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]. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2014.
- Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família. *Interface: Comunic Saúde Educ*. 2001;9:150-3.
- Jacob Filho W, Sitta MC. Interprofissionalidade. In: Netto MP, organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 440-50.
- Santana JP, org. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2000.
- Ciamponi MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *R Bras Enferm*. 2000;53(n. esp):143-7.
- Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educ*. 2005;9(16):25-38.
- Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(2):323-31.
- Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [livre-docência]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- D'Amour, Goulet L, Labadie JF, Martín Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization. *BMC Health Services Research*. 2008;8:188.
- Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexão acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface: Comunic Saúde Educ*. 2005;9(16):9-24.
- Campos G. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Martin-Rodriguez L San, Beaulieu M D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;1(Supl.)132-147.
- D'Amour D, Ferrada-Videla M, Martín Rodriguez L San, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):116-31.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competence framework. [Internet]. Vancouver: Canadá; 2010. [cited 2014 Sep 20]; Available from: <http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf>.
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC) Group. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for Interprofessional Practice: Report on an Expert Panel. [Internet] Washington; 2011. Disponível em: <https://www.aamc.org/download/186750/data/core_competencies.pdf>.
- Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res*. 2010;45:1188-204.
- Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(2):186-8.
- Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M-E. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Ann Fam Med*. 2011;9:155-64.
- Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. *Interface: Comunicação Saúde Educ*. 2012;16(40):67-81.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.

59. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009;18(Supl. 2):11-23.
60. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan JJ. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
61. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med [Internet].* 2000;51(7):1087-110. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11005395>>.
62. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs [Internet].* 2013;69(1):4-15. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22709336>>.
63. Reeves S, Russell A, Zwarenstein M, Kenaszchuk C, Conn LG, Doran D, et al. Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a Canadian initiative aimed at improving patient-centred care. *J Interprof Care [Internet].* 2007;21(1):111-4. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17365378>>.
64. Markova T, Mateo M, Roth LM. Implementing teams in a patient-centered medical home residency practice: lessons learned. *J Am Board Fam Med [Internet].* 2012 [cited 2014 Feb 19];25(2):224-31. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403204>>.
65. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet [Internet].* 2011;377(9779):1778-97. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>>.
66. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. Editorial. *BMJ.* 2010;341(c4945).
67. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence.* Oxford: Blackwell; 2005.
68. Teixeira CFS, Coelho MTAD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1635-1646.
69. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Hens AO, orgs. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-68.
70. Khalili H, Orchard C, Laschinger HKS, Frah R. An interprofesional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care.* 2013;27(6):448-53.
71. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(3):757-62.
72. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1400-10.
73. Peduzzi M, Normam IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2013;47(4):977-83.
74. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS.* 2012;2:25-8.
75. D'Amour D, Oandasan, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care.* 2005;(Suppl. 1):8-20.
76. Orchard C, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of instrument. *Journal of continuing education in the health professions.* 2012;32(1):58-67.
77. Olenick M, Allien LR, Smego JRRA. Interprofessional education: a concept analysis. *Advances in Medical Education and Practice.* 2010;75-84.