

O trabalho em equipe na atenção básica: um diálogo sobre práticas profissionais
Teamwork in primary care: a dialogue on professional practices

Natália Francisca Montalbini Amaral – UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita”

Maria José de Oliveira Lima – UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita”

RESUMO

O presente estudo apresenta como tema o trabalho em equipe e o diálogo na atenção básica como sendo uma importante prática no cuidado aos usuários. Porém, ainda se encontram dificuldades para a realização desta prática integrada e centrada na relação equipe/usuários, devido a um modelo tradicional ainda sustentado, o biomédico, que valoriza a dimensão biológica, reduzindo as outras dimensões que compõe o ser humano. Foi realizada uma revisão crítica da literatura, com o objetivo de repensar as práticas em saúde, ampliando possibilidades de atuação. Mediante ao levantamento bibliográfico foi possível notar as dificuldades encontradas entre os profissionais em romperem com o modelo biomédico e adotar novas posturas.

Palavras-chave: Atenção Básica. Trabalho em equipe. Relações interprofissionais.

ABSTRACT

The present study presents as a theme teamwork and dialogue in primary care as an important practice in caring for users. However, difficulties are still encountered in the implementation of this integrated practice, centered on the team / users relationship, due to a traditional biomedical model that enhances the biological dimension, reducing the other dimensions that make up the human being. A critical review of the literature was carried out, aiming at rethinking health practices, increasing possibilities for action. Through the bibliographical survey it was possible to note the difficulties encountered by professionals in breaking with the biomedical model and adopting new postures.

Keywords: Basic Attention. Team work. Interprofessional relations.

1. INTRODUÇÃO

As práticas em saúde vêm se transformando ao longo dos anos, deixando de lado a perspectiva do modelo biomédico, que transforma o indivíduo num corpo biológico e vai caminhando para um processo de reorientação do trabalho em equipe dos profissionais de saúde, olhando para esse ser de uma maneira mais ampla, como alguém que possui um corpo biológico, uma carga social e uma demanda emocional. Pensando no ser humano dessa forma, se faz necessário criar novas maneiras de cuidar desse usuário que chega à atenção básica e, uma das alternativas que se mostram eficazes é o diálogo entre toda a equipe como potencial de práticas profissionais transformadoras, em prol dos usuários.

Para Gergen e Gergen (2010, p. 81) “a falta de compartilhamento ocasiona a cegueira para os valores e para o potencial de tradições alternativas”. Mandu (2004) diz que o cuidado em saúde pelo paradigma biopsicossocial necessita de uma reconstrução de significados.

Primeiro, deve-se começar a pensar a respeito de si mesmo, do outro e do mundo, e depois incluir também os significados referentes à saúde, doença, qualidade de vida e autonomia. Percebe-se a necessidade de criar um espaço relacional que vá além do saber-fazer científico/tecnológico, partindo da ideia de constantes diálogos com as especificidades, permitindo assim, o funcionamento de uma equipe mais integrada.

Para Junges (2012) é necessário qualificar os profissionais para atender as principais demandas dos usuários da atenção básica, pois é preciso saber lidar com a subjetividade de cada paciente, deixando de lado a prática de resolver as necessidades somente com procedimentos técnicos, mostrando a importância de integrar a subjetividade e a técnica.

Atualmente, ainda se percebe como o modelo biomédico tem influência na atenção à saúde, focando-se apenas nos sinais e sintomas do paciente, enxergando a saúde apenas como ausência de doenças. Encontramos diferentes e importantes estudos que demonstram que a crescente formação de equipes multidisciplinares proporciona a melhora da efetividade das intervenções e aprimora os serviços a serem prestados, com a necessidade do ser humano ser visto de uma forma completa.

A presente pesquisa visa contribuir com conhecimentos e reflexões acerca da realidade do trabalho em equipe na atenção básica, destacando a importância do diálogo entre os diferentes profissionais da saúde. Pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

2. MARCO TEÓRICO

O SUS e o papel da Atenção Básica O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde oficial brasileiro definido a partir da Constituição Federal de 1988, que é estruturado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território

nacional. Constituído pelos serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal (AGUIAR, 2015).

Os princípios doutrinários e organizativos orientam sobre o funcionamento do SUS, de forma que os princípios doutrinários representam o conceito de saúde e o princípio do direito à saúde, já os organizativos tratam-se da democratização, permitindo o acesso de todos no sistema, facilitando o acesso da população.

O princípio da integralidade é compreendido “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (AGUIAR, 2015, p.51). Para tanto se preconiza a articulação entre a prevenção, a promoção e a recuperação no cuidado prestado a cada cidadão que utiliza os serviços do SUS, além de ações intersetoriais para o alcance de melhores níveis de saúde individual e coletiva.

A atenção básica faz parte do princípio organizativo de regionalização e hierarquização do SUS, onde o sistema de saúde deve organizar-se por níveis de atenção, sendo eles o nível primário, secundário e terciário. Os Fundamentos da Atenção Básica englobam o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada principal do sistema de saúde, tendo como objetivo promover práticas promocionais e preventivas de saúde, facilitando assim, os serviços prestados em toda a rede, inclusive nos outros níveis, trabalhando de maneira horizontal, de forma interdisciplinar e em equipe (AGUIAR, 2015).

Grande parte das unidades de saúde estão em condições estruturais precárias, com a equipe de profissionais insatisfeitos com essas condições e com a grande desvalorização profissional, característica do modelo biomédico. Um grande fator que colabora para essa insatisfação e estresse dos profissionais se dá também através da descrença nos objetivos da instituição na qual estão inseridos (SILVEIRA; CÂMARA; AMAZARRAY, 2014).

Para Aguiar (2015, p. 53) “parte do pressuposto de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde”, podemos pensar que isso limita e reduz as diversas formas possíveis de ação somente a um único modelo de atenção, deixando de ampliar e ver as possibilidades de atuação que a equipe pode aderir. Sendo que o “desafio não é encontrar a “única e melhor forma”, mas criar tipos de relação através dos quais se possa construir o futuro de maneira colaborativa” (GERGEN & GERGEN, 2010, p.31).

Partindo desse pressuposto, acredita-se que uma equipe que se propõe a trabalhar a partir do modelo biopsicossocial tem a possibilidade de alcançar resultados mais satisfatórios, não somente entre as relações entre a equipe, mas também nas relações equipe e usuários de saúde.

2.1 AS FORMAS DE ATUAÇÃO “TRADICIONAIS”

O modelo biomédico surgiu embasado na teoria mecanicista do universo, proposta por pensadores como Galileu, Descartes e Newton e segue o modelo de ciência positiva no século XIX. A concepção de que o universo é visto como um sistema mecânico refletiu também na concepção do homem, foi tratado então pela mesma forma pelos médicos da época, ou seja, o homem funciona como uma máquina (ANANDALLE, 1998).

Assim como a mecânica newtoniana possibilitou a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana, a medicina mecanicista passa a fornecer, gradativamente, os instrumentos requeridos pelos médicos para que pudessem lidar de forma cada vez mais satisfatória, com uma parte crescente das doenças mais corriqueiras. Não podem ser negados tanto quanto seria descabido fazê-lo nos dias de hoje os notáveis avanços ocorridos no campo das ciências biológicas, a partir do século XVII, à medida que também evoluíam a física e a química (BARROS, 2002, p.73).

A partir do modelo biomédico e a cura imediata da doença, a sociedade teve como consequência, na vida dos indivíduos, o uso da chamada medicalização. O termo surge no início da década de 1960 no campo da sociologia da saúde e se torna um campo de muito interesse e desenvolvimento de pesquisas (BARROS, 2002).

A linguagem da medicina, geralmente, constrói seu discurso e elaboração de ideias a partir da perspectiva do modelo biomédico. Esse modelo, por reproduzir o conhecimento técnico das biociências, descarta a importância do contexto psicossocial para uma compreensão mais ampla e adequada deste paciente e de seus sintomas, em que a efetividade depende desse olhar, compreendendo-se de que as doenças surgem a partir de fatores biológicos, psicológicos e sociais (MARCO, 2006).

Segundo Marco (2006, p.5) “a formação do médico está, preponderantemente, ancorada no modelo biomédico. Esta situação favorece a construção de uma postura de desconsideração aos aspectos psicossociais tanto dele próprio quanto dos pacientes”.

São evidentes as falhas que os sistemas de saúde têm enfrentado, atuando a partir dessa visão restrita e descontextualizada da doença, característica do modelo biomédico que desconsidera toda a subjetividade do paciente e a sua história de vida, além da falha de comunicação profissional e paciente, que tende a ser insatisfatória, já que não apenas os pacientes não estão envolvidos nas decisões sobre seus próprios cuidados, mas a informação fornecida de forma vertical (CAMPOS, 1997).

2.2 O TRABALHO EM EQUIPE E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS

A partir dos pré-requisitos básicos, oferecidos pela Carta de Ottawa, para que a população seja considerada saudável, estão: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Portanto, o sistema de saúde tem como função promover a saúde, de maneira abrangente, com olhar de curiosidade e respeito frente às peculiaridades culturais. Logo, necessita-se que os serviços de saúde se reorientem, começando com as mudanças na educação e no ensino dos profissionais de saúde, levando à uma mudança de postura, de forma que alterem sua visão do modelo biologizante e comecem a focalizar as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (Carta de Ottawa - Canadá - 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, 1986).

Na literatura, para que haja integralidade se faz necessário que os profissionais tenham uma visão do ser humano como um todo, o que “extrapola uma atenção fundamentada apenas no aspecto biológico” (AGUIAR, 2015, p. 52). O autor propõe também três conjuntos de sentidos a respeito da palavra integralidade, onde inclui atributos das práticas profissionais de saúde, da organização dos serviços e às respostas governamentais aos problemas de saúde.

O trabalho em equipe tem como objetivo a transformação sobre os diferentes fatores que interferem nas práticas dos profissionais da atenção primária. Entender que o trabalho em equipe e o diálogo são fundamentais e constitui a base dessa proposta de mudança de paradigma.

A Educação Interprofissional é complementar a educação uniprofissional e/ou multiprofissional e entre suas características está presente a “preparação individual para a colaboração, estimular a colaboração entre o grupo e a melhoria dos serviços e a qualidade do cuidado” (PEDUZZI; NORMAN; GERMANI; SILVA; SOUZA, 2013, p.

979). Podemos distinguir a relação interprofissional da interdisciplinar através da prática, a interprofissional é onde acontece o trabalho em equipe de saúde, já na interdisciplinar é sobre a esfera das disciplinas, áreas de conhecimento. Percebemos que a interdisciplinaridade é a mais predominante no Brasil, mas que em contraponto, nos levaria a uma busca idealizada de totalidade, o que acontece muitas vezes o equívoco na prática, onde muitos acreditam que a parceria e a camaradagem entre os profissionais da equipe de saúde seria o suficiente para acabar com a fragmentação das ações.

Espera-se do ensino nos moldes interprofissional os subsídios necessários para fortalecer o trabalho em equipe, tendo em vista a transformação das práticas em saúde no sentido da integração e colaboração interprofissional, com foco nas necessidades de saúde dos usuários e população (PEDUZZI et al, 2013 p. 979).

Cintra (2013) aponta a partir da pesquisa em unidades de saúde da família, que uma dentre as três equipes participantes, destacou que “para o trabalho em equipe realmente acontecer é necessário que construam conjuntamente a prática de trabalho e os relacionamentos interpessoais” (p. 51). Ou seja, é preciso que todos os profissionais envolvidos estabeleçam interação não somente entre si, mas também com os usuários, pois o trabalho em equipe é constituído a partir de uma relação recíproca de comunicação e interação. A relação interprofissional em busca de entendimento entre os profissionais reflete diretamente na atenção integral às necessidades de saúde dos usuários (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

Uma das possibilidades de transformação na atuação desses profissionais seria aderir ao trabalho em equipe, visando uma mudança nas práticas em saúde, no sentido da integração e colaboração interprofissional, através do diálogo entre essa equipe, tendo sempre como foco as necessidades dos usuários (PEDUZZI et al, 2013).

O cenário do nosso sistema de saúde se apresenta atualmente bastante focado num esforço de reorganizar suas práticas de saúde, com diretrizes que favorecem o desenvolvimento de ações mais interativas, horizontais, inclusivas e corresponsáveis. No entanto, a forma biologicizante, dualista e hierárquica com que o sistema de saúde funcionou por muito tempo, tem tornado difícil uma mudança nas suas tradicionais práticas, apontando, assim, a necessidade de produção de novos conhecimentos na área, que apoiem e sustentem tais transformações (GERGEN & GERGEN, 2010, p. 10).

Através de um estudo descritivo, realizado com profissionais em Unidades de Saúde da Família no Ceará, compreende-se a necessidade de a equipe criar novas ideias e vincular os diferentes conhecimentos, com o intuito de suprir a necessidade de atenção à saúde do indivíduo (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

A comunicação como instrumento facilitador entre os trabalhadores da equipe de saúde e desses com os usuários podem possibilitar um ambiente capaz de provocar corresponsabilidade, resolutividade dos problemas em questão e principalmente a autonomia dos mesmos para a transformação. “Essa construção de uma relação comunicacional de reciprocidade torna-se possível somente quando não ocorre o monopólio do diálogo, de modo que os interlocutores também exerçam o ato de escutar” (CARDOSO; CEZAR-VAZ; SILVA; COSTA, 2011, p. 6).

Segundo Peduzzi et al (2013), a prática interprofissional acabaria com a competição e a fragmentação do saber, sendo fundamental para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde.

3. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico de revisão narrativa da literatura, constituído através de interpretação e análise crítica pessoal das autoras, onde foi realizado levantamento bibliográfico sobre o tema, em um curto espaço de tempo, consultando livros, artigos de periódicos e tese de autores que abordaram o assunto especificadamente.

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos (ROTHER, 2007, p. 2).

O material selecionado enfoca sobre o trabalho em equipe na atenção básica e a necessidade do desenvolvimento de práticas comunicativas nas relações interprofissionais, embasado no construcionismo social.

Do ponto de vista construcionista, os métodos de pesquisa refletem hipóteses e valores de uma determinada comunidade. Conseqüentemente, os métodos não nos oferecem os reflexos da natureza, mas criam o que acreditamos ser a natureza (Gergen & Gergen, 2010 p.83).

Segundo Gergen e Gergen (2010) “na perspectiva construcionista, a pesquisa científica que se insere em um determinado paradigma pode ser muito valorizada pela comunidade comprometida com o mesmo” (p. 81), neste sentido, é de grande relevância o presente tema porque ele promove um novo olhar sobre a atuação das equipes de saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, um espaço comunitário que, através das relações sociais, pode possibilitar a corresponsabilidade dos profissionais e usuários e a construção de uma rede mais dialógica. Assim, quem consegue desenvolver uma postura biopsicossocial frente ao usuário e não estabelece barreiras em compartilhar o caso com a equipe de saúde, tende a ter um grau de efetividade maior do trabalho, pois a participação permite um olhar crítico da realidade, um saber pronunciar-se a respeito de questões sociais. É possível afirmar, nesse sentido, que o diálogo entre os envolvidos seria a primeira condição para que essa equipe se aproprie da importância da integralidade.

Os profissionais de uma equipe de saúde da família, participantes de uma pesquisa, significaram que “trabalho em equipe acontece quando há um envolvimento conjunto nas atividades propostas e, que este só é possível porque eles favorecem a criação de espaços para que possam atuar desta maneira” (CINTRA, 2013, p. 53).

Os resultados obtidos de acordo com a revisão crítica da literatura mostraram que não há um preparo desses profissionais frente o trabalho em equipe na unidade básica de saúde. O processo comunicacional, no campo das pesquisas científicas se mostra escasso nessa área, visto que existem muitas publicações a respeito dessa prática no ambiente hospitalar, necessitando de maior investigação na atenção primária (CARDOSO et. al, 2011). Outro aspecto que vale ressaltar é sobre as dificuldades encontradas nas pesquisas entre esses profissionais em romperem com a barreira do modelo biomédico estabelecido há tanto tempo no sistema. Isso ocorre pela tendência a insistir no que é tradicional (no caso o modelo biomédico) e pelas resistências da equipe frente às mudanças (PEDUZZI et. al, 2013).

Em um estudo prático realizado em 49 Unidades de Saúde da Família, Cardoso et al. (2011) notou que os trabalhadores possuíam muito conhecimento teórico sobre o que é o processo comunicacional, porém, a aplicação na prática ainda possui limitações.

Um dos principais pilares ainda pouco discutidos em pesquisas na saúde coletiva é a importância do diálogo e do trabalho em equipe e como estes favorecem para o rompimento do paradigma biomédico, pois quanto mais os profissionais participam, mais eficaz será o processo de mudança de paradigma.

Segundo um trabalho realizado com 60 enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, constatou-se a importância da troca de experiências na área da saúde, por meio do diálogo, desempenhado com a visão da singularidade da relação entre o ambiente, atenção primária e o sujeito, resultando em um vínculo de reciprocidade, sustentando a intervenção na saúde (CARDOSO et. al, 2011).

Com o estabelecimento de uma visão nova e convincente, põe em prática planos para propiciar as mudanças desejadas. O processo colaborativo como um todo geralmente desperta entusiasmo e boa vontade, além da determinação de realizar grandes feitos (GERGEN & GERGEN, 2010, p. 66).

Podemos pensar que a partir dessa prática mais dialógica e colaborativa, existem também algumas posturas que podem ser adotadas por esses profissionais que é capaz de gerar uma interação mais horizontalizada. Uma dessas posturas que acreditamos ser essencial para o que estamos propondo é a de ‘Ênfase no processo comunicacional’, onde os autores Efran & Clarfield (1998) vão valorizar a atividade interativa comunicacional, ao invés de focar somente no conteúdo discutido, que é o que ocorre na maioria das vezes. Preocupa-se com a dimensão relacional entre esses profissionais na busca com que se garanta isso como mais importante do que as técnicas das quais o profissional julga relevante, o foco sempre estará voltado para a relação. Tal mudança é capaz de alterar posturas e discursos, podendo gerar outros meios de realidade e consequências. (CAMARGO-BORGES; MISHIMA; MCNAMEE, 2008).

Este estudo revelou que para a efetivação do modelo biopsicossocial é necessário que a mudança comece nas práticas dos profissionais, estabelecendo relações interprofissionais e o diálogo como ferramenta principal de compartilhamento de saberes. O ato de participar significa conversar e partilhar, onde se torna possível reconstruírem um na prática do outro, formando novas relações para a intervenção na organização em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a compreensão do conjunto dos fatores biopsicossociais e da importância do trabalho em equipe para a efetivação desse modelo. Com base nessa compreensão, mostra-se imprescindível que os profissionais adotem novas posturas, mais colaborativas e horizontalizadas para promoverem de forma efetiva o trabalho em equipe.

Levando em consideração a importância de todos os profissionais nas instituições de saúde, mais especificamente na atenção básica, seria interessante que essas posturas se tornassem legítimas para esse processo de reorientação das práticas de saúde.

Visamos então, que os profissionais que atuam na atenção básica sejam agentes da transformação da atenção à saúde, incorporando uma visão integral e favorecendo uma nova prática centrada no modelo biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios/ Zenaide Neto Aguiar. _ 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2015. 272 p.

ANNANDALE, E. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*, Polity Press, 1998.

ARAUJO, M. B. De S; ROCHA, P. De M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 August 2025. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde soc.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 August 2025. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

CAMARGO-BORGES, C; MISHIMA, S; MCNAMEE, S. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora* , v. 1, n. 1, p. 08-19, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202008000100003&lng=pt&nrm=iso>,. acessos em 28 ago. 2025.

CAMPOS, G. W. De S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, p.229-266, 1997.

CARDOSO L. S, CEZAR-VAZ M. R, SILVA M. R. S, COSTA V. Z. Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Mar-abr 2011 [acesso em: 28/08/2025]; 19(2): [07 telas]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_23.pdf CARTA DE OTTAWA. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 28 ago 2025]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

CINTRA, T. S. Sentidos construídos com profissionais de saúde da família sobre trabalho em equipe. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, 2013.

EFRAN, J. S., & CLARFIELD, L. E. (1998). *Terapia construcionista: sentido e contrasenso*. In McNamee, S., & Gergen, K. J. (Orgs.), *A terapia como construção social* (pp. 239-259). Porto Alegre: Artes Médicas.

GERGEN, K. J. *Construcionismo social: um convite ao diálogo* / Kenneth J. Gergen e Mary Gergen; tradução Gabriel Fairman. - Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.

JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, sep. 2012. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48755>>. Acesso em: 28 ago 2025. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>.

LINARD A. G, CASTRO M. M, CRUZ A. K. L. Integralidade Da Assistência Na Compreensão Dos Profissionais Da Estratégia Saúde Da Família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set; 32 (3): 546-553.

MANDU, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-675, Aug. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400013&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 August 2025. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400013>.

MARCO, M. A. De. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. 2006. Pág. 5. Acessado em: 28 de agosto de 2025. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf> PEDUZZI, M. et al . Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 977-983, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-262342013000400977&lng=en&nrm=iso>. access on 28 August 2025. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

ROTHER, E. T, Revisão sistemática x Revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem [en linea] 2007, 20 (Abril-Junho): [Ficha de consulta: 1 de dezembro de 2017] Disponível em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004> ISSN 0103-2100

SILVEIRA, S. L. M; CAMARA, S. G; AMAZARRAY, M. R. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Cad. Saúde colet., Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 386-392, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000400386&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 agosto 2025. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400040012>.