

## O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Autor: Viviane Gonçalves Barroso  
Orientador: Cláudia Maria de Mattos Penna

*Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI*  
[viviane.barroso@cassi.com.br](mailto:viviane.barroso@cassi.com.br)

### Resumo:

A produção científica tem acompanhado o movimento de valorização da abordagem integral e da subjetividade. a) Objetivos: Considerando que o vínculo favorece a identificação de aspectos subjetivos do cuidado e que fortalece serviços e sistemas organizados pela Atenção Primária em Saúde, objetivou-se abordar os seus elementos constituintes e a forma como se estabelece, em um cenário do âmbito da saúde suplementar, orientado pelo Modelo de Atenção Integral e com serviços organizados a partir da Estratégia de Saúde da Família. b) Métodos: Foram entrevistados 33 participantes, com idade entre 19 e 97 anos, entre homens e mulheres, caracterizados como vinculados. A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o Interacionismo Simbólico foram os referenciais metodológico e teórico utilizados. A análise dos dados extraídos das entrevistas ocorreu a partir do processo de codificação proposto pela TFD (Codificação Aberta, Axial e Teórica). c) Resultados: A análise realizada permitiu o desvelamento dos elementos constituintes do vínculo, bem como a elaboração de teoria sobre como o vínculo é estabelecido. d) Conclusões: O vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo relacional que se dá de forma multifatorial, passando, entre outros, por aspectos sociais e subjetivos. Ressaltam-se elementos descritos ligados ao cenário conjuntural da realidade estudada, aplicáveis ao setor público.

### Palavras-chave:

Palavras Chaves: Vínculo, Cuidados primários, Saúde da Família, Saúde Suplementar, Teoria Fundamentada nos Dados.

### Introdução:

A valorização dos serviços e práticas orientados pela abordagem integral e pela subjetividade tem sido cada vez mais importante para o enfrentamento dos efeitos da medicina de consumo e dos aspectos biológicos do processo de saúde doença que alcançaram o campo da saúde. A socialização de resultados obtidos como consequência da reorientação da abordagem em saúde, que considera, essencialmente, o encontro singular com o sujeito, têm mobilizado gestores e profissionais a assumirem o propósito de analisar e modificar o cotidiano do cuidado, considerando as lacunas existentes, sejam culturais, organizacionais ou outras.

O modo como os serviços de saúde são organizados, a forma de atuação dos profissionais, e o envolvimento dos participantes

(usuários dos serviços de saúde), pode impactar os níveis de saúde e favorecer os resultados sanitários. Quando se considera os sistemas orientados pela Atenção Primária em Saúde (APS), a continuidade e a longitudinalidade da assistência, prováveis de ocorrerem, potencializam, entre outros, o cuidado mais apropriado e seguro, e a adesão ao tratamento(1).

Neste sentido, valorizar a subjetividade de um dos diferentes atores envolvidos nas ações cuidadoras de uma autogestão que organiza o sistema de serviços de saúde pela APS, e reunir subsídios que pudessem contribuir para a reorientação da forma de organização dos serviços e das práticas de saúde, mobilizaram a proposição e o desenvolvimento de tese de doutoramento que subsidiou a elaboração desse artigo. Considerou-se a importância de socializar evidências de experiência bem sucedida, com resultados robustos no que diz respeito ao cuidado de saúde, decorrentes da coordenação da atenção à saúde, ao longo do tempo.

O vínculo estabelecido no cotidiano do cuidado é fundamental para o desenvolvimento dos cuidados primários. Socializar conceitos acerca da constituição do vínculo, fenômeno estudado, na medida em que coloca o sujeito na centralidade do cuidado e favorece a identificação de aspectos subjetivos que contribuem para a adesão ao tratamento, fortalece o desenvolvimento de comunidades, sistemas e serviços de saúde, e a formulação de políticas públicas focadas na APS(2,3).

É relevante, quando se considera o número de pessoas assistidas pela saúde suplementar brasileira, a percepção da relação entre o público e o privado e das potencialidades dessa relação na indução da cultura de promoção da saúde e prevenção de doenças, no que se refere ao modelo assistencial. No segmento das autogestões, onde se encontram os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o subsegmento não comercial do mercado de planos de saúde, o cuidado com a saúde dos usuários implica, por vezes, em mecanismos de responsabilização, por parte da operadora e dos produtores de serviços, na realização de cuidados singulares, em ação integral, buscando-se a continuidade e a longitudinalidade(4).

Considerou-se(5,6) que o vínculo pode ser compreendido como a relação de confiança e responsabilização estabelecida, ao longo do tempo, entre os profissionais de saúde e os participantes. No cotidiano do cuidado em saúde, sua constituição desencadeia trocas de experiências e saberes que contribuem para a percepção de sutilezas que tornam possível a efetividade das práticas em saúde. O fortalecimento do vínculo é fundamental para o

desenvolvimento dos sistemas de saúde orientados pela APS.

O presente artigo aborda os elementos constituintes do vínculo na concepção de participantes de uma instituição de saúde suplementar, que suscitaram os questionamentos, a saber: como se constitui o vínculo na APS? O que isso pode significar para a saúde pública? Considerando concepções de vínculo no cotidiano de participantes, e os aspectos subjetivos do cuidado, desvela-se, teorização sobre a construção do vínculo em saúde. Objetivou-se abordar os elementos constituintes do vínculo e a forma como se estabelece, em um cenário do âmbito da saúde suplementar, orientado pelo Modelo de Atenção Integral e com serviços organizados a partir da Estratégia de Saúde da Família.

### **Metodologia:**

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o Interacionismo Simbólico (IS) foram os referenciais metodológico e teórico de pesquisa qualitativa de natureza social que permitiu a conceitualização com conseqüente construção de teoria a respeito de determinada realidade, por meio da interação sistemática do pesquisador com os dados coletados. Foi considerado o pressuposto de que o processo relacional entre usuários e profissionais de saúde é repleto de significados, tanto técnicos quanto sociais e culturais, e que no contato entre profissional e pessoas, tais significados modificam-se e levam a novas concepções (7,8).

O cenário de pesquisa é uma autogestão de porte nacional, constituída historicamente por trabalhadores de uma tradicional instituição bancária no Brasil, que possui 72 anos de atividade e o maior público desse segmento. O estudo abrange os serviços próprios de atenção primária da referida autogestão, localizados nos limites geográficos do Estado de Minas Gerais, situados em cinco cidades polo regionais, orientados pelo modelo de atenção integral e pela estratégia de saúde da família.

Foram entrevistados 33 participantes, com idade entre 19 e 97 anos, entre homens e mulheres, caracterizados como vinculados. Para a caracterização do vínculo foi solicitado que os profissionais que atuavam em cada serviço indicassem, em conjunto, pelo menos dois participantes, previamente considerados vinculados, por faixa etária estabelecida e gênero. Para os participantes indicados pelas equipes, foi estabelecido perfil de utilização dos serviços (frequência de utilização nos últimos três anos, tipos de atendimentos, profissionais envolvidos no cuidado, acompanhamento em programas de saúde, além da participação em atividades coletivas). A listagem foi tratada pela

pesquisadora para a identificação daqueles participantes que poderiam compor as diferentes amostragens e variações previstas na TFD. O número total de participantes pesquisados foi alcançado levando-se em conta as etapas de desenvolvimento da pesquisa e os aspectos particulares da TFD, até a saturação dos dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, principal método na TFD. As entrevistas foram agendadas por meio de contato telefônico realizado pela pesquisadora. Os locais para a realização das entrevistas foram escolhidos pelos participantes. Para o início das entrevistas, foi utilizada questão introdutória semelhante para todos os entrevistados e, na sequência questões norteadoras chaves. No decorrer do processo, após imediata análise das entrevistas, conforme previsto na TFD, foram incluídas questões que objetivavam validar impressões ou elucidar aspectos evidenciados na entrevista anterior. As entrevistas foram gravadas por meio de mídia eletrônica, após a autorização pelos participantes, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido. Foram utilizados, tanto nas entrevistas quanto no processo de elaboração da teorização sobre o vínculo, registros realizados no memorando.

A análise dos dados, considerando a TFD, foi iniciada logo após a primeira entrevista, por meio de categorização inicial. O processo foi mantido, entrevista a entrevista, passando pelas etapas seguintes, até a construção final da teoria. A análise passou pelas fases de descrição e de ordenamento conceitual, com a consequente construção da teoria, na fase final(7,9), obedecendo à sequência de codificações, iniciando pela Aberta, passando pela Axial e finalizando com a Seletiva, conforme a escolha metodológica. Todas as entrevistas foram analisadas com a ajuda de dicionário, o que contribuiu para a identificação do(s) sentido(s) atribuído(s) às palavras utilizadas, no contexto, pelos usuários.

As ideias expressadas, identificadas no processo de análise linha a linha e parágrafo a parágrafo, foram registradas em categorias iniciais, seguindo os significados e especificidades. Num processo dinâmico de experimentação de aproximações relacionais entre as categorias, foram reforçadas e criadas novas categorias e delimitadas subcategorias. A cada entrevista foram construídas novas relações entre as categorias e subcategorias, representadas, ao longo do processo, por inúmeros e diferentes diagramas que se modificaram, acompanhando o movimento das análises. Os dados apresentados nas categorias e na teoria, ao final, correspondem ao construto resultante das etapas de codificação e elaboração final da teoria.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal

de Minas Gerais sob o parecer número 36.741, de 13 de junho de 2012.

### **Resultados:**

Os resultados sintetizados nessa sessão foram constituídos de conceitos e subconceitos organizados em categorias e subcategorias, que conduziram, ao final, para a teoria fundamentada no tema central, o vínculo.

A primeira categoria, nomeada Pertencimento, trata das referências que levam à confiança na instituição cuidadora, que influenciam, a priori, a procura e as interações de cuidado nos serviços. Evidencia-se que os participantes estabelecem, entre si, relações diversas, inclusive decorrentes das necessidades de cuidado, nas quais são compartilhadas e potencializadas as referências oriundas do relacionamento, ao longo do tempo. Os participantes identificam-se como parte de grupo social e, mediante convivência favorecida pelas estratégias de cuidado, potencializa-se o sentimento de pertença. As atividades coletivas para a discussão de temas relacionados à saúde, por exemplo, tornam-se local de encontro e espaço de compartilhamento, ampliando a identificação de pares e a percepção do pertencimento.

As referências decorrentes da imagem acerca da instituição cuidadora contribuem para o estabelecimento de relações pautadas na confiança, mesmo antes de as oportunidades de atendimento à saúde se concretizarem nos serviços. Os símbolos que constituem a imagem que se tem da instituição (segurança, confiança, tradição, gabarito, tranquilidade, sonho, referência) contribuem para o sentimento de confiança estabelecido na relação cuidadora.

As histórias pessoais dos participantes, por sua vez, misturam-se àquela da instituição. São compartilhadas, valorizadas e tornam ainda mais familiares e pessoais as relações estabelecidas, fazendo com que cada um adote postura que reflete-se no zelo com a instituição cuidadora, ampliando-se o sentimento de pertencimento. Por se sentirem próximos, como “donos”, e por valorizarem a instituição, os participantes respeitam e preocupam-se com a utilização dos recursos, que ocorre de maneira não abusiva e respeitosa, diante das necessidades.

O pertencimento que favorece o vínculo é conceituado, por fim, como aquele sentimento que identifica os participantes como parte legítima de determinado contexto e grupo social, nos quais símbolos expressam valores, tornando-os, simultaneamente, cuidados e corresponsáveis pelo cuidado da instituição

cuidadora; e relaciona-se com o vínculo por predispor e favorecer, ao longo do tempo, a confiança na instituição cuidadora, e o estabelecimento de relações, mediante vivências das estratégias de cuidado nos serviços(10).

A segunda categoria, nomeada Acolhimento, aborda a confiança no serviço e considera o modo orientado como os serviços se organizam. Na ocorrência de problemas de saúde, os participantes dirigem-se aos serviços com expectativas em relação ao acolhimento, no que diz respeito à disponibilidade para o atendimento (acessibilidade) e à capacidade de responderem às demandas apresentadas (resolutividade).

A acessibilidade é identificada na estrutura e na atitude dos profissionais e decorre da forma de organização do ambiente, e da disponibilidade da agenda, compatíveis com os atendimentos a serem realizados, à forma como os participantes são recebidos pelas pessoas, que contempla a disponibilidade dos profissionais e o atendimento personalizado.

A resolutividade dos serviços é caracterizada pela agilidade no agendamento e na resolução das demandas, pela flexibilidade (diferentes meios e formas são utilizados para garantir que o retorno aconteça), e pelo compromisso dos profissionais na realização dos retornos. As respostas para as demandas são identificadas pelas ações e comportamentos do coletivo de profissionais e as respostas aos problemas apresentados referem-se àquelas obtidas no próprio serviço ou por intermediação com serviços dos níveis secundário e terciário.

O tempo de relacionamento confere maturidade ao sentimento que os participantes experimentam acerca da acessibilidade e da resolutividade dos serviços. Na recorrência de contatos exitosos para o cuidado de saúde, constitui-se a história de cuidado de cada participante, alimentando-se a confiança nos serviços. Mediante acolhimento que satisfaz às expectativas, estabelece-se a confiança, que é potencializada, ao longo do tempo, na recorrência de contatos(10).

A terceira categoria, Cuidado em Ato, resulta da articulação de atributos pessoais e técnicos à forma orientada e estruturada do fazer nos serviços (expectativas dos participantes relativas aos próprios profissionais e à forma como atuam). Trata-se da confiança relativa ao modo de cuidar. Os participantes deparam-se com a singularidade do cuidado, mediante relações permeadas de subjetividades, ao longo do tempo, pelo jeito de ser e pelo saber e fazer dos profissionais que constituem as três subcategorias seguintes.

A subcategoria Ser trata da abertura para o diálogo, por parte dos participantes e dos profissionais (postura de escuta, troca de ideias e questionamento habilidoso), e dos atributos pessoais dos profissionais (carinho, educação,

cordialidade, delicadeza, interesse, preocupação, zelo, atenção, e confiança), que potencializam os relacionamentos e ampliam a confiança no cuidado, que favorece o estabelecimento do vínculo. Os participantes identificam tais atributos em determinada forma de agir que leva ao cuidado de uma forma duradoura, por meio de uma relação de confiança. Por vezes, a forma de agir supera as expectativas, constituindo-se como marca positiva do cuidado, que potencializa, ainda mais, a confiança e o vínculo.

A subcategoria Saber refere-se à capacidade técnica dos profissionais. Quando existente e utilizada em prol do relacionamento, resulta em confiança no cuidado, contribuindo para o estabelecimento do vínculo. Os atributos técnicos (competência, minuciosidade, assertividade, profundidade, e respeito às escolhas) levam à assertividade das condutas. Há uma expectativa do participante em relação ao saber do profissional, uma vez que gera a segurança necessária para o estabelecimento das relações de cuidado.

Existem, também, aspectos organizacionais que influenciam o estabelecimento do vínculo. Trata-se da Subcategoria Fazer, que considera o conjunto de diretrizes e princípios que orientam o desenvolvimento do cuidado e relaciona-se à forma singular de fazer o cuidado acontecer, no âmbito dos serviços. Os participantes identificam, permeando a atuação dos profissionais, a orientação do cuidado (forma de atenção, forma e foco da abordagem, acompanhamento do cuidado, e trabalho em equipe) e a forma de organização do processo de trabalho (seleção dos profissionais, atendimento da demanda espontânea, realização de pré-consulta e busca ativa). Os componentes organizacionais relacionados à orientação para o cuidado (modelo e estratégia assistenciais) e à estruturação do processo de trabalho possibilitam verificar que existe a percepção e a valorização de fatores relacionados ao fazer estruturado e organizado.

Observou-se(10) que a recorrência de contatos para o cuidado, que evidencia e potencializa o vínculo, conforme explicita a Teoria da construção do vínculo em saúde, decorre das relações de confiança estabelecidas pelo sentimento de pertencimento, pelo acolhimento nos serviços próprios e pelo cuidado em ato.

O vínculo decorre de relações de cuidado ao longo do tempo, mediante confiança na proposta assistencial, que resulta da confiança na instituição cuidadora, nos serviços e no cuidado e potencializa tal confiança, num processo não linear que se retroalimenta, a cada oportunidade de cuidado, conforme demonstrado na Figura 1.

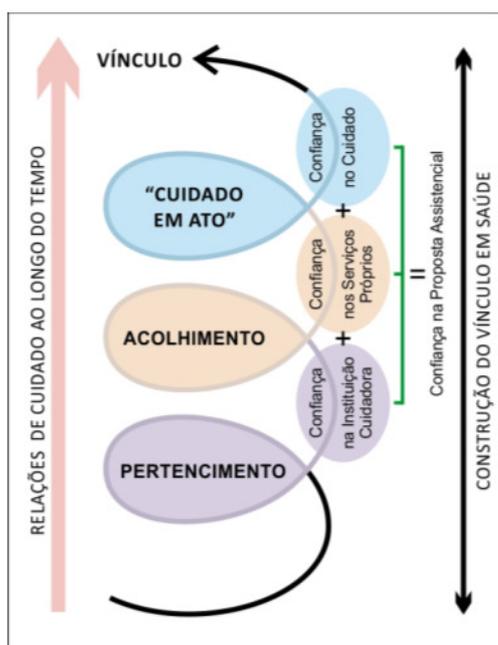


Figura 1: Teoria da construção do vínculo em saúde

Fonte: Barroso (2017)

Sobre a teoria que resulta da articulação estabelecida entre as categorias e subcategorias apresentadas, remete-se, por fim, às relações estabelecidas no tempo cíclico, circular, que possibilita o retorno aos momentos que são reeditados, à cada experiência.

### Discussão:

As relações de cuidado em saúde relacionam-se aos fatores sociais, biológicos, subjetivos, técnicos e organizacionais relativos aos serviços e sistemas e, a depender da forma como o processo de cuidado se estabelece, levam à confiança e, por conseguinte, ao vínculo, demonstrando que confiança e vínculo mantêm estreita relação. O vínculo nos serviços de saúde se constrói em um processo relacional que se dá de forma multifatorial.

Compreender com mais profundidade as subjetividades que levam ao vínculo, como por exemplo, aquela experimentada em relação ao pertencimento, poderia favorecer, na perspectiva organizacional, o estabelecimento de estratégias de sensibilização dos participantes para o cuidado coordenado pela APS, inclusive na saúde pública(11).

Assim como em outros estudos(12), observou-se que o acolhimento pode ser abordado na perspectiva do processo de trabalho, registrando

que as práticas profissionais e a própria organização do trabalho devem ser problematizadas em relação à sua capacidade de dar acolhimento às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas. A garantia do acesso e a ampliação da resolutividade são desafios para a saúde pública, o que suscita a aplicabilidade da discussão para o desenvolvimento do setor no âmbito da APS, colocando-se em prática estratégias aplicáveis em diferentes contextos regionais e sistemas de saúde.

Considerando o cuidado em ato, ressalta-se que o vínculo construído com os profissionais evidencia dimensão afetiva que soma-se à forma de realizar o cuidado em determinado serviço, levando-se às reflexões relacionadas à dimensão organizacional, passíveis de serem analisadas em diferentes serviços, inclusive aqueles que compõem os sistemas públicos brasileiros(10).

Importante ressaltar que os fenômenos vivenciados em diferentes serviços, sistemas e organizações podem ser analisados na perspectiva de distintos campos do conhecimento e domínios teóricos, o que suscita a necessidade de análises mais complexas, fundamentada na articulação de conceitos de diferentes áreas (13).

No que diz respeito à construção do vínculo, destaca-se a potencialização do estreitamento das relações com o tempo, o que remeta à longitudinalidade do cuidado, considerada característica central da APS. Desta forma, os serviços e os sistemas organizados pela APS possuem potencial de vinculação que pode impactar os níveis de saúde e favorecer os resultados sanitários.

### **Conclusões:**

Foram evidenciados subsídios que podem contribuir para a reorientação da proposta assistencial e das práticas de saúde organizadas pela APS. Ressaltam-se elementos descritos ligados ao cenário conjuntural da realidade estudada, que apresentam grande potencial de aplicabilidade na saúde pública.

Os resultados expressam, indiretamente, aspectos relevantes, na visão dos participantes, e dão pistas para a definição de estratégias de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação que considerem a satisfação dos usuários e os resultados da atenção à saúde no âmbito da APS.

Os resultados evidenciam aspectos que contribuem para o fortalecimento das práticas em APS, trazendo à tona elementos do cuidado que

valorizam campos de ação abordados nas discussões sobre a promoção da saúde e a abordagem centrada na pessoa, além de apresentar teoria que permite a percepção do vínculo em múltiplas dimensões, além de demonstrar como ele se constrói, em determinada realidade.

O conteúdo oferece indicações para a operacionalização do modelo assistencial centrado na qualidade e nas necessidades dos participantes, e evidencia potencialidades do cuidado que emerge de processos, tecnologias e ações produtoras de vínculo.

Os resultados apresentados instigam investigações futuras na concepção de diferentes sujeitos, entre eles os profissionais de saúde. Cabe apontar, também, para as dimensões social e política passíveis de serem consideradas para a compreensão do vínculo, decorrente da aproximação teórica de estudos sociológicos.

Considera-se, por fim, o limite e a complexidade do estabelecimento de uma teoria completa e definitiva, ainda que a Teoria da construção do vínculo em saúde se configure como teoria a ser replicada em outros contextos, em especial aqueles relativos à APS, considerando que o fortalecimento do vínculo é essencial para o desenvolvimento dos sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária.

#### **Referências:**

- 1- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 38(3), 831-865.
- 2- Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5) (2010).
- 3- Ilha, S., Dias, M. V., Backes, D. S., & Backes, M. T. S. (2014). Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família DOI: 10.4025/ciencucuidsaude. v13i3. 19661. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(3), 556-562.
- 4- Malta, DC., Alzira, OJ. Modelos Assistenciais na Saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13(5):1535-1542, 2008.
- 5- Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1101-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180142194008>. Acessado em 08 de Dezembro de 2017.
- 6- Viegas, SMF. Penna, CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Rene*. 2012; 13(2):375-85.
- 7- Strauss AL, Corbin JM. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de

teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.

8- Cunha JJ, Santos PMD, Correa ABH, Hermann AP, Lacerda MR. A oportunidade de trabalhar com a teoria fundamentada nos dados na graduação em enfermagem. *Cienc. Cuid. Saude* 2012 Jul/Set; 11(3):593-599. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.14183>.

9- Cassiani, S. H. B.; Clairi, M. H. L.; Pelá, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev. latino-am. enfermagem. Ribeirão Preto*, v. a, n.3, p. 75-88, dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a07>. Acessado em 03 de Fev. 2015.

10- Barroso, V.G., Teoria da construção do vínculo em saúde em um serviço de saúde suplementar [manuscrito] / Viviane Gonçalves Barroso. - 2017. 148f. Orientadora: Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/854D.PDF>. Acessado em 10 de Dez. 2017.

11- Barroso, V. G., & de Mattos, C. M. (2016). Sentimento de pertencimento na constituição do vínculo em uma autogestão de saúde suplementar/Feeling of belonging in the constitution of the bond in a supplementary health self-management. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(4), 616-623. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i4.33385>. Acessado em 09 de Dez. 2017

12- Montenegro, L.C; Penna, C.M.M.; Brito, M.J.M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2010; 44(3): 649-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/14>. Acessado em 17 de Abr. 2017.

13- Rabelo, MC., Alves, PCB. e souza, I.M.A. (1999). Experiência de doença e narrativa. SciELO-Editora FIOCRUZ. 264p