



ACESSO ABERTO

Data de Recebimento:
22/08/2023

Data de Aceite:
27/11/2023

Data de Publicação:
06/12/2023

***Autor correspondente:**
Erika Cerqueira Morais,
correioerika@gmail.com

Citação:
MORAIS, E. C. Nuances e sutilezas da violência psicológica em relações profissionais/usuários nos dispositivos de saúde pública e privada. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 4, 2023. <https://doi.org/10.51161/rem/3862>

NUANCES E SUTILEZAS DA VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA EM RELAÇÕES PROFISSIONAIS/USUÁRIOS NOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA

Erika Cerqueira Morais

Universidade Regional do Cariri. Rua Cel. Antônio Luiz, 1161 - Pimenta Crato, CE - CEP: 63105-000

RESUMO

Introdução: A Reforma Psiquiátrica brasileira eclode num campo exitoso de luta pelos direitos de cidadania, de interrogação da relação entre Estado e sociedade e avança em todo o território nacional e nos diversos âmbitos que conformam suas múltiplas facetas. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo identificar as práticas de violência psicológica nas relações entre profissionais de saúde e pacientes/usuários nas instituições de saúde públicas e privadas. **Metodologia:** Estudo com delineamento exploratório com abordagem mista. A técnica metodológica usada para a coleta de dados foi a Snowball Bola de Neve e os instrumentos foram dois questionários, um para os profissionais de saúde e outro aos usuários/pacientes, criando um banco para a organização no programa Microsoft Office Excel 2010 e o Statistical Package for Social Sciences (Versão16.0). Quanto aos dados qualitativos, foi utilizada a Análise Temática de Bardin e criadas três categorias temáticas. **Resultados:** Participaram do estudo 105 profissionais da área de saúde e 18 profissionais com faixa etária predominante entre 26 e 63 anos. Dentre os participantes da pesquisa, 88,9% do sexo feminino e 11,1% do sexo masculino. Com relação ao estado civil, casado 61,1%; solteiro 16,7%; união estável 11,1%; divorciado 11,1%. Dos profissionais de saúde, 66,7% exercem sua profissão em instituições privadas e 33,3% em instituições públicas. Portanto, de acordo com o estudo, mais da metade dos usuários do sistema de saúde (56,7%) sofre violência psicológica (tristeza, insegurança, medo, injustiça, raiva, indignação, ansiedade e outros). Isso pode decorrer pelo processo da rotina e sobrecarga dos profissionais, que acabam prejudicando a qualidade e a humanidade do atendimento dos usuários. **Conclusão:** Mesmo após 19 anos de Política Nacional de Humanização do SUS, vemos o descaso, provando que leis não necessariamente conseguem contornar certos problemas intrínsecos no sistema de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Gaslighting. Saúde pública. Violência psicológica.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Psychiatric Reform breaks out in a successful field of struggle for citizenship rights, of interrogation of the relationship between State and society and advances throughout the national territory and in the various areas that make up its multiple facets. The study aims to identify the practices of psychological violence in the relationships between health professionals and patients/users in public and private health institutions. **Objective:** Study with an exploratory design with a mixed approach. **Methodology:** The methodological technique used for data collection was the Snowball Bola de Neve and the instruments were two questionnaires, one for health professionals and another for users/patients, creating a database for the organization in the Microsoft Office Excel 2010 program and the Statistical Package for Social Sciences (Version 16.0). As for qualitative data, Bardin's Thematic Analysis was used and three thematic categories were created. **Results:** A total of 105 health professionals and 18 professionals with a predominant age group between 26 and 63 years old participated in the study. Among the research participants, 88.9% were female and 11.1% were male. Regarding marital status, 61.1% were married; single 16.7%; stable union 11.1%; divorced 11.1%. Of the health professionals, 66.7% exercise their profession in private institutions and 33.3% in public institutions. Therefore, according to the study, more than half of health system users (56.7%) suffer psychological violence (sadness, insecurity, fear, injustice, anger, indignation, anxiety and others). This can result from the routine process and overload of professionals, which end up harming the quality and humanity of the service provided to users. Even after 19 years of the National Humanization Policy of SUS, we see the neglect, proving that laws are not necessarily able to circumvent certain intrinsic problems in the health system.

Keywords: Gaslight, Psychological violence. Public Health. Reception.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado com a mente, definida como o bem-estar, começa dentro de nós mesmos, com o auxílio de outras pessoas que nos cercam. Aceitar as exigências da vida, saber lidar com as emoções positivas e, também, com as negativas, como alegria/tristeza, coragem/medo, amor/ódio, serenidade/raiva, ciúmes, culpa e frustrações é possível, reconhecendo seus limites e buscando ajuda, quando necessário (LIMA et al., 2019).

O sofrimento mental está cada vez mais presente na sociedade, por isso é necessário o entendimento de todo o processo individual e coletivo, contribuindo para agir e consolidar a saúde mental no âmbito da atenção básica (REINALDO, 2012). Observam-se novas diretrizes mundiais no plano da saúde mental, onde já se orienta as práticas dos profissionais da área da saúde. Mais de uma em cada quatro pessoas sofrem de transtornos mentais ou comportamentais em algum momento da sua vida, e a maioria desses pacientes busca auxílio nos serviços prestados na atenção primária (SIDDIQI; SIDDIQI, 2007).

O estigma da expressão “doença mental” significa um sofrimento adicional para quem o carrega. Ainda que entre profissionais de saúde seja útil usar no cotidiano expressões que simplifiquem o entendimento de leigos, precisamos nos interrogar sobre o sentido que essas expressões carregam na comunidade (BRASIL, 2013).

Muitos dizem que o deprimido é no fundo um fraco, ou é comum taxar um criminoso violento de doente mental (esquizofrênico, drogado, psicótico). Uma minoria, de fato, é violenta. Mas é preciso entender que essa violência está associada a um contexto mais complexo (BRASIL, 2013).

Um termo que define violência psicológica é o *gaslighting*. Trata-se de uma forma de abuso psicológico na qual informações sobre a vítima são distorcidas e/ou seletivamente omitidas para favorecer

o abusador. É uma forma de abuso psicológico sutil e muito mais comum do que imaginamos, na qual o abusador utiliza de mentiras, exageros, apresentando informações falsas e omitindo informações reais. O abusador desqualifica sentimentos, medos e desconfianças da vítima, sempre confrontando informações. A intenção é fazer com que a vítima questione sua percepção, memória e própria sanidade mental, acreditando assim que não tem razão de sentir o que sente, que comete exageros e que suas angústias e desconfianças são infundadas. Com isso, a vítima convive com uma sensação de medo e insegurança sem realizar denúncias ou procurando ajuda por medo ou por ter sido tão manipulada e duvidar dos verdadeiros sentimentos e das situações vividas (DORPAT, 1996; MERRIAM, 2014; MARQUES, 2019).

Os principais sintomas são vontade de chorar, anedonia (perda da capacidade de sentir prazer, desinteresse ou de se divertir), ansiedade e medo. Esse conjunto de sensações faz com que a vida perca o brilho. O estresse e a ansiedade que a vítima sente são tão fortes que a fazem viver amedrontada, com baixa autoestima e num estado de alerta permanente, gerados pelo medo de contrariar ou decepcionar o abusador. A violência psicológica pode ser tão dolorosa quanto a física ou a sexual (SBP, 2020).

Para o atendimento ao usuário ser integral, o encontro deve ser guiado pela capacidade do profissional de saúde de compreender o sofrimento que se manifesta e o significado mais imediato de suas ações e palavras; no contexto desse encontro concreto, “deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer” (MATTOS, 2008, p. 348).

A presente pesquisa se justifica pela representatividade da problemática da desarticulação dos serviços como fator impactante no cotidiano da assistência à saúde mental coletiva. Estamos falando de singularidade no atendimento a cada caso, da relação profissional-cliente e quando medir e argumentar o que é sofrer algum tipo de violência psicológica. O usuário, ao se sentir desfragmentado, único, apresenta melhora do quadro clínico, ao mesmo tempo em que se observa o aumento de satisfação, tanto do usuário quanto do profissional. Por isso a importância de não separar a saúde física da mental, de tratar o indivíduo como único e como profissional de saúde e prezar pela beneficência. Neste sentido o estudo tem como objetivo identificar as práticas de violência psicológica nas relações entre profissionais de saúde e pacientes/usuários nas instituições de saúde públicas e privadas.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

Estudo com delineamento exploratório com abordagem mista. O estudo exploratório tem como objetivo realizar descrições da situação e descobrir as relações existentes entre seus elementos componentes. A pesquisa exploratória é realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado, não requer elaboração de hipóteses a serem testadas no estudo, restringindo-se a definir objetivos e buscar informações no estudo em questão (CERVO e BERVIAN, 2011). É também quantitativa, pois quantificam os dados e opiniões mediante o emprego de recursos técnicos estatísticos, partindo dos mais simples, como porcentagem, média e desvio padrão (GONÇALVES, 2014).

2.2 População/amostra

A população do estudo foi de 107 usuários e 18 profissionais da área da saúde. A população-alvo de um estudo consiste no conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características, sendo a amostra, o subconjunto dessa população disponível para estudo. Optou-se pela

amostragem não probabilística de conveniência, que é caracterizada por ser composta de indivíduos que atendem aos critérios de inclusão e são de fácil acesso ao investigador (HULLEY, 2015).

Atende os seguintes critérios de inclusão para os profissionais de saúde das instituições: ser maior de 18 anos, experiência na instituição e sua especialidade e atender paciente/usuários com queixas comuns, mas que em triagem e/ou diretamente ao profissional de saúde informaram possuir ou fazer tratamento para algum transtorno mental (psicoses, ansiedade, depressão, fobias).

Critérios para os usuários: ter idade acima de 18 anos, apresentar história de pelo menos um transtorno mental (depressão, ansiedade, angústia ou mesmo alguma psicose ou esquizofrenias) e ter procurado serviço de pronto atendimento para queixas comuns, até então não justificadas pela sua doença mental. Para a população será utilizada o critério de saturação de respostas. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes no estudo quando os dados obtidos passam a apresentar, na visão do pesquisador, certa redundância ou repetição.

O primeiro contato foi através da rede social em que a pesquisadora participa de grupos das instituições de saúde o que torna essencial para o primeiro e posterior contato com os demais. Em seguida, o questionário foi divulgado aos grupos sociais dos funcionários de instituições de saúde e encaminhados e-mails com convites a esses profissionais e usuários/pacientes que tiveram interesse em participar do estudo, juntamente com o questionário, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós-Esclarecido, para assegurar o anonimato dos convidados do estudo. Todas as questões foram inseridas em um formulário do Google Forms e enviando juntamente com o TCLE.

2.3 Instrumento de coleta de dados

Os instrumentos para a coleta de dados foram dois questionários: um para os profissionais de saúde e outro para os usuários/pacientes. Um questionário contendo os dados sociodemográficos, tais como idade, sexo, formação, religião ou prática religiosa, instituição que trabalha, tempo de serviço e perguntas relativas ao atendimento quanto ao serviço procurado.

Para a coleta de dados utilizado à técnica metodológica Snowball (Bola de Neve). Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística, utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WHA, 1994).

Portanto, a Snowball é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede. Albuquerque (2009), esclarece que a forma mais confiável na aplicação de uma pesquisa em cadeias de referência é aquela que consegue coletar o máximo de informações sobre todos os membros da rede (complete network design) ou utilizar uma amostra aleatória dos participantes (local network design). No entanto, como esclarece a autora, muitas vezes isso não é viável ao pesquisador e, nesses casos, a técnica Snowball pode ser recomendada, justamente por utilizar a abordagem em cadeias. A Snowball Sampling ou “Amostragem em Bola de Neve” prevê que o passo subsequente às indicações dos primeiros participantes no estudo é solicitar, a esses indicados, informações acerca de outros membros da população de interesse para a pesquisa (e agora indicados por eles), para, só então, sair a campo para também recrutá-los.

Albuquerque (2009) lembra que em alguns estudos as “sementes” recrutam o maior número de

peças possíveis; em outros, os próprios pesquisadores podem efetuar esse recrutamento, por meio de agentes que atuam em um dado campo, com conhecimento aprofundado e trânsito em uma dada comunidade (são os outreach workers).

2.4 Análise dos dados

Para organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2010 e utilizado o Statistical Package for Social Sciences (Versão 16.0). Para os dados qualitativos, será utilizada a Análise Temática de Bardin (2011).

2.5 Aspectos Éticos

Esse estudo foi de acordo com os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Saúde – CNS, pela Resolução N° 466/2012. Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e assegura aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência (BRASIL, 2016).

Submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Regional do Cariri – URCA, com o Parecer de N° 5.235.984. A Pesquisa com seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletiva, envolve o ser humano, de forma direta e indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais. Nesse sentido, a eticidade da pesquisa implica na leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós-Esclarecido (TCLE) por parte do entrevistado(a) para autorização da coleta de dados. Este termo assegura a não identificação do sujeito, assim como a manutenção do caráter confidencial das informações.

2.6 Riscos e benefícios da pesquisa

Ressaltamos que os riscos são mínimos e se limita a algum desconforto ou constrangimento em responder ao questionário do estudo, mas para minimizá-los, serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações e solicitado para responder as questões de forma individual. Qualquer eventualidade ocorrida decorrente do estudo, manter comunicação com a pesquisadora.

Os benefícios esperados com o estudo são à projeção de conhecimento para a comunidade científica através dos resultados obtidos. Os participantes ajudarão na melhor compreensão dos fatores que influenciam nas decisões tomadas, nas percepções sentidas e na melhor relação profissional/paciente, para que, respectivamente, absorvam conhecimento acerca de queixas a princípio não justificadas e pacientes recebam os cuidados adequados, entre tratamento e encaminhamento se necessário.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 105 profissionais da área de saúde e 18 profissionais com faixa etária predominante entre 26 e 63 anos. Dentre os participantes da pesquisa, 88,9% do sexo feminino e 11,1% do sexo masculino. Com relação ao estado civil, casado 61,1%; solteiro 16,7%; união estável 11,1%; divorciado 11,1%. Dos profissionais de saúde, 66,7% exercem sua profissão em instituições privadas e 33,3% em instituições públicas. As profissões presentes no estudo foram médicos, enfermeiro, farmacêuticos, psicólogos, auxiliar de enfermagem, agente comunitário e saúde, auxiliar bucal, odontólogo

e neuropsiquiatria.

O estudo mostra que 88,9% dos participantes são do sexo feminino e a maioria são casadas. Conseguimos observar que a maioria dos profissionais de saúde ainda são aqueles do modelo patriarcal, onde a mulher é quem cuida do outro (companheiro, familiar, paciente etc.). Isso também é confirmado no estudo “Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações” (MATOS et al, 2013).

A crescente feminização dos profissionais da área da saúde pode estar relacionada ao papel tradicional da mulher na história que discorre a respeito da relação de gênero com o dom de cuidar, de educar e de servir (LOMBARDI, 2018).

Também vemos que mesmo casada, auxilia no sustento ou até mesmo pode ser a principal fonte de renda da família. Isso provavelmente gera uma sobrecarga familiar entre trabalho/casa/lazer e talvez filhos, sendo que os resultados da pesquisa podem refletir diretamente no atendimento de cada paciente. Mesmo sendo maioria, ainda são minoria em cargos de liderança.

Com relação aos usuários dos serviços de saúde, dentre os participantes do estudo 75,3% são do sexo feminino e 24,7% do sexo masculino, com a idade prevalente entre 17 e 78 anos. Com relação ao estado civil, casado 28,9%, solteiro 53,6%, divorciado 8,2% , união estável 6,2% e viúvo 3,1%. As profissões predominantes entre os usuários são auxiliar de farmácia, aposentado, engenheiro civil, tecnólogo, estudante, analista, agente de atendimento entre outras.

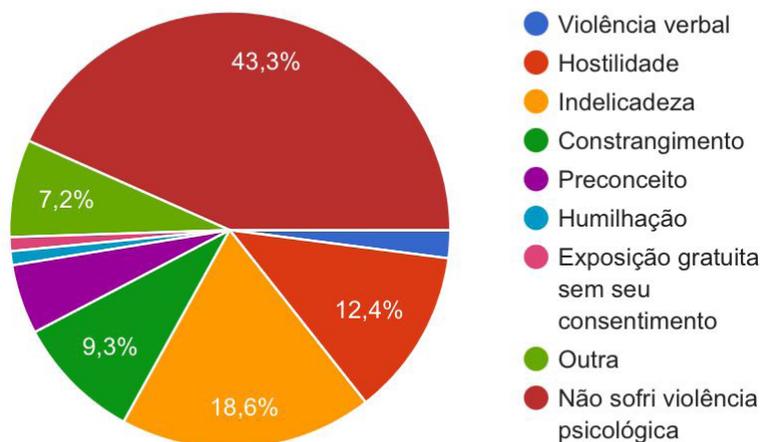
As mulheres também são as que mais procuram atendimento médico, seja por prevenção ou por atendimento de emergência. Não à toa estudos mostram que mulheres vivem anos a mais que os homens. Apesar do homem possuir mais escolaridade e renda melhor, existe novamente uma sociedade machista e patriarcal onde o homem acredita não precisar procurar auxílio médico, check-up anual e acaba procurando os serviços médicos somente quando realmente necessário.

O perfil de usuários atendidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS), caracteriza-se com predominância de indivíduos do gênero feminino, faixa etária de 40 a 59 anos, casadas, que residem com filhos e/ou companheiros, baixo nível de escolaridade e classe social. A respeito das doenças que apresentavam, as mais prevalentes são as doenças crônicas cardiovasculares. A busca pela unidade deu-se por motivo de sentir dores, solicitações de exames e medicamentos (FELCHILCHER, ARAÚJO, TRAVERSO, 2015).

Com relação a utilização de plano de saúde entre os usuários, 46,4% possuem essa conveniência e utilizam quando necessitam, sendo que 45,4% não possuem plano de saúde. Desses que buscam outros serviços, buscam o serviço público e 8,2% buscam o serviço privado e/ou particular. Dentre as profissões mais procuradas estão psiquiatra, psicólogos, nutricionistas fisioterapeutas, ginecologistas, endocrinologias, médicos generalistas, dermatologista, cardiologias, ortopedista, pneumologista, endocrinologista e pneumologista, gastroenterologia e infectologista e neurologista.

Os usuários que possuem planos de saúde ou fazem uso desse tipo de plano particular é porque contam com esse benefício do seu trabalho/emprego. Raramente em nosso país o cidadão comum consegue contar com um serviço de convênio ou particular se não houver algum tipo de subsídio ou benefício. Vemos que os profissionais mais procurados são os que cuidam da saúde mental, porém isso é reflexo não de uma sociedade precavida, mas de uma sociedade doente, onde o sistema (família/trabalho) adocece. Acaba sendo mais prioritário que o clínico geral, condição ideal onde a pessoa poderia passar por um check-up anual e diminuir assim os custos posteriores com doenças, além de aumentar a expectativa de vida.

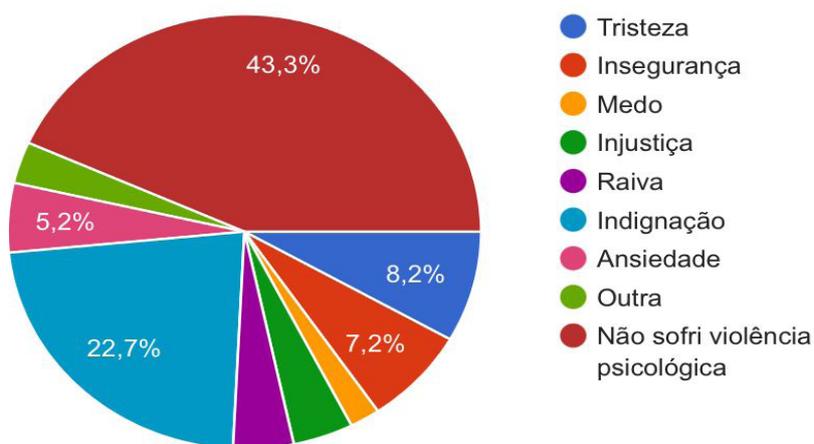
Figura 01: Tipos de violência sofrida pelos usuários em instituições de saúde



De acordo com o gráfico 1, é perceptível que a maioria (56,7%) dos usuários das instituições de saúde sofre violência psicológica, sendo 18,6% de indelicadeza, 9,3% de constrangimento, 12,4% de hostilidade e 7,2% de outras violências. Isso pode decorrer pelo processo da rotina e sobrecarga dos profissionais, que acabam prejudicando a qualidade e a humanidade do atendimento dos usuários.

De acordo com o estudo de Tavares (2013), a relação humana e a prática do cuidado algumas vezes não tem um processo de humanização desejável, que seja valorizado entre as partes a alteridade, solidariedade e respeito. Pacientes e clientes assim como profissionais sofre com violência no lugar que a priori seria destinado ao cuidado integral.

Gráfico 02: Sentimentos vivenciados pelos usuários relacionados à violência sofrida



Os sentimentos obtidos no estudo a partir do gráfico 2 revelam que a indignação se sobressai quanto aos sentimentos vivenciados a partir da violência sofrida pelos usuários nas instituições de saúde, tendo ainda insegurança, ansiedade e tristeza, o que pode levar a uma não procura das instituições de saúde.

4 CONCLUSÃO

Não há como o profissional de saúde escolher quem passará pela porta do consultório. Não há como saber o que esperar. Só o momento dirá. Porém até que ponto o profissional conseguiria “escolher” o paciente a ser atendido ou, na pior das hipóteses, verificar que ele é portador de algum transtorno mental e se dar o direito de não atender aquele paciente em estado de vulnerabilidade. O acolhimento não deve ser visto como um dispositivo fechado, e sim como um gesto dirigido a práticas voltadas ao outro, ou seja, estar disponível, orientar, abraçar a causa, dar o melhor de si para quem demanda, é buscar o espaço de saúde.

De acordo com o estudo, mais da metade dos usuários do sistema de saúde (56,7%) sofre violência psicológica (tristeza, insegurança, medo, injustiça, raiva, indignação, ansiedade e outros). Isso pode decorrer pelo processo da rotina e sobrecarga dos profissionais, que acabam prejudicando a qualidade e a humanidade do atendimento dos usuários.

Mesmo depois de 19 anos de Política Nacional de Humanização do SUS, vemos a mesma desumanização, o mesmo descaso, a mesma falta de ética, provando que leis não necessariamente conseguem contornar certos tipos de situações, onde o paciente se sente acuado, mas não possui um serviço de qualidade ou algum acolhimento. Ele não procurará ajuda e, pior, continuará dependendo desse sistema falho e desumano que é o atendimento de saúde pública no Brasil.

O paciente que, independentemente do sistema público ou privado, passar pelas mãos dos profissionais da saúde e se sentir constrangido ou intimidado, não sendo possível que suas queixas sejam registradas e sua dor seja validada, deve constar valer seus direitos. Infelizmente é muito mais complexo para uma sociedade que está mais acostumada com uma consulta rápida e sem vínculos, mas é possível que essa situação se reverta pelos próprios profissionais de saúde, dos novos aos mais antigos, para que esse círculo de descaso ou pouca valia seja desfeito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde. Brasília, MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, Distrito Federal, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília (DF). 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017).

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários. In: Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários. p. 144-144. 2011.

DORPAT, T.L. *Psychoanalysis & Psychotherapy*. E. Schiller St., Suíte 228 Elmhurst, IL 60126 11 (1): 91–96. 1994.

FELCHILCHER, E. Perfil dos usuários de uma unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. v. 6 n. 2: **Unoesc & Ciência** – ACBS. 2015.

GONÇALVES. **Manual de Metodologia Da Pesquisa Científica Avercamp**; 1ª edição (1 janeiro 2005).

HULLEY S.B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica. Capítulo 3: Escolhendo sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento**. Editora Artmed, 4ª edição, 2015.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. **Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde. 2019.

LOMBARDI, M.R., CAMPOS, V.P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**. 2018.

MARQUES, B. O. M. **O elefante e a cristaleira: o sistema de justiça criminal no âmbito da violência doméstica e familiar contra a mulher a partir de uma análise crítica**. ENSP - PPGSP - Dissertações de Mestrado Profissional [501]. Rio de Janeiro. 2019.

MATTOS, Mára Beatriz Pucci de. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúdeTrab. **educ. saúde** 9 (3), p. 348. Nov 2011

REINALDO, A. M. S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, mar; v. 12, n. 1, p. 173 – 8, 2012.

SBP. **Abuso psicológico afeta tanto saúde mental quanto física: como identificar**. VivaBem. São Paulo, 2020.

SIDDIQI, K., & SIDDIQI, N. Treatment of common mental disorders in primary care in low and middle-income countries. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 101, 957958. 2007.