



RELAÇÃO SUJEITO/PROFISSIONAL DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

HEALTH SUBJECT/ PROFESSIONAL RELATIONSHIP: EXPERIENCE REPORT ON HUMANIZED CARE IN A MENTAL HEALTH SERVICE

Mateus Silva Leal
 Tailande Venceslau Carneiro
 Camila Calhau Andrade Reis
 UFSB

RESUMO

A aproximação do profissional de saúde com o ser-paciente requer reflexão sobre relacionamento interpessoal e vínculos estabelecidos. Isso porque, para além de procedimentos técnicos, cuidar envolve intersubjetividades. Sendo assim, acolher, escutar, oferecer suporte e esclarecimento despontam como pilares da humanização do cuidado e de vínculos estruturados. O estudo objetivou analisar a relação sujeito/profissional de saúde a partir da vivência em um serviço de saúde mental. Trata-se de um relato de experiência fruto de uma observação não-participante realizada junto a uma médica psiquiatra, durante atendimentos de pacientes com transtornos mentais assistidos por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, no município de Itabuna, Bahia. A atividade foi proposta pelo Componente Curricular Relação Sujeito/Profissional de Saúde, do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, da Universidade Federal do Sul da Bahia e realizada em agosto de 2018. Um diário de campo foi utilizado para registro das informações construídas. Na observação não-participante percebemos um esforço por parte da psiquiatra para o cuidado humanizado. O acolhimento, a escuta, o suporte e o esclarecimento foram aspectos presentes durante todo o período de atendimento da profissional.¹ Além disso, identificamos como essencial a adequação da linguagem, uma vez que o uso de termos técnicos dificulta a compreensão e, conseqüentemente, implica na adesão terapêutica

¹ A pesquisa não recebeu financiamento.



do paciente. A falta de acolhimento ao usuário e/ou o menosprezo aos seus aspectos emocionais podem conduzir ao abandono ou à diminuição da adesão ao tratamento, elementos que, felizmente, não foram percebidos durante o período de observação não-participante.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Saúde Mental. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

The approach of the health professional with the patient-being requires reflection on interpersonal relationships and established bonds. This is because, in addition to technical procedures, care involves intersubjectivities. Thus, welcoming, listening, offering support and clarification emerge as pillars of the humanization of care and structured bonds. The study aimed to analyze the subject / health professional relationship from the experience in a mental health service. This is an experience report resulting from a non-participant observation made with a psychiatrist during care of patients with mental disorders assisted by a Psychosocial Care Center (CAPS) II, in Itabuna, Bahia. The activity was proposed by the Subject / Health Professional Relationship Curriculum component of the Interdisciplinary Bachelor of Health, Federal University of Southern Bahia and held in August 2018. A field diary was used to record the information constructed. In non-participant observation we noticed an effort on the part of the psychiatrist for humanized care. The welcoming, listening, support and clarification were aspects present throughout the professional's care period. In addition, we identified the adequacy of language as essential, since the use of technical terms makes comprehension difficult and, consequently, implies the therapeutic adherence of the patient. Lack of acceptance by the user and / or disregard for their emotional aspects may lead to abandonment or decreased adherence to treatment, elements that, fortunately, were not noticed during the non-participant observation period.

Keywords: Humanization of Assistance. Mental Health. Health Personnel.



INTRODUÇÃO

A relação sujeito/profissional de saúde perpassa a condição saúde-doença pautado no sistema biomédico medicamentoso, o qual assume como base de seu entendimento, a saúde como ausência de doença. Tal modelo de cuidado baseia-se na prescrição, produção e reprodução de procedimentos, sendo, muitas vezes, excludente por desvalorizar fatores externos e/ou subjetivos que impliquem no binômio saúde-doença. Soma-se a essa problemática, o estereótipo socialmente construído envolto do profissional da área de saúde, instituído por muitos como ser supremo e detentor do conhecimento. Como resultado, temos serviços de saúde mancos e usuários insatisfeitos (FERTONANI et al., 2015; RIBEIRO; FERLA, 2016).

Segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação em saúde. No entanto, em muitos momentos, esse acesso se dá de maneira não adequada, ferindo, para além de requisitos técnicos, toda a lógica do que chamamos de cuidado humanizado (BRASIL, 1988).

O cuidado é dimensão constitutiva do ser-humano e está presente em todos os nossos atos. Representa ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Sendo assim, abrange mais que um momento de atenção (BOFF, 2014).

A relação sujeito/profissional de saúde deve considerar o cuidado em todos os níveis de atendimento nos serviços de saúde - baixa, média e alta complexidade - corroborando com as reformulações do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a criação de novos mecanismos para a melhoria do acolhimento. Dessa forma, as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo, assim, um sistema único, organizado, que contribuirá para a assistência integral, mediante ações de promoção e prevenção em saúde (SANTOS, 2017).

Na área da psiquiatria, a relação sujeito/profissional de saúde é extremamente complexa, pois, por envolver uma temática ainda estigmatizada, necessita de uma rede de atenção em saúde extremamente qualificada e que atenda às demandas sem discriminações. As discussões sobre direitos e cuidados adequados às pessoas com transtornos mentais têm sido ampliadas desde a promulgação



da Lei nº10.216, Lei de Reforma Psiquiátrica, em 2001. Partindo do princípio de que todas as pessoas, independentemente de sua condição social, raça, cor ou credo, devem ter acesso aos bens e serviços sociais, o movimento da Reforma Psiquiátrica tem colaborado para melhorias nos serviços de saúde destinados às pessoas com transtornos mentais. Contudo, ainda temos muito a avançar para que essas pessoas tenham efetivados todos os seus direitos de cidadãos (BRASIL, 2001; OLIVEIRA et al., 2017).

Nesse sentido, a atuação dos profissionais de saúde desponta como elemento fundamental para a conquista dos direitos destas pessoas. Dessa forma, são necessários estudos que discutam a relação sujeito/profissional de saúde pautada nos pilares da humanização do cuidado, o que justifica a construção deste relato de experiência. Acolher, escutar, oferecer suporte e esclarecimento caracterizam as chamadas tecnologias leves/relacionais e devem estar presentes no dia a dia da atuação do profissional da saúde mental (BRASIL, 2010).

Assim, considerando que a aproximação do profissional de saúde com o ser-paciente em tratamento psiquiátrico requer reflexão, pois, para além de procedimentos técnicos, cuidar envolve intersubjetividades, este estudo objetivou analisar a relação sujeito/profissional de saúde a partir da vivência em um serviço de saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência fruto de uma observação não-participante de discentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), junto a uma médica psiquiatra que atua em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, no interior do Estado da Bahia.

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O CAPS II atende a pessoas de todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves e persistentes, em cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. Essas unidades prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do



uso abusivo de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2019).

A atividade foi proposta pelo Componente Curricular Relação Sujeito/Profissional do BIS, na Universidade Federal do Sul da Bahia e pautou-se na identificação prática dos princípios da humanização em saúde trabalhados nas aulas. Caracteriza-se como relato de experiência resultado de observação não-participante, devido a inexistência de intervenções práticas e/ou assistenciais.

Um relato de experiência pertence ao domínio social e faz parte das experiências humanas. Deve conter, portanto, tanto impressões observadas, quanto conjecturadas. Este tipo de estudo, portanto, é importante para a descrição de uma vivência particular que suscitou reflexões novas sobre um fenômeno específico. No caso deste relato, o foco é a reflexão sobre a experiência vivida através da observação não-participante da atuação de uma profissional de saúde. A técnica da observação não-participante permite que o pesquisador analise o grupo ou a realidade estudada sem integrar-se a ela, ou seja, mantendo-se de fora, como mero expectador (LOPES, 2012).

Inicialmente, foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Itabuna/BA, um ofício institucional solicitando autorização para a realização da atividade. Contudo, o primeiro contato entre discentes e a profissional de saúde ocorreu anteriormente ao contato feito junto a SMS, pois foi necessário buscar uma área de interesse para a equipe realizar tal proposta. O consentimento para a observação não-participante foi fornecido pelo Coordenador da Saúde Mental do município. A atividade que resultou no presente relato foi realizada em agosto de 2018 e dividida em dois principais momentos: 1. acompanhamento/observação de visitas domiciliares, 2. observação do exercício profissional da psiquiatra em um serviço hospitalar.

Considerando a relação sujeito/profissional da saúde, observamos a existência ou não de diversos aspectos que compõem os pilares que sustentam a relação terapêutica humanizada. A observação ocorreu como ação conjunta entre a psiquiatra, o coordenador da saúde mental, uma assistente social e uma psicóloga do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), equipe multiprofissional que realizou visitas em residências de pacientes que possuem transtornos mentais e que conservam a negação de tomar os medicamentos. No segundo momento, observamos a atuação da profissional psiquiatra em um hospital público do município.



Um roteiro para observação não-participante construído pela docente foi utilizado para atenção a aspectos importantes que deveriam ser considerados nas visitas. Para registros dessas observações e outras informações, a equipe discente fez uso de um diário de campo. Essa estratégia possibilitou o registro de informações primárias no momento da observação não-participante. Como ressalta Marques, o diário de campo é o instrumento básico de registro de dados do pesquisador. O termo “diário” é inspirado nos primeiros antropólogos que carregavam consigo um caderno no qual registravam experiências e reflexões a respeito dos grupos sociais estudados (MARQUES, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A temática analisada é ampla e complexa, pois a relação com o ser-paciente e o ser-profissional varia de acordo as características pessoais de cada um. Nesse sentido, a escolha de uma profissional da área da psiquiatria para a realização deste estudo foi importante, não somente porque a psiquiatria é uma área que demanda cuidados mais delicados, mas também, porque foi possível identificar de perto como o uso das tecnologias relacionais/leves impactam nas estratégias de cuidado propostas.

Em diálogo com a profissional acompanhada, ela ressaltou a importância da construção de um vínculo junto ao paciente para o sucesso da terapêutica. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012). Sendo assim, a PNAB considera a construção do vínculo como condicionante da corresponsabilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado (BARBOSA; BOSI, 2017).

Seguindo essa linha de raciocínio, a conduta do profissional de saúde deve aliar o atendimento prestado a um ato que se constitua em compromisso firmado junto ao paciente. Desta forma, quando o profissional de saúde se aproxima do ser-paciente, é importante que ele possa ser capaz de agir e refletir acerca da relação que está sendo construída. Acolher, escutar, oferecer suporte e esclarecimento despontam como pilares da humanização do cuidado e de vínculos estruturados e, portanto, deverão compor toda relação sujeito/profissional de saúde (BRASIL, 2010; FREIRE, 1995).



Durante a observação não-participante, percebemos que a profissional possuía uma visão amadurecida sobre a humanização do cuidado. Considerando diversas colocações feitas por ela e registrada por nós ao longo das visitas, construímos um positivo perfil de atuação profissional. A necessidade de escuta qualificada e o respeito a integralidade do paciente e às suas crenças, história e contexto de vida foram, algumas vezes, pontuadas por ela, como essenciais para o atendimento e consequente construção de vínculo.

A nossa primeira visita foi feita a um casal de idosos que vive em situações inadequadas de moradia em determinado bairro da cidade de Itabuna. Os dois sofrem com transtornos psiquiátricos e ambos, por opção, não fazem uso de medicamentos para tratamento. Parte da casa é coberta por lonas e a maior parte do espaço é preenchida por entulhos, que incluem amontoados de sacos de objetos não utilizáveis. A mulher da relação, denominada Usuária 1, possui uma personalidade com característica dominante forte que, por consequência, torna o seu parceiro submisso a ela.

Percebemos que essa situação dificulta a atuação da equipe de saúde, pois, além de dificultar a ajuda para si, a Usuária 1 interfere também, na assistência adequada para o seu marido, o Usuário 2. Segundo informações da equipe de saúde, ela não admite receber ajudas, nem mesmo dos familiares que residem próximo a eles. Para a psiquiatra, tais atitudes estão diretamente relacionadas a seus delírios.

Por ter resistência a visitas, para o primeiro contato com a Usuária 1 e seu marido, contamos com o auxílio de um familiar que atuou como mediador entre a equipe de saúde e a usuária. Esperamos alguns minutos para sermos recebidos por ela. Passamos por um corredor que ligava a porta de entrada à primeira parte da residência. O corredor, de aproximadamente 8 metros, nos levou a um local que, aparentemente, não seria apropriado para habitação. Sem piso, ou qualquer tipo de proteção do solo, o espaço que acessamos estava totalmente enlameado. A estrutura que encobria essa parte da casa era constituída por algumas madeiras e lonas finíssimas, grande parte rasgadas, não estando, portanto, em situações adequadas para uso.

Sobre a relação sujeito/profissional de saúde nessa experiência, percebemos que a atuação da psiquiatra foi, sob a nossa perspectiva, muito humanizada. O acolhimento ao casal, mesmo sendo ela a “acolhida” nesse contexto, a empatia partilhada; a atenção fornecida e escuta; foram alguns aspectos presentes durante todo o período de atuação. No acolhimento, além ouvir o outro, diante do que foi



observado, foi fundamental adequar a linguagem para melhor compreensão do paciente. Isso porque, não é eficaz o uso de termos técnicos se o usuário não conseguir entender a informação dita (ANDRADE et al., 2017).

A comunicação pode ser percebida como um método de trocas e de compreensão de mensagens emitidas e recebidas, através das quais as pessoas se percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos. Dessa maneira, a comunicação adequada, clara e acessível é indispensável para uma assistência pautada na humanização (ANDRADE et al., 2017).

Seguindo a análise da vivência da observação não-participante, foi perceptível o interesse, não somente da profissional psiquiatra, mas de toda a equipe presente, em orientar o casal para que fossem alojados em local adequado. Para isso, o uso das tecnologias leves anteriormente elencadas, como acolhimento e adequação da linguagem foram estratégias muito utilizadas. Entretanto, em diversos momentos, não foi possível construir um diálogo coerente entre a profissional psiquiatra e a Usuária 1, pois algumas ideias eram resultantes de delírios, ou seja, pensamentos compartilhados pela Usuária 1 não correspondiam à realidade e eram intercalados com as tentativas da médica em retirá-los dali.

Apesar dos delírios provenientes dos transtornos psiquiátricos da Usuária 1, a escuta atenta por parte da psiquiatra foi estratégia presente e, para nós, fundamental. Contrariar a Usuária 1 impossibilitaria o prosseguimento de diálogo e de uma possível resolução. A psiquiatra, a todo instante, cuidou da comunicação e se propôs, continuamente, a convencer ambos da necessidade de mudança para uma realidade melhor. Entretanto, infelizmente, não construímos grandes avanços e saímos sem resolução para a problemática identificada.

Concluimos nesse caso que o cuidado humanizado enfrenta limitações e que nem sempre a resolubilidade está ao seu alcance. Isso ocorre, principalmente, porque a autonomia do usuário deve ser respeitada. Assim, um tratamento ou encaminhamento nunca pode ser forçosamente imposto. Além disso, falhas na rede de serviços em saúde implica, muitas vezes, em dificuldades para encaminhamentos ou na descontinuidade de um tratamento (MARQUES FILHO; HOSSNE, 2015).

Na segunda visita realizada, a Usuária 3 apresentou delírios semelhantes a Usuária 1, entretanto, com menor gravidade. Ela tem uma filha de 26 anos com doenças mentais e deficiência física. Segundo a equipe de saúde que acompanha o caso, a filha é assistida em vários serviços de saúde e realiza, por exemplo, fisioterapia. Os delírios da Usuária 3 perpassam pela ideia de que o



quadro de saúde que a filha apresenta seria consequência de um possível estupro, em que pessoas do bairro estariam envolvidas, incluindo familiares. Por conta disso, afastou-se de várias pessoas.

A Usuária 3 possui melhores condições de higiene e moradia quando comparada aos Usuários 1 e 2. Alegou estar cansada e não ter mais forças para cuidar da filha, pois, segundo ela, tudo é de sua responsabilidade, desde a medicação ao banho. Nessa visita, percebemos algumas características já observadas anteriormente no atendimento da psiquiatra aos Usuários 1 e 2. Empatia, acolhimento e escuta também foram identificados nessa visita.

Em situação específica, a Usuária 3 relatou a necessidade de um medicamento prescrito por outro médico e dificuldades para acesso, pois além de caro, não é disponibilizado pela rede de atenção básica. Para resolver a demanda partilhada, a profissional, prontamente, fez contato com outro profissional que poderia viabilizar a medicação de forma gratuita para a usuária. Atitudes como essa revelam um diferencial do profissional e desvelam o cuidado humanizado.

Outro ponto que nos chamou atenção, foi o vínculo já estabelecido entre a médica e a usuária 3. Entendemos que o acolhimento, a disposição para escuta e o cuidado oferecido pela profissional em visitas anteriores, construíram um vínculo terapêutico entre ambas. Quando o profissional de saúde desenvolve atividades de assistência que vão além de procedimentos técnicos ligados a áreas específicas, ele estabelece relações interpessoais com as pessoas que atende. Portanto, seu trabalho depende tanto de qualidade técnica, quanto de interações (NOGUEIRA, 2001).

Por fim, o nosso segundo momento ocorreu em uma unidade hospitalar. Inicialmente, a psiquiatra dirigiu-se ao hospital apenas para visitar uma paciente que teria sido internada há alguns dias. Entretanto, juntamente com a equipe, foi até a ala de internados realizar um atendimento não previsto. Após ter acesso ao prontuário do paciente, analisou a sua situação e teve alguns minutos de conversa com ele. A atenção e o cuidado, especialmente no modo de falar, andaram lado a lado neste atendimento que durou em média quinze minutos.

É nítida a melhoria dos impactos do trabalho assistencial quando o profissional conhece os motivos de determinados comportamentos do usuário e os efeitos que esse comportamento traz. Compreendemos, assim, que muitas reclamações dos usuários dos serviços de saúde podem ser solucionadas ou reduzidas quando estes se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais. A falta de acolhimento e/ou menosprezo a aspectos emocionais/psicológicos podem conduzir ao



abandono ou à diminuição da adesão à terapêutica proposta, o que, felizmente, não foi percebido na nossa vivência.

CONCLUSÃO

Receber um paciente em consultório ou realizar uma visita no domicílio é sempre um desafio, não somente para quem busca o serviço, mas, também, para o profissional de saúde, que deve fazer daquele momento um encontro positivo para ambos. Entretanto, sabe-se que muitos não possuem circunspeção quando se trata de atendimento humanizado.

A experiência vivida por nós foi positiva e, por isso, motivadora para a escrita deste relato. Identificamos na atuação da psiquiatra acompanhada, os principais elementos que caracterizam uma assistência adequada/humanizada e pudemos compreender, na prática, os impactos das tecnologias leves nas relações de cuidado. Contudo, no dia a dia dos serviços de saúde, este perfil de profissional ainda é minoria.

Nesse sentido, destacamos a necessidade de que disciplinas que abordem a relação sujeito/profissional de saúde e a humanização do cuidado façam parte das grades curriculares de todos os cursos de formação em saúde, sejam técnicos ou de nível superior. Isso porque, o compartilhamento de conhecimentos teóricos/científicos, apesar de relevante, não é suficiente para a formação humanizada. Precisamos ultrapassar o modelo de formação biomédico centralizador e discutir construção de vínculo, acolhimento, escuta qualificada e comunicação adequada durante o processo de formação em saúde. Trata-se de estratégia fundamental para que tenhamos profissionais mais sensíveis, empáticos e atentos às questões relacionais.

Concluimos que parte do sucesso da adesão do paciente à terapêutica proposta é decorrente de vínculos de cuidado bem-estruturados, sustentados em pilares presentes em qualquer relação terapêutica e que, portanto, devem ser instrumentalizados por todos os profissionais de saúde.

Como reflexão final, é importante entendermos que o profissional da saúde - enquanto ser inserido em diversos contextos históricos/sociais/culturais - constrói, em cada atendimento, em cada nova experiência, intersubjetividades que moldam o seu ser e implicam em seu agir profissional.

Leal, M. S. et al. (2020).



Sendo assim, para que o cuidado humanizado seja realidade, é imprescindível disposição para ressignificações e transcendências.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiani Garrido de, et. al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. *Revista Fund Care Online*, v. 9, n. 1, jan./mar. 2017, (215-221). Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5368>. Acesso em: 04/08/2019.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, 2017, (1003-1022). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312017000401003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29/07/2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição Federal de 1988*. Brasília, Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04/08/2019.

BRASIL. *Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Congresso Nacional, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 23/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos*. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Acesso em: 29/07/2019.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2014.

FERTONANI, Hosanna Pattrig, et. al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, jun. 2015, (1869-1878). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 04/08/2019.

Humanização da Assistência. Revista Revise, v. 4, n. 00 (2020): O Sistema Único de Saúde na Formação e na Prática Médica, p. 161-172.

Leal, M. S. et al. (2020).



FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Sobre estudos de casos e relatos de experiências. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4019>. Acesso em: 27/07/2019.

MARQUES, Janote Pires. A “observação participante” na pesquisa de campo em Educação. *Educação em Foco*. v. 19, n. 28, mai./ago. 2016, (263-284). Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/educacaoemfoco/article/viewFile/1221/985>. Acesso em: 29/07/2019.

MARQUES FILHO, José; HOSSNE, William Saad. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Revista Bioética*. v. 23, n. 2, 2015, (304-310). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0304.pdf>. Acesso em: 29/07/2019

NOGUEIRA, Maria Cezira Fantini. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

OLIVEIRA, Elisângela Costa de, et. al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 3, 2017, (01-07). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf. Acesso em: 25/07/2019.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovatto; FERLA, Alcindo Antônio. Como médicos tornaram-se deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. *Psicologia em Revista*, v. 22, n. 2, ago. 2016, (294-314). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317325175_Como_medicos_tornaram-se_deuses_reflexoes_acerca_do_poder_medico_na_atualidade. Acesso em: 06/07/2019.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2017, (1281-1289). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>. Acesso em: 28/07/2019.