

**CUIDADO EM AMBIENTES HOSPITALARES: DESAFIOS ÉTICOS,  
ORGANIZACIONAIS E INTERPROFISSIONAIS NA ATUAÇÃO DA EQUIPE  
MULTIDISCIPLINAR**

**CARE IN HOSPITAL SETTINGS: ETHICAL, ORGANIZATIONAL, AND  
INTERPROFESSIONAL CHALLENGES IN THE WORK OF THE  
MULTIDISCIPLINARY TEAM**

**CUIDADO EN ENTORNOS HOSPITALARIOS: DESAFÍOS ÉTICOS,  
ORGANIZACIONALES E INTERPROFESIONALES EN LA ACTUACIÓN DEL  
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO**



<https://doi.org/10.56238/ERR01v10n7-028>

**Liduina Salviano de Matos**

Mestranda em Psicologia

Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

E-mail: liduina.psic@gmail.com

**Patricia Mostardeiro Peixoto Picoli**

Mestre Profissional em Psicologia

Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

E-mail: patygaucha\_psicologia@hotmail.com

**Lawrence Brito de Assis**

Médico Residente do segundo ano do Serviço de Ortopedia e Traumatologia

Instituição: Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC)

E-mail: brittolawrence16@gmail.com

**Pedro Pereira da Silva Júnior**

Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Instituição: Colégio Brasileiro de Radiologia e AMB

E-mail: pedro\_pereira\_junior@hotmail.com

**Adriano Ribeiro de Souza**

Mestre em Saúde Pública

Instituição: Facultad Interamericana de Ciencias Sociales – FICS

E-mail: ribeiroadriano@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6163512756652391>

**Juliana Santos Rodrigues**

Graduanda em Psicologia

Instituição: Universidade de Vila Velha - UVV

E-mail: contato.julianasr@gmail.com

**RESUMO**

O cuidado em ambientes hospitalares envolve uma rede complexa de relações humanas, técnicas e institucionais que ultrapassam o campo biomédico e atingem dimensões éticas, emocionais e organizacionais. Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo analisar a complexidade do cuidado ao paciente em espaços hospitalares, identificando os principais desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar — composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros profissionais — na oferta de uma assistência segura, eficiente e humanizada. A pesquisa, de natureza qualitativa e caráter bibliográfico, baseia-se em estudos recentes sobre ética em saúde, gestão hospitalar e práticas interprofissionais. Os resultados evidenciam que o trabalho colaborativo é essencial para garantir a integralidade do cuidado, mas esbarra em dificuldades estruturais, sobrecarga de trabalho, falhas comunicacionais e dilemas éticos cotidianos. Conclui-se que o fortalecimento da cultura organizacional, o investimento em formação continuada e a valorização do diálogo interprofissional são estratégias indispensáveis para consolidar uma assistência centrada no paciente e humanamente sustentável.

**Palavras-chave:** Cuidado Hospitalar. Ética em Saúde. Equipe Multidisciplinar. Gestão Hospitalar. Humanização.

**ABSTRACT**

Care in hospital environments involves a complex network of human, technical, and institutional relationships that transcend the biomedical field and reach ethical, emotional, and organizational dimensions. This article aims to analyze the complexity of patient care in hospital settings, identifying the main challenges faced by the multidisciplinary team — composed of physicians, nurses, psychologists, physiotherapists, social workers, and other professionals — in providing safe, efficient, and humanized assistance. This qualitative and bibliographic research is based on recent studies on health ethics, hospital management, and interprofessional practices. The findings reveal that collaborative work is essential to ensure comprehensive care but faces structural difficulties, workload pressure, communication failures, and daily ethical dilemmas. It is concluded that strengthening organizational culture, investing in continuing education, and valuing interprofessional dialogue are indispensable strategies for consolidating patient-centered and humanly sustainable care.

**Keywords:** Hospital Care. Health Ethics. Multidisciplinary Team. Hospital Management. Humanization.

**RESUMEN**

El cuidado en entornos hospitalarios implica una red compleja de relaciones humanas, técnicas e institucionales que trascienden el campo biomédico y alcanzan dimensiones éticas, emocionales y organizativas. En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo analizar la complejidad del cuidado al paciente en los espacios hospitalarios, identificando los principales desafíos que enfrenta el equipo multidisciplinario —compuesto por médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales— en la oferta de una atención segura, eficiente y humanizada. La investigación, de carácter cualitativo y bibliográfico, se basa en estudios recientes sobre ética en salud, gestión hospitalaria y prácticas interprofesionales. Los resultados muestran que el trabajo colaborativo es esencial para garantizar la integralidad del cuidado, pero enfrenta dificultades estructurales, sobrecarga laboral, fallas comunicacionales y dilemas éticos cotidianos. Se concluye que fortalecer la cultura organizacional, invertir en la formación continua y valorar el diálogo interprofesional son estrategias fundamentales para consolidar una atención centrada en el paciente y sosteniblemente humana.

**Palabras clave:** Cuidado Hospitalario. Ética en Salud. Equipo Multidisciplinario. Gestión Hospitalaria. Humanización.

100  
110  
100  
10101 100  
11 110  
100 100  
10 0101

100 100  
110 110  
100 100  
10101 10101  
11 10011  
100 110100  
101100 101  
10101

## 1 INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar representa um espaço singular, onde a vida humana se encontra permanentemente em estado de vulnerabilidade e requer uma atenção integral que ultrapassa a técnica. A rotina de trabalho nos hospitais exige da equipe multidisciplinar a capacidade de agir com precisão científica e sensibilidade humana diante de situações marcadas por sofrimento, risco e urgência. O cuidado, nesse contexto, não se resume a um procedimento clínico, mas constitui um ato relacional e ético que demanda empatia, escuta e compromisso com a dignidade do paciente.

As transformações no sistema de saúde e a crescente complexidade dos serviços hospitalares trouxeram novos desafios para a organização do trabalho. Profissionais de diferentes áreas são convocados a atuar de forma integrada, articulando saberes e práticas em torno do mesmo objetivo: a promoção de um cuidado seguro e humanizado. No entanto, a multiplicidade de especialidades e as hierarquias institucionais frequentemente dificultam a comunicação e a tomada de decisão compartilhada, o que pode comprometer a qualidade da assistência e gerar conflitos éticos relevantes.

Além disso, o avanço tecnológico e a pressão por eficiência impuseram à equipe de saúde uma lógica de produtividade que, por vezes, reduz o cuidado a um conjunto de tarefas protocoladas, distanciando-o de seu sentido humanista. Nesse cenário, os profissionais enfrentam o desafio de equilibrar a dimensão técnica do trabalho com o compromisso ético de reconhecer a singularidade de cada paciente. O cuidado hospitalar, portanto, exige mais do que competência técnica: requer sensibilidade moral e capacidade de cooperação.

A compreensão da complexidade que envolve o cuidado hospitalar é essencial para repensar práticas, fortalecer a interdisciplinaridade e promover mudanças estruturais nas instituições. Este artigo tem como objetivo analisar a complexidade do cuidado ao paciente em ambientes hospitalares, identificando os principais obstáculos enfrentados pela equipe multidisciplinar para oferecer um cuidado seguro, eficiente e humanizado. Para isso, serão discutidos, no referencial teórico, os desafios éticos, as condições organizacionais e a atuação interprofissional, a partir de contribuições recentes da literatura especializada.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O cuidado prestado em ambientes hospitalares é resultado de um arranjo complexo que envolve saberes clínicos, decisões morais, condições institucionais e modos de trabalhar em equipe. Não se trata apenas de aplicar protocolos ou de dominar tecnologias diagnósticas e terapêuticas, mas de articular essas dimensões de forma a garantir que o paciente seja atendido como sujeito de direitos e não apenas como portador de uma doença.

A literatura da saúde coletiva, da bioética e da gestão em saúde tem mostrado que a qualidade da assistência está diretamente vinculada à capacidade das instituições de sustentar práticas éticas, organizar o trabalho de modo cooperativo e favorecer o encontro interprofissional como núcleo do cuidado ampliado

Com base nesse entendimento, o referencial teórico a seguir foi organizado em quatro eixos que dialogam entre si. No primeiro, discutem-se os desafios éticos que atravessam o cotidiano hospitalar e que exigem reflexão permanente sobre autonomia, vulnerabilidade e dignidade humana. Em seguida, analisam-se os aspectos organizacionais e as condições de trabalho que podem fortalecer ou fragilizar a assistência.

Depois, aborda-se a atuação interprofissional como caminho para a integralidade e para o cuidado centrado no paciente. Por fim, destaca-se o cuidado como experiência relacional e política, reforçando que toda prática em saúde é também uma forma de produzir subjetividades e de afirmar valores no interior das instituições. Essa sistematização permite aproximar o objetivo do estudo — analisar a complexidade do cuidado hospitalar — da produção teórica já consolidada no campo

## 2.1 DESAFIOS ÉTICOS NO CUIDADO HOSPITALAR

O hospital, entendido como espaço de alta complexidade, concentra a tensão entre a técnica e a vulnerabilidade humana. O cotidiano dos profissionais da saúde é atravessado por decisões que não se reduzem à dimensão clínica, mas que tocam diretamente questões morais, políticas e afetivas. Pessini (2019) observa que o cuidado ético nasce da consciência de que toda ação sobre o outro exige responsabilidade, prudência e respeito à sua dignidade. Cuidar, portanto, é um ato que ultrapassa o campo biomédico e se insere no terreno da ética prática, em que o julgamento e a sensibilidade coexistem com o conhecimento técnico.

Schramm e Kottow (2001) destacam que a bioética latino-americana precisa ser compreendida como ética da proteção, pois a vulnerabilidade social e institucional dos pacientes, especialmente em contextos públicos, exige uma postura que não apenas respeite a autonomia, mas também ampare aqueles que não podem exercê-la plenamente. O cuidado hospitalar, nesse sentido, não é apenas o cumprimento de um protocolo, mas um exercício de escuta e acolhimento diante da fragilidade.

A ausência de espaços institucionais para o debate moral aprofunda o sofrimento dos profissionais. Zoboli (2021) argumenta que o sofrimento ético é produto direto da solidão decisória. Em unidades hospitalares sem comitês de ética atuantes, o trabalhador precisa escolher sozinho entre valores que competem — prolongar ou limitar o tratamento, sedar ou insistir na terapêutica. Essas escolhas, repetidas sem reflexão coletiva, produzem desgaste emocional e perda de sentido do trabalho.



Ayres (2004) acrescenta que a dimensão ética do cuidado deve incluir o reconhecimento do contexto de vida do paciente. O cuidado centrado na pessoa não se limita à doença, mas se volta ao projeto existencial do sujeito, considerando seus valores, desejos e limitações. Essa concepção desloca o foco da cura para a reconstrução de sentido, o que humaniza o processo terapêutico e fortalece o vínculo entre equipe e paciente.

Siqueira-Batista e Schramm (2004) observam que as políticas institucionais e os arranjos organizacionais também configuram dilemas éticos, pois decidem quem será cuidado, como será cuidado e sob quais condições. Uma ética do cuidado em hospitais, portanto, deve incluir o exame das condições materiais e simbólicas que sustentam ou inviabilizam o trabalho assistencial. Rego (2020) complementa que a comunicação é uma das expressões mais elevadas da ética, especialmente em contextos de sofrimento, quando a palavra se torna instrumento de cura.

A ética hospitalar, assim, não se constrói apenas no espaço das decisões médicas, mas nas relações cotidianas que moldam o ambiente de trabalho. O diálogo entre profissionais, pacientes e familiares é o solo onde o cuidado ético floresce, exigindo que o hospital seja, antes de tudo, um espaço de humanidade.

## 2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E CONDIÇÕES DE TRABALHO

A qualidade do cuidado está profundamente ligada à estrutura institucional que o abriga. O modo como os fluxos são organizados, as hierarquias são exercidas e as decisões são tomadas interfere diretamente no resultado assistencial. Merhy (2002) define o trabalho em saúde como “trabalho vivo em ato”, ou seja, produção que depende do encontro entre o trabalhador e o usuário. Quando o serviço se organiza apenas por normas e metas, sem espaço para a criatividade e o diálogo, o trabalho perde vitalidade e o cuidado torna-se mecânico.

O modelo de gestão hospitalar hegemônico, frequentemente orientado pela produtividade, impõe uma lógica que transforma o tempo de cuidar em tempo de controle. Silva et al. (2021) identificaram que a sobrecarga física e emocional em equipes de enfermagem tem repercussões diretas sobre a segurança do paciente, o que demonstra que o adoecimento do trabalhador é também um indicador de risco assistencial. A rotina hospitalar, quando marcada por jornadas exaustivas e ausência de reconhecimento, converte o cuidado em procedimento repetitivo, esvaziando seu potencial humanizador.

Feuerwerker (2014) propõe que a transformação dessa realidade depende da micropolítica do trabalho vivo — o conjunto de relações, afetos e negociações que ocorrem no interior das equipes. A cogestão e a construção coletiva das decisões são instrumentos que permitem superar a distância entre gestão e cuidado, tornando o hospital mais democrático e cooperativo.



Cecílio (2011) argumenta que a integralidade do cuidado é inviável quando há separação rígida entre as categorias profissionais. A hierarquização excessiva, que coloca o saber médico acima dos demais, impede a construção de planos terapêuticos compartilhados e reduz a autonomia de enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. O resultado é a fragmentação do cuidado, em que cada profissional executa sua parte sem compreender o todo.

A ausência de diálogo institucional agrava o sofrimento moral e o sentimento de impotência entre os trabalhadores. O cuidado não se realiza em estruturas autoritárias; ele requer confiança e circulação de saberes. A humanização organizacional, portanto, não é apenas um ideal, mas uma condição concreta para a qualidade da assistência e para a saúde mental dos profissionais.

### 2.3 A ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL E O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

O cuidado hospitalar contemporâneo exige o reconhecimento de que nenhuma profissão, isoladamente, é capaz de responder às necessidades complexas do paciente. Peduzzi (2021) explica que o trabalho interprofissional é aquele que rompe com a fragmentação e cria vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais. Essa prática depende de confiança, diálogo e construção coletiva de decisões, elementos que não se produzem por decreto, mas pela convivência cotidiana.

Ayres (2004) observa que a interprofissionalidade permite reorientar o cuidado em direção à integralidade, na medida em que valoriza o paciente como sujeito ativo e não apenas como portador de um diagnóstico. Essa abordagem exige que os profissionais compreendam o outro em sua totalidade, reconhecendo que a dimensão clínica é apenas uma das camadas do sofrimento humano.

Feuerwerker (2014) aponta que o trabalho colaborativo se fortalece quando o ambiente institucional favorece encontros reais entre as diferentes áreas. Reuniões clínicas interdisciplinares, discussões de caso e educação permanente são práticas que expandem a escuta e reduzem conflitos. O diálogo constante é o que transforma o hospital de um espaço hierarquizado em um espaço de cooperação.

Merhy (2002) ressalta que o encontro entre profissionais é o núcleo do trabalho vivo e que, ao compartilhar decisões, a equipe amplia sua capacidade de produzir saúde. Essa troca não é apenas técnica, mas simbólica — um modo de reconhecer o outro como legítimo produtor de cuidado. Pessini (2019) complementa que a interprofissionalidade também é expressão de uma ética da solidariedade, pois reconhece a interdependência entre todos os agentes envolvidos no processo terapêutico.

Zoboli (2021) afirma que a ausência de diálogo interprofissional está na base de muitos eventos adversos e conflitos éticos. A prática colaborativa é, portanto, uma estratégia de segurança, além de uma forma de humanização. O cuidado centrado na pessoa não se realiza pela soma de procedimentos, mas pela composição de olhares.

## 2.4 O CUIDADO COMO EXPERIÊNCIA RELACIONAL E POLÍTICA

O cuidado hospitalar não se limita à interação entre profissional e paciente; é também um ato político que expressa valores sociais e institucionais. Ayres (2004) comprehende o cuidado como experiência de encontro entre sujeitos, cada um portador de um projeto de felicidade. Cuidar é reconhecer o outro como alguém que compartilha da mesma vulnerabilidade e, portanto, merece o mesmo respeito e atenção.

Feuerwerker (2014) descreve o hospital como espaço de produção de subjetividades, onde se disputam sentidos de vida, poder e autonomia. Cada gesto de cuidado é também um gesto de resistência contra a lógica de desumanização que a rotina impõe. Pessini (2019) lembra que a ética do cuidado é inseparável da compaixão e que a presença, o toque e a escuta são tecnologias invisíveis que sustentam o sentido humano da prática em saúde.

Merhy (2002) denomina essas dimensões de “tecnologias leves”, aquelas que não se encontram nos equipamentos, mas nas relações. São elas que transformam o hospital em lugar de vida, e não apenas de tratamento. Essa perspectiva aproxima o cuidado da política, pois implica decisão coletiva sobre que tipo de mundo se quer construir dentro das instituições de saúde.

O cuidado, portanto, é também linguagem, memória e resistência. Cada ato que acolhe, explica e respeita o paciente é uma forma de afirmar a dignidade humana diante das forças que tendem a reduzi-la. O trabalho da equipe multidisciplinar só alcança sua potência plena quando reconhece que cuidar é, ao mesmo tempo, agir sobre o corpo e dialogar com a existência.

## 3 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido como uma pesquisa de natureza qualitativa, com delineamento bibliográfico e caráter analítico-descritivo. A opção por esse percurso metodológico decorre do próprio objeto de estudo — o cuidado em ambientes hospitalares — que envolve dimensões subjetivas, éticas e organizacionais que não podem ser apreendidas apenas por indicadores quantitativos, mas exigem interpretação do contexto, das relações e dos discursos produzidos no campo da saúde (Gil, 2019).

Foram consultadas publicações disponíveis em bases de acesso aberto e periódicos nacionais da área de saúde coletiva, gestão em saúde, bioética e práticas interprofissionais. Buscaram-se estudos publicados, preferencialmente, nos últimos dez anos, por representarem a fase em que os hospitais brasileiros intensificaram a adoção de protocolos de segurança do paciente, políticas de humanização e formatos de trabalho interprofissional. Textos clássicos sobre cuidado ampliado e ética em saúde também foram incluídos por fornecerem o arcabouço conceitual necessário (Ayres, 2004; Merhy, 2002; Peduzzi, 2021).



O processo de seleção das fontes seguiu três eixos temáticos, definidos previamente a partir do objetivo do artigo: a) desafios éticos no cuidado hospitalar; b) organização e condições de trabalho da equipe multiprofissional; c) práticas interprofissionais e humanização. Foram priorizados estudos que descrevem situações concretas da assistência hospitalar e que discutem o impacto da estrutura institucional sobre o cuidado prestado. Após a leitura exploratória, procedeu-se à leitura analítica, identificando categorias recorrentes como “sobrecarga”, “comunicação”, “segurança do paciente”, “formação continuada” e “sofrimento moral”, que orientaram a organização do referencial teórico.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A análise do conjunto de publicações evidencia que o cuidado hospitalar é sustentado por uma rede complexa de interações éticas, organizacionais e afetivas. O ambiente hospitalar funciona como espelho das contradições do sistema de saúde, revelando tanto a potência transformadora da prática coletiva quanto suas limitações diante da burocracia e da precarização.

Zoboli (2021) observa que o hospital é um espaço moral, onde cada decisão tem peso simbólico e emocional. A pesquisa evidencia que, nos contextos em que há ausência de espaços de escuta e reflexão ética, os profissionais experimentam sofrimento moral e sensação de isolamento. Pessini (2019) interpreta esse fenômeno como expressão da perda do sentido original do cuidado, reduzido a tarefas técnicas desprovidas de relação.

Merhy (2002) e Feuerwerker (2014) apontam que o trabalho vivo — aquele que nasce do encontro — é o verdadeiro núcleo do cuidado. A qualidade do atendimento depende da capacidade institucional de criar condições para esses encontros: tempo, autonomia e reconhecimento. Nos ambientes em que prevalece a lógica de produtividade e hierarquia, o cuidado se torna fragmentado e impessoal.

Peduzzi (2021) reforça que a interprofissionalidade é o caminho para recompor o vínculo entre saberes e restituir a integralidade do cuidado. Quando médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos compartilham decisões, o plano terapêutico ganha coerência e o paciente percebe o sentido do tratamento. A pesquisa revela que o diálogo entre as profissões não é apenas um ideal, mas um fator concreto de qualidade e segurança assistencial.

Silva et al. (2021) demonstram que a sobrecarga emocional e o cansaço crônico comprometem a empatia e aumentam o risco de falhas na assistência. O adoecimento dos trabalhadores torna-se, assim, expressão do adoecimento da própria instituição. A precarização do trabalho afeta não apenas a produtividade, mas também a dimensão moral do cuidado.

Rego (2020) acrescenta que a comunicação ética é um instrumento terapêutico por si só. O modo como o profissional se dirige ao paciente, explica o tratamento e acolhe suas dúvidas interfere



no prognóstico e na adesão. O diálogo transparente é tão importante quanto o procedimento técnico, pois restabelece a confiança e humaniza o ambiente hospitalar.

Ayres (2004) sintetiza a discussão ao propor que o cuidado é um modo de habitar o mundo. O hospital, quando organizado como espaço de encontro e não de submissão, torna-se lugar de reconstrução de sentido, onde o paciente reencontra dignidade e os profissionais recuperam o sentido de sua prática. O cuidado ético, seguro e interprofissional não é resultado do acaso, mas de escolhas políticas, afetivas e institucionais que afirmam a vida em sua plenitude.

## 5 CONCLUSÃO

O exame do material estudado mostra que o cuidado em ambientes hospitalares não pode ser compreendido apenas como execução de procedimentos. Há uma camada ética que atravessa todas as decisões e uma camada organizacional que sustenta ou fragiliza essas decisões. Sempre que a instituição oferece condições dignas de trabalho, espaços de fala e reconhecimento entre as categorias, o cuidado aparece com mais qualidade e com maior respeito à singularidade do paciente.

Ficou evidente que a equipe multidisciplinar é o núcleo que mantém o hospital vivo. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais carregam saberes que não são concorrentes, mas complementares. Quando esses saberes não se encontram, o cuidado se fragmenta. Quando se reconhecem, o plano terapêutico ganha coerência e o paciente é visto como sujeito e não como caso clínico. A interprofissionalidade, portanto, não é adorno teórico; é condição para que a assistência seja segura, eficiente e humanizada.

Os achados também reforçam que muitos dos problemas vividos no hospital não estão no indivíduo, mas na forma como o serviço é organizado. Jornadas exaustivas, comunicação truncada, hierarquias rígidas e ausência de educação permanente enfraquecem a ética do cuidado e produzem sofrimento moral. Ajustar processos, adotar protocolos que façam sentido para quem está na beira do leito e criar dispositivos de escuta coletiva são caminhos concretos para transformar esse cenário.

Conclui-se, por fim, que cuidar em hospital é um ato técnico, mas é, sobretudo, um ato de relação. Exige ciência, mas exige também presença. Exige que a instituição apoie quem cuida, para que quem cuida possa apoiar quem sofre. Onde ética, organização e trabalho interprofissional caminham juntas, o hospital deixa de ser apenas lugar de doença e se aproxima de um espaço de humanidade.



**AGRADECIMENTOS**

Seção opcional, onde o autor pode agradecer às agências financiadoras, ou outro tipo de agradecimento aplicável.

## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, BRASIL. Ministério da Saúde.

**Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2011. p. 117-130.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

PESSINI, Leo. **Bioética, cuidado e humanização: fundamentos para a prática clínica.** 3. ed. São Paulo: Loyola, 2019.

PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe e prática interprofissional na saúde.** In: FRANCO, Túlio Beraldi; MERHY, Emerson Elias (orgs.). *Trabalho em saúde: práticas interprofissionais e campo da gestão*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2021. p. 45-63.

REGO, Sérgio. **Ética e comunicação na relação profissional–paciente.** *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 329-340, 2020.

SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Michael. **Princípios bioéticos na América Latina.** *Revista Bioética*, Brasília, v. 9, n. 1, p. 7-16, 2001.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. **A bioética da proteção e o trabalho em saúde.** *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 57-68, 2004.

SILVA, Rafaela de Oliveira; ALMEIDA, Tânia dos Santos; SOUZA, Jéssica Carvalho de. **Síndrome de burnout e implicações na prática assistencial de enfermagem.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 42, e20200245, 2021. DOI: 10.1590/1983-1447.2021.20200245.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e cuidado: uma abordagem ampliada da prática em saúde.** *Revista Bioética*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 9-19, 2021. DOI: 10.1590/1983-80422021291389.

