

Percepções dos médicos e reflexões multidisciplinares na atenção primária à saúde

RESUMO

Objetivou-se avaliar as percepções e inquietações dos médicos no trabalho em equipe multidisciplinar e, compreender a influência destas reflexões na formação permanente. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, desenvolvido através de entrevistas semiestruturadas realizadas com os médicos das Unidades de Saúde da Família de um município do Rio de Janeiro. Os dados foram analisados segundo referencial teórico de Bardin- Análise de Conteúdo. Foram entrevistados cinco médicos e dos discursos emergiram três categorias: desafio da integração dos diferentes saberes, sobrecarga de trabalho e médico: profissional reflexivo. Compreender as relações entre médicos e a equipe multidisciplinar em saúde, as inquietações dos profissionais em discussões e reflexões evidenciam pontos a serem discutidos e alinhados junto a equipe e o quanto enriquecedor à formação continuada e se tornar um caminho de fortalecimento da política de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Educação Permanente; Pessoal de Saúde; Carga de Trabalho.

ABSTRACT

The aim was to evaluate the perceptions and concerns of physicians in multidisciplinary teamwork and to understand the influence of these reflections on continuing education. Descriptive study with qualitative approach, case study type, developed through semi-structured interviews conducted with physicians of Family Health Units of a city of Rio de Janeiro. Data were analyzed according to Bardin's theoretical framework- Content Analysis. Five doctors were interviewed and from the speeches three categories emerged: challenge of the integration of different knowledge, work overload and physician: reflective professional. Understanding the relationships between physicians and the multidisciplinary team in health, the concerns of professionals in discussions and reflections highlight points to be discussed and aligned with the team and how enriching continuing education and becoming a way to strengthen the policy of continuing education in Primary Health Care.

KEYWORDS: Primary Health Care; Continuing Education; Health Personnel; Workload.

RESUMEN

El objetivo era evaluar las percepciones y preocupaciones de los médicos en el trabajo en equipo multidisciplinario y comprender la influencia de estas reflexiones en la educación continua. Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, tipo de estudio de caso, desarrollado a través de entrevistas semiestruturadas realizadas con médicos de Unidades de Salud Familiar de una ciudad de Río de Janeiro. Los datos se analizaron de acuerdo con el marco teórico de Bardin: análisis de contenido. Se entrevistó a cinco médicos y de los discursos surgieron tres categorías: desafío de integrar diferentes conocimientos, sobrecarga de trabajo y médico: profesional reflexivo. Al comprender las relaciones entre los médicos y el equipo multidisciplinario en salud, las preocupaciones de los profesionales en las discusiones y reflexiones resaltan los puntos que se deben discutir y alinear con el equipo y cómo enriquecer la educación continua y convertirse en una forma de fortalecer la política de educación continua en salud en la Atención Primaria de Salud.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud; Educación Continua; Personal de Salud; Carga de Trabajo.

RECEBIDO EM: 29/07/2019 APROVADO EM: 29/07/2019

Regis Rodrigues Vieira

Médico. Mestrando Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ-Brasil.

Marcos Paulo Fonseca Corvino

Doutor em Saúde Pública. Professor Associado da Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ- Brasil.

Suzel Regina Ribeiro Chavaglia

Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associada da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG-Brasil

**Reginara Ferreira Franco**

Graduanda de Medicina pela Faculdade de Medicina de Petrópolis FMP/FASE. Petrópolis-RJ- Brasil.

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política de ensino instituída pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2004⁽¹⁾. Ela procura romper com o modelo de aulas teóricas nas atividades de atualização dos profissionais de saúde e, traz a problematização como estratégia pedagógica e o processo de trabalho a temática centro para a produção do conhecimento, sobretudo, na Atenção Primária à Saúde (APS), na qual as discussões multidisciplinares estão mais presentes.

A criação da EPS nasceu com a ideia da crítica reflexiva do processo de trabalho. Sendo o médico, profissional integrante da equipe e algumas vezes responsável pelo seu fortalecimento, deve participar das reflexões multidisciplinares, pois fica muitas vezes restrito ao consultório, imerso em afazeres técnicos e pouco inteirado à equipe.

Desde a expansão da APS e a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a EPS vincula-se como um dos pilares da sua construção e o profissional médico é parte integrante deste processo e tem atribuições específicas, tais como: contribuir, realizar e participar das atividades de EPS, juntamente com todos os membros da equipe⁽¹⁾.

Ao participar das atividades de EPS promovidas pela Secretaria de Saúde, numa cidade do Estado do Rio de Janeiro, deparou-se com aulas teóricas nas quais os médicos da APS, juntamente com enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde, se reuniam para atualizações.

Percebeu-se que as atividades da EPS aconteciam de forma passiva, sem reflexões e sem análise crítica. No entanto, nos poucos momentos de discussão multidisciplinar, deparava-se com relatos ricos em relação aos processos de trabalho em equipe, mas os médicos eram pouco participativos.

Partindo destas observações, pensou-

se em estimular a prática reflexiva do processo de trabalho multidisciplinar no espaço da USF para conduzirem os profissionais de saúde a ciclos reflexivos que poderiam culminar em uma formação permanente significativa aos participantes, pois segundo Freire^(2:68), “os homens se educam entre si, midiatizados pelo mundo” e nos exorta que deve ser estimulada a troca de saberes para que a reflexão sobre a reflexão aconteça.

Cada indivíduo de acordo com sua história, seus significados fazem o movimento intrínseco do conhecimento, cada um a seu tempo, mas caminhando juntos na transformação de saberes⁽²⁾. Estudo⁽³⁾ afirma que educação permanente é um movimento sobre a prática profissional baseado na premissa de que um problema pode ser trabalhado na formação permanente e, a partir da reflexão, alterar a ação à formação permanente.

A formação permanente é expressa pelo ciclo da reflexividade em três partes: começando pela observação da realidade e explicitação das percepções individuais; um segundo momento no qual o indivíduo faz a reflexão da reflexão anteriormente executada; na terceira etapa, traz à realidade todas as reflexões anteriores e busca modificar a prática num processo contínuo⁽³⁾.

Para autor⁽⁴⁾, a prática reflexiva permite ao profissional evidenciar problemas e buscar novas soluções, transformando suas ações, o que leva a uma ligação intrínseca entre EPS e a formação permanente individual. O profissional faz a reflexão da reflexão na ação, sendo capaz de avaliar os erros e acertos, analisar e decidir, culminando na ação prática reflexiva, num círculo virtuoso de fazer na prática⁽³⁾.

Diante do exposto, buscou-se avaliar as percepções e inquietações dos médicos no trabalho em equipe multidisciplinar e compreender a influência destas reflexões na formação permanente e melhoria das ações em saúde.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso e abordagem metodológica qualitativa. Na pesquisa qualitativa, busca-se atribuir significado, interpretar um fenômeno imerso no campo no qual o pesquisador está mais preocupado com o processo do que propriamente com o resultado⁽⁵⁾.

Segundo autor⁽⁶⁾, a pesquisa qualitativa permite dar sentido às investigações das relações sociais no qual o indivíduo se insere e dele extrai os significados pertinentes.

Este estudo buscou investigar como unidade de caso as cinco Unidades de Saúde da Família vinculadas à Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP). A Instituição autorizou a utilização do seu referido nome.

A justificativa da singularidade que marca a escolha das cinco Unidades de Saúde vinculadas à Faculdade de Medicina como unidade objeto de análise é o fato dos profissionais médicos, além da parte técnica inerente à profissão, também serem professores e/ou preceptores do Curso de Medicina.

Esta pesquisa cumpriu as exigências referentes aos aspectos éticos, foi aprovada sob o n.º 2.287.518 e CAAE: 71955617.2.0000.5245.

Cinco profissionais preencheram os critérios de inclusão, serem médicos vinculados às USF mantidas pela FMP e, que estavam, no mínimo, há um ano no serviço. Foram excluídos os médicos que no período das entrevistas estavam de férias, os que estavam afastados por problemas de saúde e os que se recusaram a participar do estudo.

Os médicos tinham em média 33,2 anos, todos com Curso de Pós-Graduação lato sensu, três em Medicina de Família e Comunidade e dois em Saúde Coletiva. Dois já concluíram Pós-Graduação stricto sensu nível mestrado com concentração nas áreas de Educação e

Saúde Coletiva. Três profissionais estão na Instituição de Ensino há quase dez anos e os outros dois há menos de 3 anos trabalhando na Unidades de Saúde da Família, tanto na assistência quanto na docência (Quadro 1).

Com base no roteiro da entrevista semiestruturada, os participantes foram entrevistados individualmente acerca das relações com a equipe de saúde, suas concepções acerca da política

de educação permanente em saúde e a influência das discussões multidisciplinares em sua prática.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e trinta minutos. Após concluída a sessão de entrevista individual, o pesquisador seguiu os passos da análise temática de conteúdo de Bardin⁽⁷⁾: pré-análise dos dados coletados nas entrevistas com leitura flutuante após a transcrição das falas, buscando elencar os problemas

e as hipóteses; em seguida se deu a codificação, na qual foram realizadas as definições das Unidades de Registro (UR) e; depois, a categorização das falas. Posteriormente, foram definidos os grandes temas e a interpretação de acordo com os objetivos deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desafio da integração dos diferentes saberes

Os desafios das relações no trabalho em equipe pela dificuldade de integração dos vários saberes estavam presentes de forma constante nas falas dos participantes da pesquisa (Quadro 2). Denotam-se esses desafios da construção coletiva na fala a seguir:

“Na maioria das vezes não discuto com minha equipe, faço minhas ações solitariamente [...] muitas vezes, perde-se tempo e se realiza pouco nessas discussões” (P5).

O pesquisador acredita que nesta fala evidencia-se o isolamento tecnicista, no qual o profissional se entende autossuficiente, seus conhecimentos acumulados determinam suas ações, autor^(4:15) denomina de paradigma da “racionalidade técnica”. Para este autor^(3:111), “na racionalidade técnica, os profissionais são aqueles que solucionam problemas instrumentais, selecionando os meios técnicos mais apropriados para propósitos específicos”.

Reforçando a racionalidade técnica, percebe-se a preocupação na fala de P5 acerca das suas ações, a necessidade de não se “perder tempo” em discussões, a noção de que sua formação é o suficiente às soluções dos problemas.

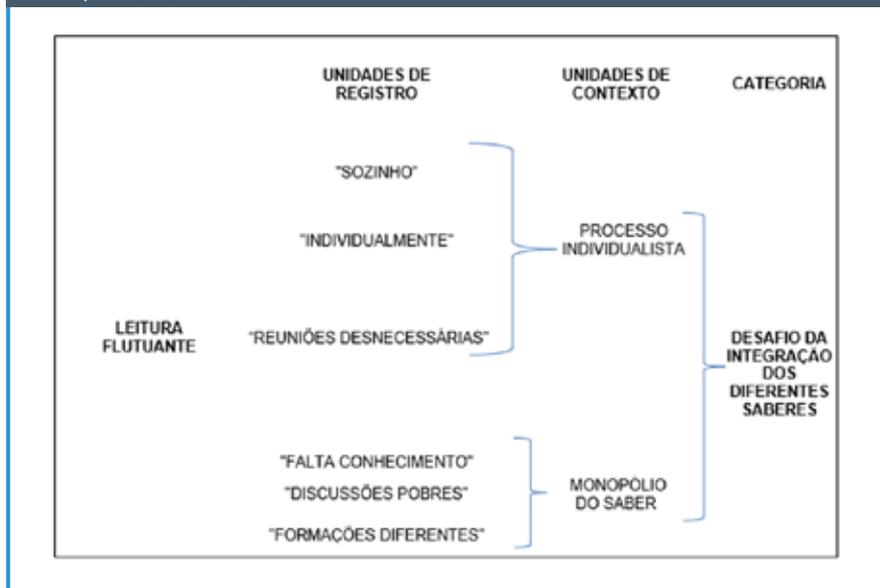
A percepção deste pesquisador é de que talvez o entendimento das discussões em equipe seja um grande desafio, pois não há espaço ao outro nesta construção na medida em que esses encontros, muitas vezes, são tratados como improdutivos, corroborada na fala de P1:

“A integração no serviço às vezes é difícil, pois muitos agentes de saúde

Quadro 1. Perfil dos participantes por faixa etária, especialidade e tempo na Instituição. Petrópolis, RJ, 2017–2018

| IDADE FAIXA ETÁRIA (ANO) | TEMPO DE FORMADO (ANO) | ESPECIALIDADE | TEMPO NA INSTITUIÇÃO (ANO) |
|--------------------------|------------------------|---|----------------------------|
| P1 20 a 30 | 3 | SAÚDE COLETIVA | 2 |
| P2 30 a 40 | 12 | MEDICINA DE FAMÍLIA | 10 |
| P3 30 a 40 | 11 | MEDICINA DE FAMÍLIA MESTRADO EM ANDAMENTO | 9 |
| P4 30 a 40 | 2 | SAÚDE COLETIVA | 1 |
| P5 30 a 40 | 12 | MEDICINA DE FAMÍLIA MESTRADO | 10 |

Quadro 2. Categorização do desafio da integração dos diferentes saberes. Petrópolis, RJ, Brasil, 2017–2018



possuem formação de ensino fundamental, discutir questões mais complexas fica muito difícil”. (P1).

Essa discussão em relação às dificuldades da integração dos vários saberes remete o pesquisador aos conceitos de núcleo e campo. Segundo autor^(8;220), “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.

O pesquisador entende que partir dos conceitos de núcleo e campo, que o médico, o enfermeiro, o nutricionista, os agentes comunitários de saúde, os profissionais que compõem as equipes, cada um, possui seu núcleo de conhecimento que caracteriza sua formação, sua visão de mundo e, ao refletirem conjuntamente suas práticas, estão inseridos todos num mesmo campo que é a melhoria dos Cuidados em Saúde.

Diante desse entendimento, não seria mais “complexo”, como refere P1, discutir com profissionais que tenham formação fundamental ou menos complexo com os de nível superior, são apenas diferentes, contribuirão de acordo com seus núcleos de conhecimentos e construirão um campo de ação coletivamente.

Destaca-se, nessas falas, que tanto os profissionais mais experientes (P5), quanto os recém-formados (P1), trazem a formação médico-centrada, remetem às dificuldades que autores⁽⁹⁾ relataram acerca da implantação das mudanças necessárias à formação do graduando em Medicina.

Entretanto, apesar da forte formação tecnicista, o profissional quando instado a falar percebe a reflexão na sua prática. O pesquisador destaca a fala de P2 como o primeiro momento do ciclo reflexividade que, segundo estudo⁽³⁾, ocorre sobre a sua realidade:

“As reuniões de equipe são espaços em que discutimos mais coisas burocráticas e às vezes trago algum treinamento ou atualização na forma de aula. Poucas vezes discutimos algum caso, gostaria que tivéssemos mais discussões de casos em equipe,

as visões dos outros profissionais enriquecem o debate [...]” (P2).

Nota-se que P2, profissional há cerca de 10 anos na equipe (Quadro 1), inicia sua fala remetendo ao paradigma tecnicista, de entendimento do espaço das reuniões como aula teórica. Porém, ao refletir sobre a sua realidade, apresenta os momentos de troca em equipe como “ricos” e aponta a necessidade de mais espaço a esses momentos de interação e construção coletiva do conhecimento, em consonância com o que se propõe a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Para autores^(10;34), os “vários olhares” se fazem necessários para atender às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), mas nem sempre é fácil conseguir a integração. A partir das reflexões sobre a realidade vivenciada, percebe-se o isolamento, a visão, muitas vezes, estritamente tecnicista, mas também apresenta caminhos para a saída deste paradigma.

Em muitas falas é possível notar que quando as discussões em equipe foram proveitosas e resolutivas, o médico entende como um trabalho que autor⁽¹¹⁾ denominaria de “vivo”.

Trabalho vivo para Mehry⁽¹¹⁾ está no uso das tecnologias leves, ou seja, refere-se às relações interpessoais, seja entre os membros

da equipe de saúde, usuários ou serviço, ao fazer em saúde como um ato vivo e mutável no qual o autor chama de “ato intercessor do agir em saúde”. É preciso romper com o trabalho estritamente tecnológico, muitas vezes “morto”, pois não se faz saúde sozinho, é nas trocas que se constrói.

Assim, segundo autor^(12;1954), enfrentar este paradigma “implica o gerenciamento das organizações de saúde de modo mais coletivo, com ordenamento organizacional coerente com ações em saúde voltadas para uma lógica usuário centrada [...]”.

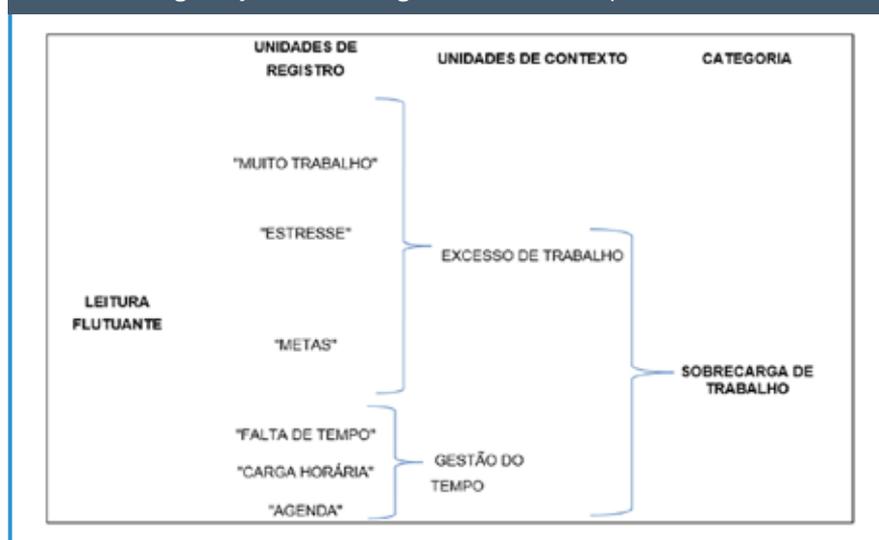
Diante do exposto, o pesquisador acredita que o desafio da integração dos diferentes saberes passa pelo rompimento dos paradigmas tecnicista e médico centrados para as relações interpessoais e construções coletivas.

Sobrecarga de trabalho

As falas dos entrevistados trazem a necessidade de criarem as oportunidades para o espaço de troca de experiências e conhecimentos, mas a falta de tempo pelo excesso de trabalho é uma constante que traz inquietações aos profissionais médicos por não conseguirem enxergar saída para uma demanda crescente e cobranças por metas cada vez mais complexas (Quadro 3).

A sobrecarga de trabalho da equipe de saúde na APS é demonstrada por vários estudos, destacamos aqui a sobrecarga dos mé-

Quadro 3. Categorização da Sobrecarga de Trabalho. Petrópolis, RJ, Brasil, 2017-2018



dicos que, ao realizar a demografia médica, constatou que 30% dos profissionais relatava sobrecarga de trabalho, acometendo em sua maioria os médicos mais jovens e não tendo diferença entre os gêneros, evidenciada na fala de P4:

“É muito atendimento, muita burocracia, muitos papéis, não tenho tempo como gostaria para fazer as discussões com a equipe” (P4).

Percebe-se na fala de P4, ao confrontar sua realidade, o primeiro momento do ciclo da reflexividade⁽³⁾, demonstrando o interesse em discussões com a equipe, porém a sobrecarga de afazeres impede suas ações. É importante notar que a sobrecarga de trabalho não é exclusiva dos profissionais médicos.

Em estudo^(13:4) com a enfermagem das Unidades de Saúde da Família, os autores elencaram os fatores que levam à pesada carga de trabalho nesta categoria, com destaque à sobrecarga de trabalho:

“Dentre os principais elementos que aumentam as cargas estão problemas relacionados às condições de trabalho, os quais têm forte relação com

a dimensão de gestão. Dentre eles se destacam: sobrecarga de trabalho; excesso de demanda; déficits na estrutura física; falhas no funcionamento da rede de atenção do SUS; insatisfação com salário considerado insuficiente e com a jornada de trabalho percebida como excessiva; escassez de recursos humanos e a sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas”.

Destaca-se nas falas dos médicos a falta de gestão do tempo como um dos problemas que levam à sobrecarga de trabalho e dificultam as relações em equipe, conforme a fala de P2:

“Deveria ter mais tempo para a troca com a equipe, mas temos metas e metas, é muito trabalho, agendas lotadas” (P2).

Autores^(13:6) apontam os caminhos para reduzir a sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde da família: “o trabalho em equipe, o vínculo com o usuário, a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a afinidade com o trabalho”. Destacam o trabalho em equipe e a presença dos agentes de saúde como enfrenta-

mento da sobrecarga de trabalho. O primeiro é objeto de análise deste estudo e fora abordado na primeira categoria como um desafio, o segundo vem sendo, na opinião do pesquisador, desconstruído pela nova Política Nacional da Atenção Básica de 2017.

A presença dos agentes comunitários nas equipes vem sendo ameaçada, haja vista o entendimento de que uma equipe mínima de profissionais pode ficar restrita a apenas um agente de saúde, sabendo-se que eles serão alocados de acordo com a disponibilidade e vulnerabilidades das áreas das Unidades Básicas^(14,15).

Diante do exposto e trazendo o ciclo da reflexividade à análise, o pesquisador entendeu que os participantes estão no “segundo momento da reflexividade”, para estudo^(3:108), é momento em que o profissional está “refletindo e avaliando cada um deles e decidindo o que trará melhores possibilidades de agir”

Na primeira categoria, eles confrontaram suas realidades, neste segundo momento eles refletiram sobre as reflexões anteriores, trazendo novas formas de agir. Observa-se que eles se entendem, neste segundo momento como parte do processo de construção de uma nova relação com a equipe com a qual trabalham e apresentam os principais obstáculos e possíveis caminhos para a solução.

Médico: profissional reflexivo

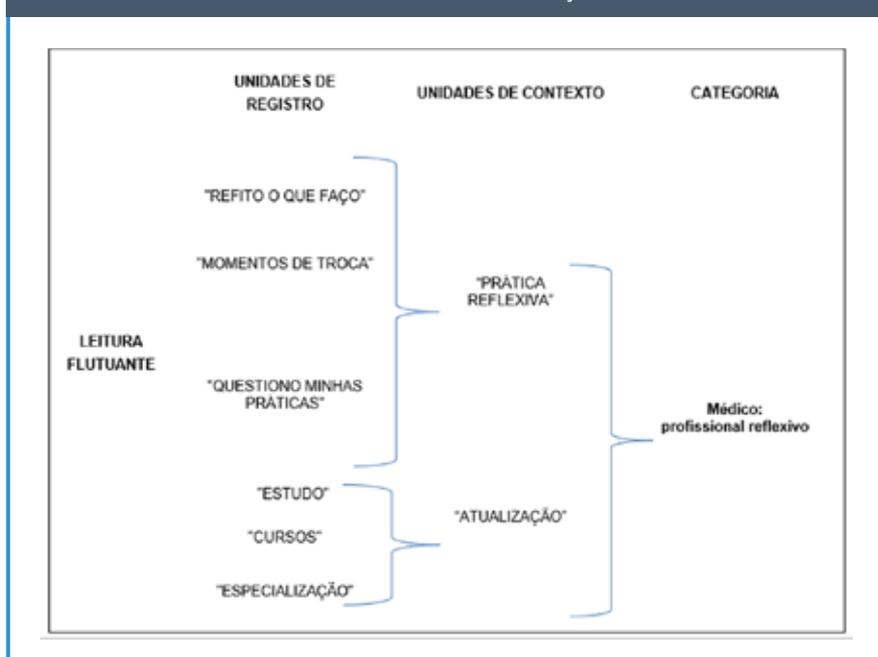
Percebe-se que as falas dos entrevistados deixam claro o caminho proposto por estudo⁽³⁾ e seus ciclos reflexivos como a forma de atualização médica do grupo estudado (Quadro 4).

As dúvidas diárias e a análise sobre suas práticas, revisitando erros e acertos ao longo do processo e os modificando é a forma preponderante das ações em saúde desse grupo. Estudo⁽⁴⁾ chama de reflexão o momento da ação, o ato da prática, o confronto com a realidade, o que caracteriza o profissional reflexivo, evidenciado pela fala de P2:

“Estou sempre questionando o meu atendimento, minhas práticas, como faço e o que faço” (P2).

Apesar das dificuldades de a integração ser uma das questões levantadas na primeira categoria, quando questionados acerca das

Gráfico 1. Os Profissionais Envolvidos na Amamentação. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2018



influências das reflexões das equipes e sua interferência na sua formação continuada, relataram estarem atentos às demandas dos colegas e às análises das práticas dos pares, ainda que reconheçam serem poucos os momentos de troca, diante da falta de tempo e oportunidades.

“Muitas vezes as dúvidas dos colegas passam a serem minhas, saio das reuniões pensando em como tenho agido” (P5).

“As reflexões com a equipe são momentos em que aprendemos muito, gostaria de ter mais espaços para fazer [...]” (P3).

O pesquisador entende as falas como processo do profissional reflexivo, ele reflete a sua prática, os problemas são trazidos à sua vivência, sua realidade é analisada, caracterizando o que estudo^(3;92) define como profissional reflexivo.

“Na medida em que o profissional coloca para si as questões do cotidiano como situações problemáticas, ele está refletindo, está buscando uma interpretação para aquilo que é vivenciado. Quando o profissional faz esta reflexão ao mesmo tempo em que está vivenciando uma determinada situação, para Schön, ele faz uma reflexão na ação”.

Diante disso, autor⁽²⁾ reforça a necessidade da troca permanente dos vários saberes aliada a práxis como ferramenta no enfrentamento às relações hierárquicas, como um meio de compartilhamento de conhecimento e interação.

O médico ao buscar ciclos de reflexividade, a partir da sua equipe multidisciplinar, mostra um caminho para romper o seu isolamento frente a seus pares.

Destacamos nesta terceira categoria as falas de P2, P3 e P5 como o terceiro mo-

mento da análise da reflexividade na qual o profissional “retorna para a realidade, trazendo consigo a bagagem da reflexão na ação e sobre a ação, através de sua capacidade de refletir criticamente sobre a sua prática, de modificá-la e de modificar-se, num processo contínuo/permanente de formação”^(3:107-108).

CONCLUSÃO

As concepções das relações multidisciplinares pelos profissionais ainda está marcada por uma visão hierárquica, enraizada pela formação acadêmica, porém quando estimulados a refletirem sobre suas realidades, apontam interesse e caminhos para a melhoria dos espaços de troca, dos quais destacam-se três: melhoria da gestão do tempo e agendas, diminuição da sobrecarga de trabalho e organização sistematizada das reuniões. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004 [acesso em 12 out 2017]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>.
2. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. São Paulo: Cortez; 1987.
3. Valente GSCA. A Reflexividade na prática docente da graduação em enfermagem: nexos com a formação permanente do enfermeiro-professor. 2009. 182f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
4. Schon DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
5. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Nova Hamburgo: Feevale; 2013.
6. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
8. Campos CWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2000 [acesso em 23 jul 2018]; 5(2):219-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=en&nrm=iso.
9. Pagliosa FL, Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev. bras. educ. med. [Internet]. 2008 Dec [acesso em 16 jul 2018]; 32(4):492-499. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso.
10. Gelbcke FL, Matos E, Sallum N. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. Tempus-Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 19 fev 2017]; 6(4):31-39. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202/1087>.
11. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
12. Neves CAB. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Aug [acesso em 24 jul 2018]; 24(8):1953-1955. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023&lng=en&nrm=iso.
13. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [acesso em 10 jan 2018]; 24:e2677. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.
15. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018 Jan [acesso em 17 jul 2018]; 42(116):11-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso.