

OS AVANÇOS E OS DESAFIOS NA CONQUISTA E NA CONSTRUÇÃO DE UMA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR, INCLUSIVA E PLURAL NA ATENÇÃO À SAÚDE

ADVANCES AND CHALLENGES IN CONQUERING AND BUILDING A MULTIDISCIPLINARY, INCLUSIVE AND PLURAL HEALTH IN HEALTH CARE

FABIANO PINHEIRO RIBEIRO JÚNIOR¹, PEDRO HENRIQUE SULZ MARX², BRUNA RODRIGUES LEÃO³, JAQUELINE PIANCA ZUCOLOTO³, RAISSA LOPES DE OLIVEIRA⁴, BERNARDO CARNEIRO DE SOUSA GUIMARÃES^{5*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas); 2. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN); 3. Acadêmico(a) do curso de graduação do curso de Medicina do Centro Universitário UNIFAMINAS-Muriaé; 4. Acadêmico(a) do curso de graduação do curso de Medicina da Faculdade de Minas (FAMINAS-BH); 5. Médico, formado na Faculdade de Minas (FAMINAS-BH).

*Faculdade de Minas (Faminas-BH) - Avenida Cristiano Machado, 12001, Vila Clóris, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 31744-007. drbernardocsg@gmail.com

Recebido em 23/11/2020. Aceito para publicação em 25/01/2021

RESUMO

Os desafios no que tange à conquista de uma saúde inclusiva, plural e multidisciplinar são diversos, principalmente devido à desigualdade social, a marginalização, a discriminação e o preconceito que possui efeitos diretos no acesso à saúde, e as experiências dos pacientes frente à discriminação seriam outros meios pelos quais o preconceito exerceria impacto nas desigualdades e portanto, dificultaria a inclusão dos indivíduos no acesso à saúde. Diversos avanços foram efetivados para tornar a saúde mais plural e inclusiva, tais como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS que contribuiu para indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de saúde, promovendo a inclusão de usuários e de trabalhadores na gestão dos serviços de saúde, e propondo ações para disparar processos no plano das políticas públicas para transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde. Os desafios que tangem à inclusão, a multidisciplinaridade e a pluralidade no acesso à saúde consistem em capacitar os profissionais da saúde para se adequarem ao atendimento diante das diversidades sociais e culturais e no treinamento das equipes de saúde a trabalharem de modo conectado, tornando a atenção à saúde multidisciplinar, integral com equidade e pluralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde integral; Atenção à saúde; Profissionais da saúde; Multidisciplinar; Conquistas na saúde.

ABSTRACT

The challenges in terms of achieving inclusive, plural and multidisciplinary health are diverse, mainly due to social inequality, marginalization, discrimination and prejudice. These Challenges has direct effects on access to health, and patients' experiences in the face of discrimination would be other means by which prejudice would have an impact on inequalities and, therefore, would hinder the inclusion of individuals in access to health. Several advances have been made to make health plural and inclusive, such as the National Policy for the Humanization of Care and

Management of SUS. These contributed to the inseparability between care and the management of health processes, promoting the inclusion of users and workers in the management of health services, and proposing actions to trigger processes at the level of public policies to transform the models of care and health management. The challenges related to inclusion, multidisciplinary and plurality in access to health consist in training health professionals to adapt to care in the face of social and cultural diversities and in training health teams to work in a connected way, making attention to multidisciplinary, integral health with equity and plurality.

KEYWORDS: Comprehensive Health Care; Health Services Accessibility; Health Care (Public Health); Health Personnel; Interdisciplinary; Health Gains.

1. INTRODUÇÃO

A demanda do SUS (Sistema Único de Saúde) aumentou consideravelmente nos últimos anos, projeções do IBGE demonstram que a população com 65 anos ou mais vai de 19,6 milhões (10% do total), em 2010, para 66,5 milhões de pessoas em 2050 (29,3% do total da população)¹. Em 2019, 401 milhões de reais foram repassados aos municípios brasileiros para a informatização das unidades de saúde da família e melhora do atendimento à população, com o objetivo de incluir mais 50 milhões de brasileiros no SUS com acompanhamento regular². Em torno de 5,3 mil equipes de Saúde da Família e 1,8 mil equipes de Saúde Bucal trabalham em 220 municípios garantindo o atendimento de 18,4 milhões de pessoas². O programa Previner Brasil, em 2019, incluiu 50 milhões de brasileiros que não eram acompanhados e que começaram a ser acompanhados pelos serviços de saúde da Atenção Primária. Diante desse cenário, a prática das equipes multidisciplinares dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que promovem inclusão dos

pacientes e pluralidade no atendimento, é importante para tornar a saúde mais acessível e especializada para os indivíduos, atuando na promoção e na prevenção de doenças, visto que diversos avanços já têm sido implementados nos diversos níveis de atenção, mas ainda há desafios nessa área da saúde.

Estudo de Franco *et al.* (1999)³, reafirma em sua pesquisa que todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, devem ter a garantia da universalidade no acesso, reorganização do processo de trabalho e deslocamento do eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir a escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade. Os autores destacam que o acolhimento deve alcançar a dimensão da gestão do processo de trabalho, com princípios democráticos e interação entre as equipes³. No entanto, diversos são os desafios para construção de uma saúde multidisciplinar, inclusiva e plural, no Brasil, visto que segundo resultados da Pesquisa Mundial da Saúde o baixo poder aquisitivo e a classe social foram as razões mais comuns para a discriminação nos cuidados de saúde⁴. Esses dados sugerem que, no Brasil, a dificuldade do acesso à atenção à saúde está relacionada com a renda, a classe social e os demais marcadores sociais de desigualdade.

No Brasil, observou-se o aumento do número de estudos sobre estigma e discriminação nos serviços de saúde, sobre a discriminação racial e a intercessão entre racismo e pobreza no país, destacam-se trabalhos⁵ que demonstram experiências de discriminação em serviços de saúde em seus diferentes aspectos. Além disso, o serviço privado de saúde, composto pelos setores privado e seguros privados, geram na sociedade uma segmentação, uma vez que são prestados diante de pagamentos, reproduzindo a desigualdade no interior do sistema de saúde e, assim, alterando o objetivo de equidade proposto pelo SUS. A ocupação do alto nível de posição socioeconômica está diretamente associada a melhores níveis de saúde, já que estas pessoas, na maioria das vezes, não apresentam limitações no acesso a recursos determinantes na promoção da saúde e na prevenção de riscos à saúde. Portanto, por tais motivos é importante que se reflita sobre os desafios para conquista de uma atenção à saúde em seus diversos níveis de forma multidisciplinar, inclusiva e plural.

Diversas foram as iniciativas públicas e privadas que obtiveram avanços na garantia do acesso a uma saúde multidisciplinar, plural e inclusiva nos mais variados níveis de atenção à saúde. Reformas no SUS e direcionamentos políticos para inclusão foram efetivados ao longo dos anos, além de uma discussão sobre os diversos impactos da saúde no Brasil e no mundo. A gestão pública para melhorar os atendimentos no SUS proposta em diversos estudos foi o New Public Management⁶, modelo que estimula que os gestores busquem a utilização de indicadores quantitativos de mensuração no desempenho, no controle de resultados, na distribuição de recursos, na descentralização burocrática, no corte de custos diretos, além de outros determinantes de gestão pública⁶. A

utilização destes indicadores associada ao trabalho multidisciplinar, sem hierarquia na tomada de decisões frente ao paciente acolhido nos serviços, fortaleceria a abordagem matricial das condições de saúde e a coordenação das ações de promoção e de prevenção de saúde⁷. O trabalho multidisciplinar tem sido considerado, por diversos estudos, a maneira mais eficaz para atender qualquer demanda, para as diversidades e pluralidades existentes nos atendimentos nos sistemas de saúde. O conhecimento de práticas de áreas distintas que compõem uma única equipe de saúde é vital para o cuidado ao paciente^{6,7}, as equipes multidisciplinares precisam desempenhar com eficácia o que é preconizado nas políticas públicas de saúde, que visem o acolhimento seguro e humanizado de cada paciente.

As pesquisas sobre o impacto da desigualdade social sobre os desfechos clínicos de um paciente e sua influência sobre a capacidade de enfrentamento em situações de enfermidade, de perdas existenciais ou sobre a qualidade de vida, demonstraram como que o preconceito interfere no acolhimento na rede de apoio social aos sujeitos ou em suas potencialidades como espaço de articulação de estratégias de prevenção de doenças ou de promoção da saúde. Diversos estudos demonstraram a escassez de pesquisas sobre o modo como a questão da diversidade tem sido percebida e abordada pelos profissionais de saúde, sobretudo no âmbito dos serviços de atenção básica, o que dificulta uma saúde integral, plural e inclusiva nos diversos níveis de atenção à saúde. A discriminação e marginalização de indivíduos com opções sexuais ou de gênero diversos dentro e fora do sistema de saúde têm sido associadas a problemas de saúde mental, física, social e espiritual⁸. Diversos estudos demonstram que o fator cultural contribui para a perpetuação dessa discriminação e marginalização de minorias sociais⁹. De acordo com os padrões da prática, os profissionais da saúde pública encaram a responsabilidade de lidar com essas desigualdades de saúde e de suas causas raízes¹⁰. Um dos desafios enfrentados para promover uma saúde mais inclusiva e plural é o preparo dos profissionais da área de saúde para manejar e acolher indivíduos de diversas opções sexuais e de gênero, e outras diversidades sociais, tornando a relação menos distante e menos dificultada, fazendo-se o acesso aos serviços de saúde cada vez mais inclusivo e plural.

O pressuposto de que os indivíduos possuem os mesmos direitos de serem atendidos nos serviços de saúde de maneira integral, sendo dever do Estado, por meio de instauração de políticas públicas, garantir a efetivação do princípio da equidade. Para maior inclusão da diversidade cultural, faz-se necessário que as políticas públicas promovam ações direcionadas aos profissionais da saúde a fim de promover capacitação específica, cursos, palestras, alterações curriculares no âmbito das graduações em saúde, mudanças nos protocolos e procedimentos dos serviços, além de uma adequação cultural e pessoal. Atrelado a isso, uma

equipe de saúde que ofereça aos pacientes cuidado multidisciplinar associado a todas as necessidades físicas, mentais e pessoais de cada indivíduo que busca o cuidado de sua saúde.

O presente artigo tem como objetivo refletir sobre as diferentes perspectivas sobre os avanços e sobre as limitações em se conquistar e construir uma saúde multidisciplinar, inclusiva e plural para os mais diversos grupos sociais existentes e propor melhorias no atendimento integral para todos os indivíduos com universalidade, equidade e integralidade a todos aqueles que necessitam de cuidados nos diversos níveis de atenção à saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em um artigo de revisão sistemática de literatura com metanálise, realizado de forma descritiva. Para realização desse artigo foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Cochrane e Uptodate, na qual foram utilizadas diversas combinações de termos relacionados ao tema, incluindo derivações que foram conectados pelo descritor booleano AND, utilizando os seguintes descritores pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): Comprehensive Health Care; Health Services Accessibility; Health Care (Public Health); Health Personnel; Interdisciplinary; Health Gains. Considerando os critérios de inclusão da pesquisa, foram analisados 67 artigos, sendo estes limitados a publicação entre os anos de 1978 a 2020, publicados originalmente na língua inglesa e portuguesa, o filtro humano foi utilizado a fim de limitar a pesquisa, os artigos inclusos poderiam ser ensaios clínicos, estudos de coorte, coortes históricas e estudos de caso controle. Esses artigos foram selecionados por analisarem sobre as diferentes perspectivas sobre os avanços e sobre as limitações para se conquistar uma saúde multidisciplinar, inclusiva e plural nos diferentes níveis de atenção à saúde. Para a análise e seleção dos artigos a serem incluídos na revisão, os títulos dos artigos foram inicialmente avaliados com base na estratégia de busca de bases de dados eletrônicos, com uma avaliação subsequente dos resumos de estudos que contemplaram o assunto. Os artigos considerados pertinentes foram lidos na íntegra, a fim de excluir os artigos fora do tópico ou com algum design fora dos critérios estabelecidos de inclusão. Após a escolha dos artigos, as seguintes informações foram extraídas de cada artigo: autor, ano de publicação, número de pacientes submetidos à pesquisa, tempo de seguimento, metodologia aplicada e resultados. Os resultados dos estudos foram analisados de forma descritiva. Como critérios de exclusão, os artigos que abordavam sobre estudos experimentais e em teste *in vitro* foram excluídos, artigos como Narrativa, Editorial, Carta ao Editor, Comunicação preliminar ou relato de caso foram excluídos, artigos fora do período de publicação estabelecido e publicações na língua que não inglesa e portuguesa também não foram selecionados. Como esse estudo foi uma revisão sistemática, ele não requer

a aprovação da Pesquisa na Instituição do Comitê de Ética.

3. DESENVOLVIMENTO

A Conferência Internacional sobre os cuidados primários à saúde, em 1978, evidenciou a Declaração de Alma-Ata que considerou a saúde como um direito humano universal¹¹. Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas declarou a importância dos cuidados à saúde diante da diversidade cultural existente em âmbito internacional. Em 1970, no Brasil, a Reforma Sanitária buscou garantir a saúde como direito individual, com equidade, acesso universal, pluralidade e multidisciplinaridade no acesso ao sistema público de saúde^{12,13}. Em 1990, a tendência nacional para combater as desigualdades sociais e ampliar o acesso aos serviços de saúde às diversas populações brasileiras começou a ser efetivado, sendo a atenção primária à saúde a porta de entrada ao sistema sanitário. Ao ampliar e reordenar as ações da rede primária, em 1994, o Ministério de Saúde implantou o Programa de Saúde da Família, para superar o modelo centrado na doença e tendo como objetivo as demandas individuais e coletivas para o cuidado integral e continuado¹⁴.

Em 2003, a XII Conferência Nacional de Saúde, enfoca sobre a universalidade do acesso ao SUS, da valorização dos usuários e dos trabalhadores na participação e na gestão do sistema¹⁵. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Humaniza SUS^{16,17}, afirma a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, assegura a inclusão de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde, e impulsiona ações para disparar processos no plano das políticas públicas para transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde. Neste novo cenário, o acolhimento de acordo com o Ministério da Saúde¹⁸ se configura como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização da Atenção e na gestão do sistema para operacionalização do SUS, que propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões coletivas. Diante desse cenário, observa-se diversos os avanços no que tange às conquistas de uma saúde multidisciplinar, plural e inclusiva na atenção à saúde.

De acordo com estudos de Griffith¹⁹, o preconceito sofrido por membros de minorias pode ter grande impacto sobre o indivíduo ou grupo, gerando estresse e enfermidades relacionadas, de modo que vivenciar situações de discriminação pode ser, um elemento desencadeador de doenças. Diversas situações podem gerar emoções, que vão do medo e desconfiança à raiva e frustração, comprometendo, portanto, não somente a qualidade e a credibilidade dos serviços prestados, mas a própria saúde do indivíduo²⁰. Um estudo realizado no

Brasil de Wood & Carvalho (1994), os autores analisam dados sobre mortalidade no período de 1950 a 1980, demonstrando a persistência de desigualdades raciais nas estatísticas de mortalidade²¹. Ainda durante os anos 80, a mortalidade infantil por mil nascidos vivos era de 77 para brancos e 105 para o conjunto de não-brancos²².

A queda acelerada da mortalidade verificada no Brasil, principalmente a partir da década de 1970, ocorre devido às mudanças sociais e políticas do acesso à saúde, no entanto, o desenvolvimento desigual segundo a região do país e, também a marginalização e discriminação étnico-racial na determinação das diferenças observadas entre brancos e não-brancos, como nível educacional, por exemplo, demonstra a existência de forte desigualdade, revelando que a raça está associada à mortalidade infanto-juvenil, mesmo após removerem-se os efeitos dos determinantes socioeconômicos tais como renda e nível educacional^{21,22}. Segundo o censo de 1980, 78% das famílias brancas vivendo nas áreas metropolitanas possuíam água encanada, contra 53% entre as famílias não-brancas, o que revela a existência de importante segregação residencial^{21,22}, que contribui para o não acesso aos serviços de saúde e existência de doenças provenientes das condições de vida por esses grupos populacionais. A título de exemplificação, um estudo demonstrou que uma criança indígena no Panamá, por exemplo, tem probabilidade 3,5 vezes maior de morrer antes do primeiro ano de vida do que uma criança não-indígena²³, entre os yanomamis, na região de fronteira entre o Brasil e a Venezuela, a esperança de vida ao nascer é de 38,5 anos para os homens e 40,5 anos para as mulheres²⁴, muito abaixo, portanto, das médias verificadas em ambos os países, esses dados demonstram portanto a falta de inclusão desses grupos do acesso à saúde integralmente e com equidade. As minorias, no Brasil, vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação que, em última instância, as colocam em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos relacionados à saúde. Os coeficientes de morbimortalidade mais altos do que os registrados em nível nacional, como fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência social são apenas alguns dos múltiplos reflexos sobre a saúde decorrentes da persistência de desigualdades e a falta de acesso à saúde por esses grupos populacionais.

No perfil de mortalidade entre pretos predomina as doenças associadas à pobreza em períodos precoces da vida do que a doença isquêmica do coração^{25,26}, esta por sua vez, representa a primeira causa de óbito entre brancos. A mortalidade por doença hipertensiva e por diabetes mellitus é muito mais expressiva entre as mulheres pretas, a mortalidade por neoplasia maligna de mama entre brancas é 28 por 100 mil e pretas 22 por 100 mil, e maior do que em mulheres pardas 14 por 100 mil. As características genéticas e diversidade cultural têm contribuído para explicar os fortes contrastes da morbi-mortalidade de acordo com o

recorte étnico-racial²⁷. Estudos demonstraram que há evidências de que diferenças sócio-econômicas, que se acumulam em sucessivas gerações, constituem uma explicação fundamental para as desigualdades étnico-raciais em saúde no Brasil e em outros países^{28,29}. Segundo o estudo de Krieger^{28,29}, a origem de grande parte das desigualdades étnico e raciais encontra-se a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde. De acordo esse fato, a desvantagem econômica e social seria um dos mecanismos através do qual a discriminação contribui para as desigualdades raciais na saúde. A maior exposição a substâncias tóxicas em ambientes menos saudáveis, a assistência à saúde inadequada ou degradante e as experiências diretas de atos ou atitudes de discriminação seriam outros meios pelos quais a discriminação racial exerceria seu impacto nessas desigualdades e portanto, dificulta o acesso desses indivíduos ao acesso à saúde.

Dentre os desafios encontrados para eficácia de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar nos diferentes níveis de atenção à saúde consiste, principalmente na necessidade de romper com a prática fragmentada, em que cada profissional realiza parte do trabalho sem integração com as demais áreas envolvidas, devido a formação disciplinar e a valorização das especializações, além de como o trabalho na área da saúde tem se estruturado. Diante disso, os desafios da integração das diversas áreas da saúde pública é buscar um trabalho mais integrador, visando a abrangência do cuidado em saúde, principalmente para atender ao que preconiza o SUS, ao apontar a integralidade como um dos pilares de sustentação da atenção. O trabalho em equipe multidisciplinar surge como uma estratégia para redefinir o trabalho e promover a qualidade dos serviços³⁰.

A estratégia que tem como objetivo a qualificação da atenção e da gestão, a atenção integral, equânime e com responsabilização e vínculo, a valorização dos trabalhadores e o avanço da democratização da gestão e do controle social efetivamente participativo consiste na Política Nacional de Humanização, que possui um dos princípios norteadores o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade³¹. A Política Nacional de Humanização propõe modelos para que o trabalho em saúde seja cumprido com valorização dos profissionais, com estímulo ao diálogo e com a participação ativa de todos os membros nos processos de cuidado e de gestão, de modo a romper, pelo menos em parte, com a fragmentação existente ainda no Brasil, buscando-se a complementaridade. Nesse contexto, há diversos avanços no que tange a garantia de uma saúde multidisciplinar aos indivíduos, visto que na prática a atuação da proposta da Política Nacional de Humanização ainda precisa ser mais efetiva, uma vez que no processo de trabalho em saúde há profissionais que geralmente trabalham de forma fragmentada e desarticulada, pautados na especialização e com uma pequena articulação. Mesmo

com a Política Nacional de Humanização, ainda há conquistas a serem buscadas para uma prática efetivamente multiprofissional e interdisciplinar, em que o respeito às diferenças, às especificidades, a articulação dos saberes e a integralidade da assistência sejam as bases do atendimento.

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar eficaz necessita reconhecer o perfil profissional e as funções e as responsabilidades de cada um dos envolvidos, compartilhar informações, discutir os procedimentos e condutas, visando esclarecer os problemas no conjunto da estrutura e organização do trabalho. Os desafios para que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar se concretize, principalmente na área hospitalar, consiste no processo de formação dos profissionais da saúde, tanto no que se refere à formação regular, quanto de educação permanente, as ações nesta área envolvem a formação profissional, a qualificação técnicoprofissional e a educação permanente. Mesmo com as diretrizes curriculares voltadas ao SUS nas grades dos cursos das áreas da saúde, muitos cursos ainda estão em fase de reestruturação e não há uma perspectiva de formação mais articulada entre os cursos^{18,31}. Estudos demonstraram que as atividades práticas, mesmo ocupando os mesmos espaços nos diversos cursos da área da saúde, não são discutidas de forma conjunta entre os membros, o que dificulta um agir dos profissionais no sentido do trabalho coletivo, multiprofissional e interdisciplinar após formação. Além disso, pesquisas demonstraram que disciplinas que abordam com aspectos biológicos e de intervenção com o corpo são mais valorizadas que as que tratam de aspectos éticos, filosóficos das humanidades e da interação social, que dão sustentação à reflexão para uma formação profissional³².

A função das equipes de saúde é atuar na forma de atingir no cuidado integral tanto nos aspectos curativos, preventivos e de reabilitação quanto em relação à noção de ultrapassar a intervenção biomédica focada na realização de procedimentos e incluir o sujeito e seu contexto³³. De acordo com estudos de Peduzzi³⁴, o trabalho em equipe não tem sua origem apenas no caráter de racionalização dos recursos gastos na assistência médica, no sentido de garantir uma melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso à cobertura da população atendida, mas também responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindíveis para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde e doença. Dessa forma, o trabalho em equipe em saúde necessita de mudanças nos modelos de assistência à saúde frente a um contexto sociocultural e econômico complexo, dinâmico e diversificado. Nesse contexto, necessita-se tanto da aplicação de meios de redução de custos quanto de novas formas de se pensar e de fazer saúde. A equipe multiprofissional, além de atuar complementando e atuar com independência, necessita da articulação das ações e a interação dos agentes por

meio de uma prática comunicativa em que há elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas. Assim como, no que tange à autonomia técnica, a tomada de decisão se expressa de forma interdependente entre os profissionais³⁵. Os profissionais da saúde deveriam correlacionar os serviços de modo que as múltiplas práticas formassem um único serviço, com o objetivo comum de obter o cuidado em saúde.

4. DISCUSSÃO

O estudo de Lopes *et al.* (2007)³⁶ discutem sobre o trabalho coletivo em saúde a partir da categoria de saber-fazer-comum, que apresenta modelos explicativos acerca dos valores que produzam tal saber, que são ético-políticos e vão sendo construídos ao longo da vida. Estudos de Motta^{35,36} enfatiza que na saúde as equipes podem ser consideradas tanto como entidades autônomas e independentes quanto como parte de uma rede de relações complexas em constante alteração. Além disso, Motta explica que para desenvolver um espírito de equipe é importante manter grupo pequeno, incentivar reflexão estratégica em conjunto, compromissos de ação, discussão de casos com os colegas de trabalho e novos canais de comunicação, como desenvolver atividades coletivas regulares e incentivar a heterogeneidade de habilidades. A importância do trabalho em equipe para as instituições de saúde também é discutida por Baker *et al.* (2006)³⁷, que enfatiza o trabalho multidisciplinar como componente essencial para reduzir os erros médicos e melhorar a segurança do paciente. Estes autores afirmam que, para as equipes trabalharem eficazmente entre si, os seus membros devem possuir conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, tais como habilidade de monitorar o desempenho de cada um, o conhecimento de suas próprias responsabilidades e do companheiro de tarefa e uma disposição positiva para trabalhar em equipe.

Uma revisão sistemática de literatura de Bonet³⁸ demonstrou que a principal dificuldade apresentada nos trabalhos científicos revisados se encontra nas relações estabelecidas no cotidiano dos profissionais e indica a dificuldade de comunicação entre as diferentes áreas da saúde, principalmente na abordagem das disciplinas na área acadêmica. Diante desse entrave, demonstrou-se que há necessidade de abertura para o debate sobre a transdisciplinaridade, articulação de saberes e a divisão do trabalho na educação superior sobre os cuidados com a saúde dos indivíduos. Em estudos produzidos por McCallin^{39,40} destacam-se a necessidade do desenvolvimento de uma liderança colaborativa e a atenção para os componentes emocionais no trabalho em equipe interdisciplinar. No estudo de McCallin^{39,40} a autora afirma que as abordagens tradicionais de liderança não conseguem dar conta das exigências de cooperação, colaboração e responsabilidade coletiva, características da prática do trabalho em equipe e importantes para as organizações de saúde no contexto contemporâneo. Por isso discute sobre uma nova

filosofia de liderança baseada em relações simétricas em que os membros da equipe assumem o papel de liderança de acordo com o problema a ser resolvido. No entanto, reconhece que esse comportamento grupal não é automático e que pode ser dificultado em equipes de saúde com grande número de pessoas. No estudo, McCallin⁴¹ também aborda a importância de habilidades relacionais, tais como a capacidade de auto-conhecimento, a autogestão e as habilidades sociais, não só para eficácia da equipe com base na qualidade da assistência prestada aos usuários, mas também para a satisfação no trabalho e na boa relação com os diversos profissionais, o que enfatiza que existem exigências para além da perícia técnica, o que reforça mais uma vez a importância da interação social no trabalho para oferecer uma atenção à saúde de qualidade aos usuários.

O trabalho em equipe é concebido como interdisciplinar quando profissionais de diferentes disciplinas trabalham juntos compartilhando responsabilidades e conhecimentos na tomada de decisões para fenômenos complexos, cuja compreensão necessita de um olhar para as múltiplas dimensões que o compõe^{39,42}. Neste sentido, há a necessidade de que exista algo além de profissionais reunidos, tais como o reconhecimento das limitações da sua área de conhecimento, a familiarização dos profissionais com a área diferente da sua, a legibilidade, o compartilhamento dos discursos, a tomada de decisão horizontal e o compromisso com a mudança do modelo de atenção à saúde⁴³. Sendo assim, essa prática interdisciplinar se aproxima da equipe de interação proposta por Peduzzi^{35,43}.

As iniciativas do Ministério da Saúde e da Educação têm sido implementadas, no Brasil, como as residências multiprofissionais e o Programa de Educação Tutorial e o Prósaúde, visando articular o mundo do trabalho e o mundo da formação, bem como das profissões que compõe a área da saúde. Estas iniciativas, além de favorecerem a formação de um profissional de saúde mais voltado às necessidades da população, tem possibilitado um rearranjo institucional, um fazer mais articulado dos profissionais de saúde que estão nas instituições de saúde, quer em nível hospitalar ou na atenção primária, visando atender ao preconizado nas diretrizes curriculares, na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e em outras instâncias do SUS.

Diversos foram os avanços no que tange a uma atenção à saúde inclusiva e plural, visto que várias foram as medidas implementadas para que os indivíduos tenham acesso a equidade, a igualdade e a multidisciplinaridade no acesso à saúde. No entanto, ainda existem alguns estraves para efetivação da proposta do acesso à saúde, primeiro no que diz respeito à dificuldade de se implementar uma educação destinada a mudar o comportamento dos profissionais de saúde, de modo a conscientizar os profissionais sobre o manejo com a diversidade vivenciada nos diversos níveis de atenção ou o fornecimento de

treinamento e de educação projetada para equipar os médicos com habilidades no gerenciamento dos pacientes, durante o processo acadêmico de aprendizado e durante a prática no trabalho, melhorando assim os cuidados à saúde. A implementação dos Grupos de Medicina de Família é um avanço no que envolve formas de responsabilidades compartilhadas entre médicos e enfermeiros⁴⁴, que se baseia no gerenciamento de casos fornecido por enfermeiros para pessoas com necessidades complexas de atendimento, incluindo pessoas com multimorbidade⁴⁵.

O Guia da Health Association⁴⁶ é em um manual para profissionais de saúde pública sobre cuidados com pessoas com diversidade de gênero e diversidade cultural. As pessoas com diversidade sexual ou de gênero podem encontrar barreiras adicionais para a melhor assistência médica e saúde no local de trabalho quando vivem com deficiência, quando têm baixo nível socioeconômico, quando identifica-se como uma minoria étnica ou racial ou vivem em um isolamento regional⁴⁷. Com isso, observa-se uma baixa inclusão desses indivíduos no sistema de saúde, e para estabelecer espaços mais seguros, de acordo com estudo de Kellet e Fitton, os profissionais de saúde devem interagir com as pessoas de maneira holística e aprender o que suas identidades sociais e interseções significam para eles, além de focar a consulta em conhecimentos previamente adquiridos e experiências anteriores⁴⁸. Estudo de Foronda *et al.* (2016)⁴⁹, abordaram sobre o conceito de humildade cultural, que é considerada uma abordagem ao cuidado, definida por um processo de auto-reflexão e crítica ao longo da vida dos profissionais de saúde que abrange o reconhecimento de desequilíbrios de poder e o desenvolvimento de parcerias potencialmente benéficas⁴⁹, através deste conceito o profissional da saúde evita suposições e rotulagem inadequadas no cuidado ao paciente e permite a interseção e inclusão de identidades sociais nos diversos níveis de atenção à saúde⁵⁰.

Estudos demonstraram que profissionais que implementam o conceito de humildade cultural se tornam mais abertos à diversidade, autoconscientes e se envolvem em interações de apoio, de autorreflexão e de crítica sobre o processo saúde e doença dos indivíduos^{49,50}. No artigo de Tervalon e Murray Garcia (1998), os autores sugeriram que instituições acadêmicas devem adotar a humildade cultural no lugar de ensinamentos baseados somente em competência ao preparar estudantes de medicina e de outras áreas da saúde para fornecer cuidados culturalmente diversificados, os autores enfatizaram sobre a importância de se abordar sobre a diversidade cultural e o manejo com os diversos tipos de pacientes a serem atendidos ao longo da profissão dos atuantes na saúde. Diversos estudos identificaram estratégias educacionais para melhorar a autoconsciência e práticas culturalmente humildes pelos profissionais de saúde⁵¹, White *et al.* (2017)⁵¹ descobriram que uma sessão

educacional de 14 meses incorpora aspectos relevantes da humildade cultural nos indivíduos, informando sobre os aspectos culturais dos preconceitos e da importância de que um tratamento equitativo requer reflexão contínua e atenção a esses vieses. O estudo demonstrou que atividades e atribuições incluíam a criação de um genograma cultural, que é um modelo da história e contextos de um indivíduo para refletir sobre a natureza multidimensional da cultura e da identidade, leituras e vídeos, discussões em grupo e perguntas reflexivas⁵¹, contribuem para melhor reflexão dos profissionais de saúde que lidam com os mais diversos grupos populacionais.

O estudo de Kamau - Small *et al.* (2014)⁵², descobriram que a realização de uma sessão de 6 horas sobre humildade cultural e equidade de cuidado com a comunidade e estudantes de enfermagem e de medicina sobre saúde pública promovem mudanças de comportamento na prática clínica do atendimento. De acordo com estudos de Isaacson (2014)⁵²; Kamau *et al.* (2014)⁵³; White *et al.* (2017)^{51,53}, atividades de autorreflexão como esclarecimento de valores, ferramenta de ficção, discussões em grupo, interpretação de papéis sociais, simulação de atendimento a indivíduos pertencentes a grupos minoritários e discriminados, teatro, cinema e literatura foram identificados como estratégias essenciais para promover a humildade cultural nos estudantes da área da saúde^{52,53,54}. O treinamento de simulação deve ser oferecido em mais de uma ocasião e os alunos devem participar de uma variedade de simulações para garantir que toda a diversidade seja representada em sua aprendizagem, incluindo orientação sexual, identidade de gênero, raça, idade e religião, de acordo com estudos apontados por Foronda & MacWilliams, 2015⁵⁵. As simulações podem normalizar o processo de reflexão após as interações e pode aumentar a experiência e conforto com diversidade e interseccionalidade⁵⁵.

No estudo, MacDonnell e Grigorovich, 2012, recomendam em seu estudo que narrativas de indivíduos transgêneros devem ser compartilhadas com pessoas não-trans para aumentar a consciência dos profissionais de saúde sobre o mundo da diversidade e do respeito diante desses indivíduos. A abordagem para a educação da humildade cultural irá capacitar os profissionais da saúde a atuarem como defensores da saúde e dos direitos de seus colegas que se identificam como transgêneros, de acordo com o estudo de MacDonnell & Grigorovich, 2012⁵⁶, esta educação continuada tende a melhorar a capacidade dos profissionais da saúde a fornecer cuidados culturalmente humildes e irá reduzir experiências interpessoais de discriminação no trabalho⁵⁶. Além disso, o poder público pode através de medidas educacionais de saúde promover o ensinamento e a reflexão crítica a fim de promover a mudança organizacional em direção às necessidades de uma população diversificada, com menos preconceitos e menos entraves na inclusão social nos diversos

aspectos que tangem uma cultura social.

A necessidade de uma educação cultural baseada na humildade cultural em vários níveis no processo acadêmico é importante, mas também há uma demanda por ferramentas de medição sobre a implementação e efetivação dessa proposta na prática⁵⁷, para isso muitos pesquisadores têm usado as ferramentas disponíveis para medir as atitudes dos profissionais da saúde e o conhecimento em relação à diversidade sexual e de gênero⁵⁸. No nível organizacional, ferramentas baseadas em competência cultural permitem líderes das equipes de saúde rastrear quais competências não foi realizada na organização⁵⁹, falhas inerentes a essas ferramentas foram documentadas. Embora as ferramentas sobre a competência dos profissionais da saúde sobre lidar com a diversidade cultural sejam familiares e fáceis de usar⁶⁰, Tervalon e Murray Garcia (1998)^{52,60} recomendam que a atuação dos profissionais da saúde devem ser medidas nos níveis individual e institucional, sugerindo que para avaliar a educação baseada na humildade cultural, metodologias mistas podem incluir registros e pesquisas pré e pós atendimento para estagiários, para avaliar sobre a eficácia do programa^{52,60}. O estudo de Beagan (2015) propôs que a humildade cultural pode ser medida por relatórios dos pacientes ou interrogatório crítico dos profissionais de saúde em relação à sua própria prática. Em contraste, Hook e colegas propuseram que a humildade cultural deveria ser medida através da avaliação da inclusão dos pacientes no sistema de saúde, averiguando se há inclusão e pluralidade no atendimento dos diversos grupos sociais existentes⁶¹.

As transformações das redes de saúde para o melhor atendimento a pessoas de diferentes opções sexuais, sexo e gênero, raças e culturas dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde no acolhimento desse grupo de indivíduos. As questões culturais advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo no atendimento dos profissionais da saúde a essa população, a prática discriminatória de alguns profissionais da saúde pode constituir uma barreira que impede o seu acesso aos serviços de saúde.

Um estudo de Miller (2002)⁶² destaca que uma postura reflexiva frente aos padrões heterossexuais socialmente estabelecidos ajuda a prevenir a discriminação, afirmando incisivamente a necessidade da formação profissional dos agentes em saúde para ações frente às especificidades da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT). A identidade sexual e a identidade de gênero são vertentes de desconhecimento da maioria dos profissionais da área da saúde, o desconhecimento das redes de apoio e das políticas públicas e até mesmo a generalização da problemática pode configurar, logo, uma barreira para o acesso dessa população a um serviço de saúde que atenda de forma integral. Portanto, faz-se necessário, que os profissionais da área da saúde tenham maior proximidade com as políticas públicas e com as

problemáticas específicas da população LGBT para a qualificação dos serviços prestados pelas diversas áreas. Além disso, a equipe multidisciplinar, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e os diversos agentes da saúde, devem estar atentos à reação em cadeia que implica o processo de vulnerabilidade que leva ao adoecimento dessa população, bem como às políticas públicas que facilitam o acesso ao sistema de saúde. O Ministério da Saúde compreende que todas as formas de discriminação, como o caso da homofobia, devem ser consideradas como fatores impulsionadores na produção de doenças e sofrimento. Junto ao processo de homofobia, outros fatores de discriminação social devem ser considerados propulsores do processo de adoecimento dessa população, como, por exemplo, o desemprego, o racismo e a inacessibilidade à moradia e à alimentação.

Um dos desafios para construção de uma atenção à saúde mais inclusiva no âmbito da diversidade religiosa, por exemplo, é a investigação da religião do usuário nos processos de acolhimento e atendimento e os profissionais de saúde que não dispõem de orientações ou protocolos que procedimentalizem a investigação da religião e do manejo diante de uma situação que pode ser adversa devido às crenças do paciente. As religiões afro-brasileiras e seu impacto sobre a produção de equidade à saúde, pode ser devido à crescente intolerância religiosa contra as religiões afro-brasileiras na forma de investidas violentas ou de ações legislativas, visto que o desprestígio e a invisibilidade social podem contribuir para a intensificação ou não de conflitos inter-religiosos ou interculturais⁶³, afastando cada vez mais esse grupo social do acesso e procura pelos cuidados à saúde.

O treinamento multidisciplinar e interdisciplinar em uma perspectiva de gênero foi proposto como uma estratégia de treinamento abrangente para a pessoa saber como ser, saber fazer, saber aprender e saber coexistir dentro dos pilares da educação propostos por Morín⁶⁴. Essa proposta, cuja ferramenta é a formação de profissionais, permite que, durante a formação de diferentes profissionais de saúde, cada uma das disciplinas acadêmicas aborde as diferentes áreas altamente técnicas da disciplina, sua compreensão e exercício, bem como seus fundamentos teórico, mas que, ao longo de cada uma delas, os problemas sociais associados às diferentes disciplinas possam ser analisados a fim de promover reflexão com uma perspectiva ética. Essa reflexão foi proposta sob a estrutura pedagógica do Pensamento Complexo no Construtivismo da Educação Significativa, baseada na aprendizagem dos alunos, e que, para a ética, é auxiliada pelo uso de discussões de casos hipotéticos e casuísticos, aprendizagem baseada em estudos de casos, e problemas reais, aprendizado baseado em problemas⁶⁵. O treinamento do profissional os planos e programas educacionais oferecidos nas instituições para o treinamento do pessoal que atualmente trabalha como professor das diferentes disciplinas; portanto, a

formação de professores é uma maneira que poderia levar a importantes mudanças estruturais a partir do cruzamento da perspectiva ética na formação profissional, mas que requer o gerenciamento de várias estratégias para sua transformação, considerando questões que como a incorporação da perspectiva ética, perspectiva de gênero, humanização das ciências médicas, dentre outras^{66,67}. O trabalho de treinamento cruzado das múltiplas disciplinas da área da saúde exige um programa federal de treinamento de pessoal, a avaliação curricular dos programas utilizados em cada uma das regiões e instituições, que de acordo com as prioridades de saúde riscos, avanços científicos e desenvolvimentos tecnológicos podem propor programas em suas instituições e países que promovam a ética e a bioética aplicadas, tanto profissionais quanto hospitalares e clínicas e de pesquisa.

5. CONCLUSÃO

Os avanços para a atenção à saúde inclusiva, plural e multidisciplinar é um dos objetivos e princípios do sistema único de saúde. No Brasil, a Política Nacional de Humanização da Atenção e na gestão do sistema propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões coletivas, sendo um enorme avanço no que tange a atenção à saúde de forma integral aos diversos grupos sociais existentes.

Os desafios para que efetivamente se tenha na saúde a integração multiprofissional e interdisciplinar, além de uma inclusão e pluralidade eficiente no atendimento dos indivíduos, consiste na mudança da formação dos profissionais de saúde, dos espaços de trabalho, da atuação dos indivíduos na escuta qualificada nos atendimentos, da definição dos limites e da autonomia profissional, além do desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe que são importantes desafios para que se obtenha uma eficiência melhor dos atendimentos relacionados ao sistema de saúde. O objetivo para integralidade na atenção à saúde é romper com saberes formais, estabelecidos pelos currículos muitas vezes engessados, para a construção de saberes articulados, em que se explicita a subjetividade, o agir da equipe, bem como o estabelecimento de competências que visem romper com a fragmentação, com a formação pautada majoritariamente nas disciplinas biológicas, técnicas, para uma formação mais ampla, articulada ao mundo do trabalho. A formação dos diversos estudantes da área da saúde terá o objetivo fundamental de se integrar o cuidado multiprofissional, interdisciplinar, inclusivo e plural na formação dos indivíduos, e que vise um profissional crítico, criativo e sensível com a saúde e a doença do outro. A educação permanente, que possibilita aos trabalhadores refletirem sobre o seu fazer, o seu agir, que vise à transformação da realidade de trabalho, com

possibilidade de construção de um novo modo de fazer a saúde, que responda ao que necessitam os usuários, é de fundamental importância para um acesso à saúde integral a todos os indivíduos.

Diversas são as medidas educacionais e institucionais para contruir uma saúde interdisciplinar, multidisciplinar, inclusiva e plural nos diversos níveis de atenção à saúde com o objetivo de fazer com que os profissionais da saúde reflitam sobre a importância de se ter conhecimento sobre a diversidade existente no acesso à saúde e da importância de se incluir os mais diversos grupos na atenção à saúde, a fim de diminuir a marginalização, a falta de conhecimento, a falta de recursos e os preconceitos vivenciados por diversas classes sociais, além de diminuir as doenças que são negligenciadas, atrair os pacientes para o cuidado através de uma escuta qualificada e de uma abordagem acolhedora e sem preconceitos que façam com que os diversos grupos busquem os níveis de atenção como um lugar de apoio e resolução de problemas. Com o objetivo de refletir sobre os desafios e avanços do atendimento à saúde pública, os indicadores de saúde, os índices de mortalidade a grupos específicos, índice de doenças relacionadas a grupos minoritários, os indicadores sobre a negligência e a marginalização da saúde a grupos populacionais, o presente artigo aborda sobre a importância de se buscar a inclusão social através do conhecimento e capacitação dos profissionais e acadêmicos da área da saúde para promover maior pluralidade e inclusão de todas as classes sociais nos sistemas de saúde.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Stallones, RA. The rise and fall of ischaemic heart diseases. *Scientific American*. 1980; 243:43.
- [2] Possas, C. *Epidemiologia e Sociedade, Heterogeneidade e Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec. 1989.
- [3] Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). *Cad Saude Publica*. 1999; 15(2):345-353.
- [4] Travassos C, Laguardia J, Marques PM, *et al.* Comparison between two race/skin color classifications in relation to health-related outcomes in Brazil. *Int J Equity Health*. 2011; 10:35.
- [5] Leal MC, Gama SG, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(1):100-7.
- [6] Filgueiras F. Indo além do gerencial: a agenda da governança democrática e a mudança silenciada no Brasil. *Rev Adm Pública* 2018; 52(1):71-88.
- [7] Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*. 2018; 42:208-223.
- [8] Goulart BG, Levey S, Rech RS. Multiculturalism skills, health care and communication disorders. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34:e00217217.
- [9] Castiglione DP. Border policies and health of refugee populations. *Cad Saúde Pública*. 2018. 34:e00006018.
- [10] Pacheco-Coral AP. Statelessness, exodus, and health: forced internal displacement and health services. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34:e00027518.
- [11] Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978.
- [12] Fleury S. A questão da democracia na saúde. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadores. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial. 1997; 25-41.
- [13] Cordeiro H. Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. *Physis* 2004; 14(2):343-362.
- [14] Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9(17): 287-302.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde (MS). 12ª. Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sergio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: MS. 2004.
- [16] Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface Comun Saúde Educ* .2005; 9(17):398-406.
- [17] Santos-Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009; 13:603-613.
- [18] Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: MS. 2006.
- [19] Griffith EEH & Griffith EJ. Racism, psychological injury, and compensatory damages. *Hospital and Community Psychiatry*. 1986; 37:71-75.
- [20] Broman CL. The health consequences of racial discrimination: a study of African Americans. *Ethnicity and Disease*. 1996; 6:148-153.
- [21] Wood CH & Carvalho JAM. *A Demografia da Desigualdade no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Rio de Janeiro. 1994.
- [22] Hasenbalg CA. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In MC Maio & RV Santos (orgs.), *Raça, Ciência e Sociedade*. 1996; 235-249.
- [23] OPAS (Organización Panamericana de la Salud). *Salud de los pueblos indígenas de las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998; 3:278-284.
- [24] Early JD & Peters JF. *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama*. Academic Press, San Diego. 1990.
- [25] Dossey BM and L Keegan. *Holistic nursing: a handbook for practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett. 2009.
- [26] Gilliat-Ray S. The use of “sacred” space in public institutions: A case study of worship facilities at the Millennium Dome. *Culture and Religion*. 2005; 6: 281–302.
- [27] Pearce NP, Foliaki S, Sporle A, Cunningham C. Genetics, race, ethnicity, and health. *BMJ*. 2004; 328:1070-2.
- [28] Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health*. 2003; 93:194-9.
- [29] Barros FC, Victora CG, Horta BL. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. *Int J Epidemiol*. 2001; 30:1001-8.
- [30] Pinho, MC. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*. 2006; 3(8):68-87.
- [31] Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as*

- instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
- [32] Albuquerque, V *et al.* Currículos disciplinares na saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface – comunic., saúde, educ.* 2009; 13(31): 261-72.
- [33] Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso de centros e referências para DST/Aids. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36:108-16.
- [34] Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: LIMA, J. C. F.; PEREIRA, I. B, organizadores. 2009; 419-426
- [35] Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública, São Paulo.* 2001; 35(1):103-9.
- [36] Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. *Razões 125 públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. 2007; 29-40.
- [37] Baker, DP, Day, R, Salas, E. Teamwork as an Essential Component of HighReliability Organizations. *Health Serv Res.* 2006; 41(4): 1576-98.
- [38] Bonet A. A equipe de saúde como sistema cibernético. In: Pinheiro R, MATTOS, RA. (orgs.). *Construção Social da demanda.* Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.
- [39] McCallin A. Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *J Nurs Manag* 2007; 15(4):386-391.
- [40] McCallin A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *J Nurs Manag.* 2003; 11(6):364-370.
- [41] Lyra Jr. DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 14(3):435-41.
- [42] Alves M., Ramos, RS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto & Contexto Enferm.* 2005; 14 (3):323- 31.
- [43] Saube R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2005; 9(18):521-36.
- [44] Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women. *Stanford Law Review.* 1991; 43: 6.
- [45] Department of Health London. Supporting people with long term conditions. Department of Health. 2005.
- [46] Santana CLA, Lotufo Neto F. Developing a mental health program for refugees based on participatory Action Research: an experience from Sao Paulo, Brazil. *International Journal of Action Research.* 2016; 11:265-88.
- [47] Prasad SJ, Nair P, Gadhvi K, Barai I, Danish HS, Philip AB. Cultural humility: treating the patient, not the illness. *Med Educ Online.* 2016.
- [48] Kamau-Small, S., Joyce, B., Bermingham, N., Roberts, J., & Robbins, C. The impact of the care equity project with community/public health nursing students. *Public Health Nursing.* 2014; 32:169-176.
- [49] Foronda, C. L. Cultural sensitivity: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing.* 2008; 19:207-212.
- [50] Coulehan, J. On humility. *Annals of Internal Medicine.* 2010; 153, 200-201.
- [51] Rew, L. The influence of culture on nursing practice and research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing.* 2014; 19, 1-2.
- [52] Isaacson, M. Clarifying concepts: Cultural humility or competency. *Journal of Professional Nursing.* 2014; 30: 251-258.
- [53] Kamau-Small, S., Joyce, B., Bermingham, N., Roberts, J., & Robbins, C. The impact of the care equity project with community/public health nursing students. *Public Health Nursing.* 2014; 32:169-176.
- [54] Schuessler, J. B., Wilder, B., & Byrd, L. W. Reflective journaling and development of cultural humility in students. *Nursing Education Perspectives.* 2012; 33:96-99.
- [55] Ellis, H. A. Mental health disparities in the older AfroCaribbean population living in the United States: Cultural and practice perspectives for mental health professionals. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services.* 2012; 50(9):36-44.
- [56] Mezirow, J. *Transformative dimensions of adult learning.* San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1991.
- [57] Morton, J. Transcultural healthcare immersion: A unique interprofessional experience poised to influence collaborative practice in cultural settings. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation.* 2012; 41:303-312.
- [58] Dietsch, E., & Mulimbalimba-Masururu, L. The experience of being a traditional midwife: Living and working in relationship with women. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2011; 56:161-166.
- [59] Kools, S., Chimwaza, A., & Macha, S. Cultural humility and working with marginalized populations in developing countries. *Global Health Promotion.* 2014; 22:52-59.
- [60] Reynoso-Vallejo, H. Support group for Latino caregivers of dementia elders: Cultural humility and cultural competence. *Ageing International.* 2009; 34:67-78.
- [61] Zanetti, M. L., Dinh, A., Hunter, L., Godkin, M. A., & Ferguson, W. A longitudinal study of multicultural curriculum in medical education. *International Journal of Medical Education.* 2014; 5:37-44.
- [62] Merhy, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: HUCITEC. 2002.
- [63] Costa, RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental. Revista de Saúde Mental e subjetividade da UNIPAC.* 2007; (8):107-24.
- [64] [64] CIÊNCIA 2.0. Bioethics Literacy Matters. Equipe de notícias. 2014.
- [65] Arellano JS, Hall RT. *A Casuística. Uma metodologia de ética aplicada.* 2013.
- [66] Cortina A. Perfil de uma ética cívica. Capítulo 9. Em: Cortina A. *Aliança e contrato. Política, Ética e Religião.* 2005.
- [67] Cortina A. Para que serve realmente? Ética. *Editorial Paidós Ibérica.* 2013.