

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: O desafio da
interdisciplinaridade no Hospital Universitário Ana Bezerra**

EDINARA LINA DE OLIVEIRA

Santa Cruz/RN

2020

EDINARA LINA DE OLIVEIRA

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: O desafio da
interdisciplinaridade no Hospital Universitário Ana Bezerra**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização de Preceptoría em
Saúde, como requisito final para obtenção do
título de Especialista em Preceptoría em Saúde.

Orientador Prof. Dr. Raimundo Maciel Feitosa
e Castro.

Santa Cruz/RN

2020

RESUMO

Introdução: Na formulação das Residências em Saúde (RS), prevê-se atividades teórico/práticas ampliando o entendimento em relação a saúde e a Educação Interprofissional (EIP), desenvolvendo atitudes colaborativas no cuidado integrado em saúde. **Objetivo:** construir agenda de discussões teórico-práticas, fomentando a interdisciplinaridade e apresentar um plano de formação para preceptores. **Metodologia:** Trata-se de plano de intervenção. **Considerações finais:** A necessidade global do paciente nem sempre é pauta de discussão interprofissional. Há necessidade de interação interdisciplinar, discutindo temas bioéticos, considerando a opinião do(a) usuário(a) no contexto hospitalar, reconhecendo os direitos previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e Política Nacional de Humanização (PNH).

Palavras Chaves: Preceptorial em Hospital Escola. Educação Interprofissional. Bioética.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, em seu artigo 200, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação da formação de recursos humanos na área saúde. Visando atender a demanda apresentada neste dispositivo, a Lei Orgânica de Saúde, 8.080 de 1990, estabeleceu a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, foram criadas as Residências em Saúde no Brasil. A lei 11.129 de 2005, instituiu a Residência em Área Profissional de Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), contemplando as seguintes profissões que integram as áreas da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Essa modalidade de ensino prevê uma transformação norteada pelas discussões da Conferência de Alma Ata, realizada na década de 1970, que conforme Autonomo *et al* (2015) “possibilitou a introdução de outro modelo de Atenção em saúde, integral, presumindo um profissional crítico, capaz de lidar com a realidade e a singularidade dos sujeitos” p. 316. A interação entre o ensino e o serviço, tendo como plano de fundo o diálogo entre diversas categorias profissionais da saúde, possibilitaria a caminhada em direção a uma assistência em saúde mais equânime, justa e respeitosa, sempre tomando como base as adversidades do cotidiano em que o indivíduo está inserido.

Nesse aspecto, a Política Nacional de Humanização (PNH) prevê a troca de saberes entre os diversos atores envolvidos no cuidar em saúde, nesse sentido se considera a multiprofissionalidade. O diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, a participação dos usuários e familiares na corresponsabilização do cuidado e as construções coletivas, as quais incluem a participação das residências.

Todavia, alguns autores relatam limites nessa estratégia formativa. Por exemplo, Alvarenga *et al* (2015), afirmam que a fragmentação do cuidado é comum na multiprofissionalidade. A justaposição de disciplinas, em que cada profissional segue imerso em sua especialidade, pouco colabora para integralidade da atenção à saúde quando comparada com a perspectiva da interprofissionalidade, proveniente da Educação Interprofissional(EIP). Esta última, caracterizada pelo trabalho em equipe, reflexão sobre os papéis profissionais, a

resolução partilhada de problemas e a negociação nos processos decisórios, atuaria como estratégia central para atuação integrada em equipe, evitando a fragmentação das áreas e estimulando a cooperação (CASANOVA et. al, 2018).

Por sua vez, as atividades teóricas que incluem o entendimento da relação entre teoria e prática, a compreensão quanto às necessidades do paciente, podem acarretar situações de valorização da técnica, a fim de alcançar a perfeição dos procedimentos, sejam eles em quaisquer áreas do saber.

Pensando nessa possibilidade, como um projeto de intervenção em preceptoria poderia utilizar argumentos teóricos para o aprofundamento das questões inerentes ao processo ensino/saúde? Nesse sentido, os aportes teóricos considerados para o desenvolvimento do PI é a EIP e a Bioética, enquanto alicerce para a interdisciplinariedade. E quais as implicações da aplicação prática para a qualidade do ensino em serviço? Até onde sabemos, nenhum outro Plano de Intervenção ou pesquisa foi realizado com vistas a articular essa disciplina à prática em hospital escola. Acreditamos que por meio desse plano há uma grande possibilidade de desenvolver práticas colaborativas entre os pares e, sobretudo, fomentar a interprofissionalidade.

Ter a interdisciplinariedade parceira na lida diária da assistência em saúde significa permitir que a pessoa em tratamento saia da condição de paciente e passe a assumir a condição de usuário de um sistema de saúde pública. Teria a condição de esclarecer suas dúvidas, questionar procedimentos, aceitar ou não determinado tratamento, ainda que a isso ocasionasse demora na sua própria recuperação pois sairia da passividade.

Em tese, os aspectos teóricos oportunos as RMS devem estar associados a um currículo transversal mínimo, tais como os previstos pelo “Core Curriculum” da Unesco (2008) no que tange ao Ensino de Bioética. Desta forma, tanto as atividades teóricas quanto o exercício da prática dialogarão entre si, evitando a valorização da técnica e considerando os determinantes sociais, passando a enfatizar as oportunidades de uma aprendizagem baseada na problematização e interdisciplinariedade.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Refletir sobre a RMS, o exercício, atividades nos cenários de prática e o papel do residente.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar o plano de formação teórico aos preceptores/tutores com o objetivo de aproximá-los da realidade teórica vivenciada pelos residentes;

Construir uma agenda de discussões teórico-práticas com tutores/preceptores e residentes a fim de fomentar o interesse pela interprofissionalidade;

Facilitar a ampliação das discussões sobre o cuidado na saúde estimulando o interesse pela pesquisa.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção, do tipo Plano de Preceptorial com vistas a fomentar o interesse pelas variáveis (Interdisciplinariedade e interprofissionalidade no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde) por meio de oficinas de saberes. Na realização do estudo, consideram-se as diretrizes baseadas em Creswell (2014), pois o ensino e a aprendizagem devem ser realizados em vários sentidos, e, durante todo processo de ensino deve haver articulação com o cenário de prática.

A Metodologia adotada, Problem-Based Learning, Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) favorece o desenvolvimento de atitudes colaborativas unindo teoria e prática, em prol de um objetivo comum, preparar o(a) residente para os desafios, entre outros, do cotidiano da assistência em saúde. Alcança a interdisciplinariedade e com isso a interprofissionalidade.

Essa metodologia associada ao aporte teórico da disciplina parceira, Bioética, por ser transversal e favorecer a utilização de diversos temas e dilemas vivenciados pelos profissionais no cotidiano da assistência em saúde, passa a favorecer que seu entendimento se perpetue para o cenário de prática.

Dessa forma, compreendendo a necessidade de alterar o processo multidisciplinar, constituído pela junção e sobreposição das categorias profissionais para o processo interdisciplinar construído pelos pares, a transversalidade passa a ser indício de necessidade e representa o enriquecimento das relações construídas ao longo de um período, em que foi possível trabalhar determinados conteúdos e a realizar trocas de saberes (Rangel & Gonçalves, 2010).

Tomaremos como modelo de problematização os tópicos propostos pela UNESCO (2008) e os estudos realizados por Garrafa (2003; 2005; 2011). Tal organização facilita a utilização de metodologias ativas e um processo de avaliação continuado e permanente.

Entende-se as atitudes colaborativas, como um instrumento para estreitar laços em equipe e favorecer o entendimento relacionado a PNH, aos direitos e deveres dos usuários(as) do SUS, ao exercício profissional com dignidade, bem como da instituição de saúde, cenário de atuação dos colaboradores e da possibilidade em garantir a integralidade do cuidado.

Quanto ao processo avaliativo concordamos com Trahasch (2004, p.16) ao afirmar que “se nas tarefas colaborativas são incluídas a avaliação por pares, ela se torna uma atividade

compartilhada mais do que uma realizada sozinha e pode produzir uma comunidade de aprendizagem”, tal como se pretende em um hospital escola, tendo em vista os constantes desafios da aprendizagem em serviço.

Os(as) residentes e os(as) preceptores/tutores, ao assumirem diferentes papéis, são acompanhados pelos pares, que passam a assessorá-los nas suas ações diárias no sentido de ampliar a resolutividade e a qualidade do aprendizado. Assim como um ciclo, os(as) residentes precisam assumir diferentes papéis: “como assessorados eles são revisados pelos colegas e, como assessores, eles estabelecem retorno aos colegas”. Todo esse processo resulta em aprendizes que pensam mais profundamente sobre o assunto em estudo, além de terem a possibilidade de apreender a maneira como os seus colegas resolvem problemas. Conseqüentemente, o processo de ensino-aprendizagem, com o uso da avaliação colaborativa, pode conduzir a uma maior motivação e aprendizagem mais significativa que as demais utilizadas de maneira tradicional.

A avaliação [presencial ou a distancia] em todos os níveis de ensino – é uma questão complexa, em permanente discussão e geradora de muitas tensões. A avaliação é um elemento integrante e regulador das práticas pedagógicas, mas assume também uma função de certificação das aprendizagens realizadas e das competências desenvolvidas. Além disso, tem influência nas decisões que visam melhorar a qualidade do ensino, assim como na confiança social quanto ao funcionamento do sistema educativo. (Abrantes, 2002, p. 9).

Com a avaliação colaborativa é possível aferir, conforme Kirchner, Granzotto e Menegatti, (2018) que na prática de equipes multiprofissionais, em que há diversas categorias em um mesmo espaço ocupacional passa a ser necessária a interdisciplinariedade como resultante da compreensão do modelo biopsicossocial da saúde. Trindade e Andrade (2003) dizem que essa prática reflete maior rapidez e praticidade, bem como resolutividade no que concerne as práticas colaborativas, “eficazes, seguras, humanistas, e, conseqüentemente, em um cenário prático de vivência que irá promover um ensino de qualidade”, define Corneta e Alves (2019).

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O Cenário de prática é o Centro Obstétrico (CO), conhecido como Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP), referência em atendimento obstétrico do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), parte do complexo hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A Universidade está localizada na região nordeste do Brasil e o hospital, mais especificamente na

Mesorregião do Agreste Potiguar, no espaço geográfico da Borborema Potiguar, Município de Santa Cruz, conforme referencia o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no estudo sobre a divisão regional do Brasil de 1990.

O HUAB, antes da PNH entrar em vigor, implantou em 1995, o Projeto de Gestão Humanizada com o objetivo de aprimorar as relações entre profissionais de saúde, estes e usuários do SUS e do próprio hospital com a Comunidade. Bastasse à eficiência em relação a assistência em saúde, a junção Ensino em Serviço alcança a qualificação desejada aos profissionais para atuarem no SUS, com a esfera da RMS nas áreas materno-infantil.

O público-alvo será constituído por residentes, inicialmente das seguintes áreas, medicina, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, fisioterapia, serviço social, enfermagem (unindo técnicos) e preceptores da Unidade de Cuidados Saúde da Mulher, no CO, em um total aproximado de 9 pessoas. A equipe executora será composta pela assistente social responsável pelo projeto em questão e parceiros(as) de enfermagem, medicina e fisioterapia, ambas as categorias com especialização em preceptoria, experiência com metodologias ativas e mestrado em Ensino na Saúde e Medicina. Utilizando de metodologia horizontalizada com avaliações permanentes em todo processo.

3.3 ELEMENTOS DO PP

No sentido de alcançar propostas inovadoras, ampliando o olhar para a construção coletiva de processos relacionados ao ensino em serviço, os elementos seguem as etapas abaixo:

Descrição da Ação	Como será implementada	Duração	Atores envolvidos	Estrutura necessária
1- Apresentação do plano a equipe de saúde	Convite por e-mail institucional e pessoal, além de chamamento à participação através da intranet	1h	Comissão de acompanhamento da residência em saúde; preceptores e residentes de serviço social, enfermagem, medicina, psicologia e fisioterapia	Internet e intranet, computador, projetor, flipchart e sala.
2- Criação do Contrato de Convivência em Grupo (CCG)	Em grupo, construir o contrato coletivamente	0,40min	Assistente social e enfermagem (responsável pela ação), 01 residente de serviço social, enfermagem, medicina (obstetrícia e pediatria), psicologia e fisioterapia.	Sala, cadeiras, computador, projetor, flipchart, lápis (preto, colorido, piloto), papel ofício.
3- Construção coletiva de uma agenda comum (preferencialmente semanal) para	Em círculo, a agenda será construída em parceria com os envolvidos	1h40min	Assistente social e enfermagem (responsável pela ação), 01 residente de serviço social, enfermagem,	Sala, cadeiras, computador, projetor.

apresentação e discussão de casos reais, ocorridos no centro obstétrico			1 obstetrícia, 1 pediatria, fisioterapia e psicologia.	
4. Sugestão de situações (casos reais ocorridos no centro obstétrico).	Estimular o grupo a relatar as experiências complexas vivenciadas no centro obstétrico, fazendo um registro das mais importantes	2hs	Responsáveis pela ação e o grupo de residentes de serviço social, enfermagem, obstetrícia, pediatria, fisioterapia e psicologia	Sala, cadeiras, mesa, caneta, lápis e piloto.
5. Apresentação dos casos vivenciados utilizando metodologias ativas.	Convite para Sorteio do 1º caso e apresentação.	2hs	Responsáveis pela ação	Sala, cadeiras, mesa, caneta, lápis, e piloto
6. Discussão sobre possíveis atuações no contexto apresentado.	Os participantes serão estimulados a refletirem sobre condutas e apresentarão suas sugestões por meio de encenações. (direcionar as discussões para a percepção da EIP)	1h30min	Residentes de serviço social, enfermagem, obstetrícia, pediatria, fisioterapia e psicologia	Sala, cadeiras, canetas, lápis.
7. Discussão sobre como seria a atuação interprofissional no caso apresentado.	Estimular o grupo a atuar de maneira interprofissional.	1h	Responsáveis pela ação e residentes de serviço social, enfermagem, obstetrícia, pediatria, fisioterapia e psicologia.	Sala e cadeiras.
8. Discussão sobre práticas colaborativas.	Apresentar o conceito de Educação Interprofissional (EIP) e Bioética.	1h30min	Responsáveis pela ação apresenta ao grupo.	Sala, cadeiras, computador, canetas, lápis.
Avaliação (metodologias ativas).	Avaliação da oficina e metodologia utilizada, por pares e sugestão de temas para discussão.	2hs	O grupo apresenta aos responsáveis pela ação.	Sala, cadeiras, papel ofício e lápis.
Fechamento da oficina.	Apresentar ao grupo todas as etapas vivenciadas na oficina	2hs	Responsáveis pela ação.	Sala, computador, projetor, cadeiras e lanche.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Dentre as oportunidades para realização das ações propostas, é possível citar: a comunicação fortalecida com a equipe multiprofissional do setor correspondente; abertura para trabalhar a interdisciplinariedade e apoio da Gerência de Ensino e Pesquisa(GEP).

Por sua vez, as fragilidades estão associadas a disponibilidade de maior participação dos(as) colaboradores, tendo em vista a dinâmica do setor.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação do projeto de intervenção abriremos o canal para ativação da interdisciplinariedade, uma vez que é essa a proposta da RMS e com isso a possibilidade da interprofissionalidade.

Essa ênfase justifica-se pela necessidade de ampliar a formação de profissionais capazes de atuar com competências colaborativas e desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe no ambiente hospitalar. A RMS preconiza uma formação integrada aos diferentes níveis de complexidade do cuidado em saúde, a consideração quanto as políticas públicas vigentes, a PNH, e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH). Esta última, por prever entre seus objetivos, a qualificação dos processos de trabalho proporcionando cuidado integral com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência. Aspecto que se assemelha as necessidades do SUS, dos conceitos da bioética em um dos seus pilares e a proposta do ensino em serviço através da residência em saúde.

Desenvolver competências para atuar segundo a lógica da promoção, prevenção e proteção da saúde, tratamento e reabilitação, levando em consideração os aspectos biopsicossociais, socioculturais, espirituais e éticos dos usuários é também reconhecer a importância e a necessidade de uma interdisciplinariedade planejada e eficaz.

Vale dizer que esse processo pressupõe intervenção tanto em nível individual quanto coletivo, no sentido de contribuir para a melhoria do cenário e da instituição de saúde em sua amplitude, pois tende a efetivar práticas respeitadas, dinâmicas, coerentes, atualizadas. A própria proposta de avaliação permanente e continuada favorece a reflexão dos processos desenvolvidos.

Acredita-se que uma visão epistemológica mais ampla, considerando os preceitos bioéticos previstos pelo Core Currículo da Unesco, unidos a uma comunicação efetiva entre universidade e complexo ensino em serviço, sirva como ponto de partida para explorar o potencial formativo dos (as) residentes e sua interatividade com as diversas categorias profissionais e corpo funcional (servidores). Além disso, a interação com a comunidade local e com os territórios adjacentes a esses serviços podem oferecer oportunidades para trabalhar as dimensões éticas atualmente ausentes na formação em saúde, tais como o respeito à diversidade cultural, ao pluralismo e a proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade. O pensar e o fazer a saúde devem considerar a relação intrínseca entre a produção da saúde humana e ambiental no debate das residências em saúde.

REFERÊNCIAS

Alvarenga JPO, Meira AB, Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano FMP, Neto GC, et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7(10):5944-51.

Abrantes, P. (2002). A avaliação das aprendizagens no ensino básico. In P. Abrantes & F. Araújo (Coords.). *Avaliação das Aprendizagens, Das concepções às práticas* (pp. 7-15). Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.

Aguiar A. *Preceptoría em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora; 2017.

AUTONOMO, Francine *et al.* A Preceptoría na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária: Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro RJ, ano 2015, n. 2, ed. 39, p. 316-327, 10 mar. 2015. DOI 1981-5271-rbem-39-2-0316.pdf. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0316.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2020.

Biblioteca Virtual de Saúde. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt>. Acesso em: 10 set 2020.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Porto: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição Federal**. Brasil: Senado Federal, 1988. 413 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 out. 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1990). «Divisão regional do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas» (PDF). *Biblioteca IBGE*. **1**: 44–47. Consultado em 11 de novembro de 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 4 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 287 de 08 de outubro de 1998. Brasília, DF: MS; 1998. 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde

como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social. Diário Oficial da União. 08 Out 1998.

Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):229-33.

CRESWELL, John W. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3.ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

Fabbro, L. (1999). Limitações jurídicas à autonomia do paciente. Bioética, 7(1), 7-12.

Garrafa, V. & Porto, D. “Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice”, Bioethics, 17 (5-6), 2003 : 399- 416.

Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huab-ufrn/nossa-historia>. Acesso em 7 out. 2020.

KOVÁCS Maria Julia. Bioética nas Questões da Vida e da Morte. Psicologia USP. 2003.

LUZ, M.T. 'Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas– análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática'. Saúde Soc [on line]. 2009. 18 [capturado 28 março 2010]; 304-311. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>

Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada - diálogo entre Bioética de Intervenção e Colonialidade. Saúde e Sociedade. 2011;20:287-299.

Porto, D. & Volnei Garrafa. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Bioética. 2005;13(1):111-123.

Rangel, M. & Gonçalves, C. (2010). A Metodologia de Trabalho de Projecto na nossa prática pedagógica. Da Investigação às Práticas, I (3), 21-43.

United Nations Children’s Fund. Bioethics Core Curriculum. Unesco.org [Internet]. 2008 [acesso em 2019 nov 02]. Disponível em: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/BioethicsCore_Section2_18Jul08_EN.pdf.