



Avaliação da percepção de acadêmicos da saúde sobre a manutenção de iniquidades na comunicação em saúde

Letícia de Oliveira Pinto¹, Claudia Mingrone¹, Giovanna Ferreira Lopes¹, Giovanna Bertolini Chuery¹, Lara Ayrosa Galvão Mixéu¹, Jonas Moraes-Filho^{1,2*}

¹Curso de Medicina, Universidade Santo Amaro, São Paulo, Brasil.

²Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Única, Universidade Santo Amaro, São Paulo, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo avaliar a percepção de acadêmicos de cursos da saúde sobre a manutenção de práticas que acenam iniquidades em saúde durante a comunicação com o paciente.

MÉTODOS

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro (nº 5.358.167). Os resultados foram obtidos por meio da aplicação de questionários eletrônicos a acadêmicos de cursos de graduação em áreas da saúde sobre impressões e conhecimentos a respeito da percepção da oferta do tema no ensino, de capacidades de atendimento e de comunicação adequados com pacientes pertencentes a grupos sociais vulneráveis, como LGBTQIAP+, pessoas que vivem com HIV/Aids, pessoas em situação de rua e populações negra e idosa.

RESULTADOS

Foram obtidas 189 respostas, sendo provenientes 81,4% de estudantes de medicina, 7% de fisioterapia, 4,5% de biomedicina, 3% de enfermagem, 2,1% de odontologia e 2% de psicologia. Conforme os resultados deste estudo, é possível observar que, conforme percepção de mais de 95% dos participantes, a comunicação é essencial para o atendimento em saúde e 83,9% consideram necessário que a comunicação seja adequada às complexidades individuais e coletivas de populações de cenários específicos. Contudo 64,1% dos participantes consideram que a graduação pouco prepara o futuro profissional de saúde para as complexidades de demandas em saúde integral presentes na sociedade.

CONCLUSÃO

Apesar de 95% dos participantes considerarem que a comunicação é essencial para um atendimento em saúde, apenas 35,7% dos futuros profissionais de saúde acreditam que são preparados ao longo da graduação para prestar tal atendimento a indivíduos historicamente vulneráveis e sujeitos a variados determinantes em saúde.

DESCRITORES

Comunicação em Saúde, Humanização, Determinantes Sociais da Saúde.

Autor correspondente:

Jonas Moraes-Filho.

Docente no Programa de Mestrado e Doutorado em Medicina e Bem-estar Animal e Saúde Única, Universidade Santo Amaro. R. Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim das Imbuías, São Paulo - SP, Brasil

E-mail: jmfilho@prof.unisa.br

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4734-9512>

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons

Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

INTRODUÇÃO

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção de saúde, prevenção de agravos e garantia do bem-estar biopsicossocial de todos os cidadãos foi viabilizado através do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse estado pleno em saúde é efetivado por meio de políticas públicas que visam estabelecer o respeito à dignidade humana, por meio do acesso à informação, cuidados em saúde com o corpo e a mente, alimentação adequada, higiene, saneamento básico, segurança e opções de qualidade de vida¹.

No entanto, a manutenção do direito à saúde ainda é, para muitos, apenas um princípio jurídico-político e constitucional, o que resulta em direitos atravancados e desigualdades sistêmicas. Apesar das históricas lutas em favor da igualdade, é necessário defender a diferença para que a igualdade seja factível em suas potencialidades, ou seja, deve-se proporcionar equidade para incluir setores desfavorecidos e vulnerabilizados pela sociedade^{1, 2}.

Os cenários específicos em saúde são tidos como populações de alta complexidade conjunta e individual com importantes determinantes sociais em saúde, tendo como exemplificação as pessoas portadoras de deficiência; em situação de rua; negras; idosas; pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHIV/Aids); Lésbica, Gay, Bissexual, Transsexual, Queer, Intersexo, Assexual, Pansexual, demais orientações sexuais, identidades e expressões de gênero (LGBTQIAP+); indígenas; comunidades quilombolas; ribeirinhas e população privada de liberdade que carecem de um olhar diferente para oportunizar um tratamento equânime³.

Tendo em vista a complexidade das dimensões que compõem o espectro da diversidade humana e singularizam cada pessoa ou cada grupo social, o profissional de saúde deve ser capaz de atuar com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença⁴.

A intersecção desses pontos é intensificada quando se evidencia que a relação entre o serviço de saúde e o paciente envolve outros aspectos além do encontro físico desses personagens e da resolução queixa biológica, visto que o adoecimento é experienciado de diferentes e subjetivas formas pelos indivíduos, englobando aspectos individuais, sociais e culturais. E por isso, deve-se levar em consideração as concepções dos indivíduos sobre o adoecimento, o grau de vulnerabilidade que ele se encontra, cultura na qual está inserido, transmissão compreensiva das informações ao paciente e formas de tratamento disponíveis para resultar numa prática em saúde entrada no cenário específico no qual o usuário se encontra^{3, 5}.

Tendo como base o atendimento em saúde centrado no indivíduo é necessário atentar-se a alguns fatores como: humanização no cuidado e boa comunicação, que gera bom relacionamento com o paciente e qualidade no atendimento. Todos esses fatores em prática, podem ser entendidos como a relação profissional da saúde-paciente. É essa relação que garante acolhimento, sucesso de qualquer terapia medicamentosa, sucesso na intervenção e diminuição do número de pacientes resistentes à terapêutica. Além disso, cada paciente é único e possui sua cultura e seus hábitos, que influenciam no atendimento pelo profissional da saúde e na continuidade do cuidado^{1, 3, 6, 7}.

Sendo assim, um paradoxal exemplo da manutenção de iniquidades em saúde, é o ensino oferecido, tradicionalmente, pelos cursos de graduação em saúde do país, que contribui para a manutenção de um sistema desigual por se partir do princípio de que a abordagem deve ser sempre semelhante com todos. Entretanto esta teoria se aplica de uma forma completamente diferente dentro da realidade em saúde do país, visto que focar somente em aspectos físicos da doença,

padronizar o doente e, ignorar aspectos socioeconômicos e culturais que os pacientes trarão consigo para os atendimentos, só trará prejuízos ao indivíduo. A negação de necessidades de adequações na relação e na comunicação profissional da saúde-paciente distancia o doente do atendimento, levando a índices de diagnóstico e tratamento tardios de doenças, má adesão ao tratamento, busca por meios inadequados e/ou ilegais para resolução de demandas em saúde, manutenção das taxas de mortalidade por causas evitáveis, dentre outras^{8, 9}.

Devido a esse cenário, juntando todas as peculiaridades da população e a formação necessária para o profissional da saúde conseguir prestar bom atendimento, este estudo tem por objetivo avaliar a percepção de acadêmicos de cursos da saúde sobre a manutenção de práticas que acentuam iniquidades em saúde durante a comunicação com o paciente.

MÉTODOS

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro, parecer número 5.358.167 e teve sua coleta de dados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Para a coleta de dados, a amostra foi constituída por conveniência por acadêmicos de cursos de graduação em áreas de saúde interessados em participar de um ciclo de palestras sobre “Adequação da Comunicação Médico-paciente” que, voluntariamente, responderam ao questionário enviado no ano de 2022, virtualmente, através da Plataforma Google Forms.

A amostra foi composta por 189 participantes de universidades privadas, com idade ≥ 18 anos provindas de acadêmicos dos cursos de medicina, de fisioterapia, de biomedicina, de enfermagem, psicologia e odontologia. Como critério de inclusão, os participantes precisavam ser maiores de 18 anos de idade, pertencentes à área de ciências da saúde, e concordantes em participar do estudo após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os questionários de participantes que possuam idade inferior a 18 anos, os que continham respostas duplicadas ou incompletas, ou que apesar de respondidos, os participantes não haviam concordado em participar do estudo pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário foi iniciado com perguntas sociodemográficas a fim de caracterizar a população estudada. As variáveis analisadas foram gênero, idade, curso de graduação, regiões de habitação. Escolheu-se levantar os dados sobre a opinião dos participantes a respeito de práticas na comunicação em saúde no contexto de atendimento a pacientes, que contribuem para a manutenção de iniquidades em saúde por meio de um questionário não validado, estruturado em 5 cenários de atendimentos com populações vulneráveis (PVHIV/Aids, LGBTQIAP+, pessoa em situação de rua, populações negra e idosa); das quais o participante deveria avaliar em uma escala de 0-10 (sendo 0 para aqueles que não se sentiam preparados, e 10 para aqueles que se sentiam completamente preparados) o quanto se sentia seguro e com conhecimentos necessários para realizar o atendimento.

A análise estatística foi realizada no software SPSS 26 e todos os testes utilizaram nível de significância estatística de 5%. Os testes estatísticos foram escolhidos em concordância com o tipo de variável envolvida (qualitativa ou quantitativa) e da aderência a normal das variáveis quantitativas, sendo realizada análise descritiva, seguida de análise univariada. A análise exploratória dos dados foi feita pela determinação da frequência de respondentes e intervalos de confiança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidas 189 respostas para o questionário. A amostra

constitui de 82,9% (n=155) do sexo feminino e 17,1% (n= 34) do sexo masculino. A mediana das idades foi de 23 anos, sendo a menor idade 21 anos e a maior idade 52 anos. Dentre os participantes os cursos mencionados foram: Medicina (n=154), Fisioterapia (n=13), Biomedicina (n= 09), Enfermagem (n=06), Odontologia (n= 04) e Psicologia (n=03).

Do total de participantes, 180 (95,5%) deles conferem nível máximo de importância para a capacidade de adequação da comunicação profissional da saúde-paciente durante os atendimentos em saúde. É importante mencionar que estudos apontam que uma efetiva comunicação interpessoal é essencial para a saúde física e psicológica de qualquer pessoa. Neste contexto, para o paciente, a comunicação interpessoal envolve desde atitudes e informações sobre sintomas e prognósticos, até a prescrição do tratamento e dos cuidados preventivos.^(10, 11)

Além disso, 83,9% dos entrevistados consideram completamente necessário que a comunicação seja adequada no atendimento na área da saúde a populações de cenários específicos, como por exemplo: LGBTQIAP+, PVHIV/Aids, pessoas em situação de rua, população negra e população idosa. Porém, para que este objetivo fosse alcançado, é necessário um aumento do conhecimento por parte dos profissionais acerca das disparidades dos pacientes de minorias sociais, sendo necessário aderir ao uso de uma linguagem inclusiva, sem que fossem feitas suposições sobre gênero, sexo, idade, possível comorbidade e local de moradia por parte dos prestadores de saúde, a fim de que se evitem situações desconfortáveis na construção de uma boa relação^{12, 13}.

Dentre os participantes, 91,4% concordam totalmente com a frase: “o acesso universalizado à saúde é um direito de todos”. A equidade no atendimento público de saúde garante que os mais vulneráveis recebam cuidados diferenciados, para que dessa forma, se igualem aos outros. Com isso é necessário que o profissional de saúde adapte sua forma de atendimento e comunicação para acolher e promover a continuidade do cuidado em saúde da população de determinado cenário específico³.

Uma das principais atribuições necessárias aos profissionais em saúde é a capacidade de traduzir o discurso verbal e não verbal do paciente, os sinais e os sintomas para chegar ao diagnóstico da doença e oferecer tratamento. Nesse sentido, no contexto de formação médica, um dos tópicos das Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Medicina diz respeito à comunicação a fim de gerar compreensão, autonomia e segurança para o indivíduo que está sob cuidado^{2, 4}.

Expandindo para além do contexto médico, a comunicação em todas as áreas da saúde se faz essencial. Pelo dualismo cartesiano, corpo e a alma são considerados duas substâncias diferentes e independentes; esta ideia gerou fortes influências no pensamento médico-científico Ocidental para que se dividisse o corpo em dois polos: o fisiológico e o psicológico, dos quais, cada um é destinado a diferentes especialidades. A área da fisioterapia por unidade curricular é destinada ao tratamento de queixas físicas do paciente, no entanto, é preciso que se aborde também sobre as expectativas de remissão daquela pessoa, já que há uma limitação de cuidado a depender das diferentes patologias. A habilidade da comunicação neste cenário se faz essencial para que se tenham abordagens específicas cognitivo-afetivas pessoais das sugestões culturais. As perspectivas do paciente são centradas em expectativas e medos baseados em aspectos culturais¹⁶.

Se considerarmos que toda cultura consiste nos significados que os indivíduos atribuem à existência e à realidade, é importante reconhecer que esses significados se estendem também à vida psíquica. Dentro desse contexto cultural, as maneiras de compreender os fenômenos psíquicos podem variar, sendo específicas de cada cultura e podendo ser semelhantes ou diferentes em relação a outras culturas. Nesse sentido, é fundamental reconhecer que o campo dos conhecimentos e

práticas psicológicas não se restringe apenas aos significados que a ciência psicológica atribui aos fenômenos psíquicos, mas também abarca os significados que as diferentes culturas atribuem a esses fenômenos. Assim, é crucial destacar a importância da comunicação entre o psicólogo e o paciente dentro desse contexto cultural, pois essa interação possibilita uma compreensão mais profunda e contextualizada dos problemas e questões psicológicas enfrentadas pelo paciente^{17,18}.

No que diz respeito a ampla área da biomedicina, a comunicação com o paciente se faz essencial para que haja uma compreensão do processo da doença, e sua evolução. Há um campo da biomedicina denominado Medicina Alternativa e Complementar que tem como enfoque a promoção a saúde. Estas medidas podem ser importantes instrumentos para que se atinja de fato a ausência da doença. Saber comunicar com diferentes populações é de extrema relevância para adaptação das práticas integrativas em diferentes cenários¹⁹.

A equipe de enfermagem possui um contato direto e constante com os pacientes principalmente em momentos de interação. Ao compreendermos que o poder permeia as interações sociais, é importante reconhecer que o ambiente hospitalar, dedicado ao cuidado, muitas vezes se converte em um cenário onde o exercício do poder se faz presente. Isso ocorre devido à imposição de procedimentos e tecnologias médicas desconhecidas para o paciente. O enfermo muitas vezes aceita essas imposições na crença de que são necessárias para sua recuperação, mesmo que possam causar desconforto, violar sua integridade física ou ir contra sua vontade. Nesse contexto, a comunicação eficaz entre a equipe de enfermagem e o paciente desempenha um papel fundamental, pois permite que o paciente compreenda os procedimentos e tecnologias utilizados em seu tratamento, promovendo uma relação de confiança e respeito mútuo. Além disso, a falta de uma comunicação adequada pode contribuir para a perpetuação de iniquidades, pois pacientes que têm dificuldade de compreender informações ou expressar suas necessidades podem receber um cuidado inadequado, exacerbando assim as disparidades de saúde²⁰.

A comunicação eficaz entre a odontologia e o paciente desempenha um papel crucial na manutenção das iniquidades de saúde bucal. Quando há falhas na comunicação, como linguagem técnica incompreensível para o paciente ou falta de empatia na escuta de suas preocupações, isso pode levar a disparidades no acesso ao tratamento e na qualidade do cuidado odontológico. Uma comunicação adequada pode ajudar a superar essas barreiras, garantindo que todos os pacientes compreendam suas opções de tratamento, sintam-se capacitados a tomar decisões informadas sobre sua saúde bucal e sejam tratados com dignidade e respeito durante todo o processo. Quando a comunicação é deficiente, as iniquidades existentes podem ser exacerbadas, perpetuando assim disparidades de saúde bucal entre diferentes grupos populacionais²¹.

Dado que o público participante da pesquisa é estudante de algum curso de ciências da saúde, apenas 35,7% dos futuros profissionais de saúde acreditam que são preparados ao longo da graduação para prestar atendimento adequado a indivíduos historicamente vulneráveis e sujeitos a variados determinantes em saúde. Quanto ao nível de conhecimento para realização de atendimento de populações específicas, 43,9% declararam ter bom conhecimento sobre o tema, 38,4% declararam ter conhecimento regular sobre o assunto, e 5,6% ruim.

Para que profissionais de saúde mais qualificados na comunicação com o paciente sejam formados, é necessário que exista um fortalecimento do corpo docente, que possui um papel essencial na formação dos acadêmicos. Os professores exercem um importante papel como agentes essenciais na formação de qualidade dos alunos. A falta de uma formação pedagógica principalmente aos professores universitários torna-se um entrave para que o profissional assuma a prática do mais puro significado de docên-

cia segundo Tardif: “[...] sujeito que possui conhecimentos em um saber-fazer provenientes de sua própria atividade e a partir dos quais ele estrutura e a orienta”. A profissionalização do docente vai além dos saberes teóricos, já que deve envolver também questões maiores sobre atitudes e valores. A carência total ou parcial de formação pedagógica é um importante fator associado a insegurança de aprendizagem do estudante^{14, 15}.

Quando questionados sobre o conhecimento teórico-prático necessário para estabelecer uma boa comunicação profissional da saúde-paciente de cenários específicos, obteve-se que 61,3% não possuem conhecimento para realização de atendimento adequado a um paciente pertencente a população LGB-TQIAP+ e que 38,7% possuem tal conhecimento; 61,3% não possuem conhecimento para realização de atendimento adequado a um paciente que possui diagnóstico de HIV/Aids e que 29,9% possuem tal conhecimento; 70,1% não possuem conhecimento para realização de atendimento adequado a um paciente que vive em situação de rua e que 30,5% possuem tal conhecimento; 53,2% não possuem conhecimento para realização de atendimento adequado a um paciente pertencente a população negra e que 46,8% dos entrevistados possuem tal conhecimento; 58,5% dos participantes não possuem conhecimento para realização de atendimento adequado a um paciente pertencente a população idosa e que 41,5% possuem tal conhecimento.

A importância de uma comunicação efetiva entre o profissional da saúde e o paciente é norteada por alguns aspectos como: a comunicação se estabelece, desde o início, entre o profissional e o paciente; a adesão ao tratamento depende muito do vínculo estabelecido; o paciente deve ser elevado à posição de comunicante, não permanecendo como mero espectador. Assim, transmitir informações é essencial na nesta relação com o paciente, pois a boa comunicação reduz as queixas por práticas inadequadas e preocupações, melhorando a adesão aos tratamentos e a recuperação da saúde tanto física quanto mental¹².

CONCLUSÃO

Sobre a comunicação profissional da saúde-paciente, 83,9% dos entrevistados consideram que esta é uma habilidade completamente necessária. Apenas 35,7% dos futuros profissionais acreditam que são preparados ao longo da graduação para prestar atendimento adequado a indivíduos historicamente vulneráveis e sujeitos a variados determinantes em saúde. Diante das análises, é urgente que os futuros profissionais de saúde devam compreender que grupos vulneráveis necessitam de medidas que atendam suas particularidades e peculiaridades advindas, principalmente, em decorrência de desigualdades sistêmicas. Assim, considerando que a habilidade de comunicação é uma ferramenta necessária e indispensável há que se considerar o aprimoramento desta prática, visando a melhoria na qualidade do atendimento ao paciente e na prestação dos serviços de saúde. Este estudo contribui para a realização de pesquisas futuras e para a implantação de melhorias nos espaços acadêmicos de ensino na área da saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- Barreto, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 7 [Acessado 15 Outubro 2022], pp. 2097-2108. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.
- Ando NM, Amaral Filho RCG. Medicina de família e comunidade em cenários específicos. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/CES de 20/06/2014. *Diário Oficial da União* 2014 p. 8-11.
- Sucupira, Ana Cecília. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007; v. 11, n. 23 pp. 624-627. doi: 10.1590/S1414-32832007000300016.
- Campos CFC, Fíguro R. A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2021; 16(43):2352.
- Caprara, Andrea e Rodrigues, Josiane A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2004, v. 9, n. 1, pp. 139-146. doi: 10.1590/S1413-81232004000100014.
- Barreto, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017, v. 22, n. 7. pp. 2097-2108. doi: 10.1590/1413-81232017227.02742017.
- Ceron, Mariane. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. 2012. Disponível em: <http://www.una-sus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2022.
- Fernandes, João Claudio Lara. A quem interessa a relação médico paciente?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1993, v. 9, n. 1. pp. 21-27. doi: 10.1590/S0102-311X1993000100003.
- Oliveira, Viviane Ziebell de, e William B. Gomes. “Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas”. *Estudos de Psicologia (Natal)*, vol. 9, dezembro de 2004, p. 459-69. SciELO, <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300008>.
- Perez, Milena Regina Dos Santos, et al. “Percepção de pacientes sobre a comunicação de médicos clínicos e cirurgiões em hospital universitário”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 45, no 2, 2021, p. e064. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200492>.
- Rossi AL, Lopez EJ. Contextualizing Competence: Language and LGBT-Based Competency in Health Care. *J Homosex*. 2017; cap. 64(10) pág. 1330-1349. doi: 10.1080/00918369.2017.1321361.
- Moraes FCG, Ramos P, Giannella TR. Teachers’ Knowledge and Health Education: a literature review. *Cad. Saúde Colet.*, 2020;28(3):455-463. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030124>
- Tardif M. Saberes docentes e formação profissional. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
- Canto CREM, Simão LM. Relação Fisioterapeuta-Paciente e a Integração Corpo-mente: um Estudo de Caso. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2009, 29 (2), 306-317
- Massimi M. Psicologia e cultura na perspectiva histórica. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2009, 29 (2), 306-317
- Ratzinger J. (2007). Fé, verdade, tolerância. (S. H. Ferreira Trad.). São Paulo: Instituto Brasileiro de Filosofia e Ciência R. Lúlio. (Originalmente publicado em 2005).
- Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1732-1742, ago, 2009.
- Baptista MKS, et.al. O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa. *Rev. Bioét.* vol.26 no.4 Brasília Out/Dez. 2018
- Lamy RLRV, et.al. Social Inequities and Oral Health: Integrative Review. *Rev. Aten. Saúde*, São Caetano do Sul, v. 18, n. 63, p. 82-98, jan./mar., 2020