

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Priscila de Melo Zubiaurre

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

Santa Maria, RS
2022

Priscila de Melo Zubiaurre

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

Artigo de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daiana Foggiato de Siqueira

Santa Maria, RS
2022

Priscila de Melo Zubiaurre

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

Artigo de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Aprovado em 18 de fevereiro de 2022.

Daiana Foggiato de Siqueira, Prof.^a Dr.^a (UFSM)
(Orientadora)

Patrícia Machado de Vargas, Psico. Esp.
(Examinadora)

Lionara de Cássia Paim Marinho, Fisio. Me.
(Examinadora)

Marcelo da Rosa Maia, Enf. Me.
(Suplente)

Santa Maria, RS
2022

Para os usuários e profissionais de Saúde Mental que,
de alguma forma, potencializaram minha trajetória.

*“Longe de ser a loucura o fato
contingente das fragilidades de
um organismo, ela é a virtualidade
permanente de uma falha aberta na sua essência.*

*Longe de ser para a liberdade
‘um insulto’, ela é sua mais
Fiel companheira, ele segue
seu movimento como uma sombra.*

*E o ser do homem, não somente
não pode ser compreendido sem
a loucura, mas também ele não
seria o ser do homem se não
trouxesse nele a loucura, como
limite de sua liberdade.”*

(LACAN, 1946)

RESUMO

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

AUTORA: Priscila de Melo Zubiaurre
ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Daiana Foggiato de Siqueira

A Reforma Sanitária e a conseqüente implantação do Sistema Único de Saúde, trouxeram consigo a ampliação do conceito de saúde, e com isso, a necessidade de novas/outras estratégias de cuidado para sua melhor contemplação. A Reforma Psiquiátrica passa a incorporar a nova concepção de saúde, rompendo com o modo de olhar e de compreender a experiência humana característicos da racionalidade psiquiátrica da época. O Projeto Terapêutico Singular passa a ser uma das principais estratégias de cuidado em saúde, principalmente no que tange a saúde mental. Desta forma, buscou-se conhecer a percepção dos profissionais de Saúde Mental acerca do Projeto Terapêutico Singular. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Tem como cenários uma Unidade de Atenção Psicossocial no contexto hospitalar, e um Centro de Atenção Psicossocial ad II, de uma cidade do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com os profissionais de Saúde Mental. Para análise dos dados coletados, adotou-se a Análise de Conteúdo Temática de Minayo. Os resultados apontam que a compreensão sobre o PTS está atrelada às práticas no contexto dos serviços em que os entrevistados atuam, e ao nível de atenção em que se encontram. Conclui-se que o instrumento viabiliza maior grau de resolubilidade do cuidado. Assegura, a partir da atuação multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial a integralidade e a equidade do cuidado ao usuário assistido, além de caracterizar-se como estratégia de resistência frente aos retrocessos impostos pelas novas políticas públicas de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Projeto Terapêutico Singular. Centro de Atenção Psicossocial. Unidade de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT: PERCEPTION OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

AUTHOR: Priscila de Melo Zubiaurre

ADVISOR: Prof.^a Dr.^a Daiana Foggiato de Siqueira

The Health Reform and the consequent implementation of the Unified Health System, brought with it the expansion of the concept of health, and with it, the need for new/other care strategies for its better contemplation. The Psychiatric Reform began to incorporate the new concept of health, breaking with the way of looking at and understanding the human experience that was characteristic of the psychiatric rationality of the time. The Singular Therapeutic Project becomes one of the main health care strategies, especially with regard to mental health. Thus, we sought to know the perception of Mental Health professionals about the Singular Therapeutic Project. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. Its scenarios are a Psychosocial Care Unit in the hospital context, and a Psychosocial Care Center ad II, in a city in the State of Rio Grande do Sul. Data collection was carried out through semi-structured interviews, carried out with health professionals Mental. To analyze the collected data, Minayo's Thematic Content Analysis was adopted. The results show that the understanding of the PTS is linked to practices in the context of the services in which the interviewees work, and to the level of care in which they find themselves. It is concluded that the instrument enables a greater degree of resolvability of care. It ensures, through multidisciplinary, interdisciplinary and intersectoral action, the integrality and equity of care for the assisted user, in addition to being characterized as a strategy of resistance against the setbacks imposed by new public policies on psychosocial care.

Keywords: Mental Health. Unique Therapeutic Project. Psychosocial Care Center. Psychosocial Care Unit.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ad	Álcool e outras drogas
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAP	Unidade de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	10
2. RESULTADOS	11
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL	12
RESUMO	12
ABSTRACT	12
RESUMEN	13
INTRODUÇÃO	13
MÉTODO	17
RESULTADOS	19
Conceito Ampliado de Projeto Terapêutico Singular	20
Instrumento Multiprofissional e Interdisciplinar	20
Conceito/Olhar Ampliado	21
Dispositivo de Gestão do Cuidado	21
Previne Reinternações e Evita Maiores Gastos Públicos	21
Organizador do Cuidado	23
(Des)conhecimento na Atenção Terciária	23
DISCUSSÃO	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	36
ANEXO B - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA	40

1 APRESENTAÇÃO

Para contextualizar a aproximação com a temática abordada neste trabalho, reporta-se às experiências vividas durante a trajetória acadêmica no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). As vivências aconteceram em dois serviços dos diferentes níveis de atenção psicossocial: uma Unidade de Atenção Psicossocial (atenção terciária) no contexto hospitalar; e um CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) ad (álcool e outras drogas) II. Nestes cenários, atuamos enquanto equipe multiprofissional, composta pelas seguintes disciplinas: Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.

Ao estabelecer uma relação entre os dois campos de atuação, nos deparamos com diferentes desafios em relação aos processos de trabalho em Saúde Mental. No entanto, o maior desafio reside na prevalência do modelo hegemônico de cuidado, ainda hoje, nos serviços de atenção psicossocial. Fato que como percebidos, acabam dificultando a assistência ao usuário de saúde mental, mais precisamente, na atenção e gestão do seu cuidado. Assim, percebeu-se a necessidade de se (re)pensar a atenção e a gestão do cuidado nos serviços assistenciais de Saúde Mental, considerando sobretudo o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Sabe-se que este instrumento é utilizado na prática cotidiana nos serviços de Saúde Mental que são os cenários da presente pesquisa. O PTS caracteriza-se como um instrumento em que o usuário e seu familiar são atendidos de forma individualizada, colocando-os na centralidade do cuidado para a construção de sua terapêutica. Apresenta-se como uma outra/nova possibilidade no que tange o cuidado, pois rompe com a antiga ideia de uma atenção fragmentada, característica do modelo hegemônico de cuidado, e possibilita novos olhares frente ao usuário de Saúde Mental.

Nesse sentido, visando reunir subsídios que mobilizem a adoção de práticas que qualificam a assistência em Saúde Mental, a presente pesquisa apresenta como objetivo: conhecer a percepção dos profissionais de Saúde Mental acerca do Projeto Terapêutico Singular.

2 RESULTADOS

O Trabalho de Conclusão da Residência será apresentado na forma de um artigo científico, de acordo com as normas de submissão da Revista Psicologia e Saúde, da Universidade Católica Dom Bosco, a que será submetido para apreciação (ANEXO B).

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Resumo

Buscou-se conhecer a percepção dos profissionais de Saúde Mental acerca do Projeto Terapêutico Singular. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Tem como cenários uma Unidade de Atenção Psicossocial no contexto hospitalar, e um Centro de Atenção Psicossocial ad II, de uma cidade do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com os profissionais de Saúde Mental. Para análise dos dados coletados, adotou-se a análise de conteúdo temática de Minayo. Os resultados apontam que a compreensão sobre o Projeto Terapêutico Singular está atrelada às práticas no contexto dos serviços em que os entrevistados atuam e ao nível de atenção em que se encontram. Conclui-se que o instrumento viabiliza maior grau de resolubilidade do cuidado. Assegura, a partir da atuação multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial a integralidade e a equidade do cuidado ao usuário assistido.

Palavras-chave: Saúde Mental. Projeto Terapêutico Singular. Centro de Atenção Psicossocial. Unidade de Atenção Psicossocial.

Abstract

We sought to know the perception of Mental Health professionals about the Singular Therapeutic Project. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. Its scenarios are a Psychosocial Care Unit in the hospital context, and a Psychosocial Care Center ad II, in a city in the State of Rio Grande do Sul. Data collection was carried out through semi-structured interviews, carried out with Mental Health professionals. For analysis of the collected data, a thematic content analysis of Minayo was adopted. The results show that the understanding of the Singular Therapeutic Project is linked to practices in the context of the

services in which the interviewees work and to the level of care in which they are chosen. It is concluded that the instrument enables a greater degree of resolvability of care. It ensures, based on multidisciplinary, interdisciplinary and intersectoral action, the integrality and equity of care for the assisted user.

Keywords: Mental Health. Unique Therapeutic Project. Psychosocial Care Center.

Psychosocial Care Unit.

Resumen

Se buscó conocer la percepción de los profesionales de la Salud Mental sobre el Proyecto Terapéutico Singular (PTS). Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Sus escenarios son una Unidad de Atención Psicosocial en el contexto hospitalario, y un Centro de Atención Psicosocial ad II, en una ciudad del Estado de Rio Grande do Sul. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, realizadas con profesionales de la salud Mental. Para analizar los datos recolectados se adoptó el análisis de contenido temático de Minayo. Los resultados muestran que la comprensión del PTS está vinculada a las prácticas en el contexto de los servicios en los que trabajan los entrevistados y al nivel de atención en el que se encuentran. Se concluye que el instrumento posibilita un mayor grado de resolubilidad de los cuidados. Asegura, a partir de una acción multidisciplinar, interdisciplinar e intersectorial, la integralidad y equidad de la atención al usuario asistido.

Palabras clave: Salud mental. Proyecto Terapéutico Único. Centro de Atención Psicosocial.

Unidad de Atención Psicosocial.

Introdução

A partir dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que tiveram o seu início no final dos anos 70, o conceito de “saúde” vem se modificando, e com ele,

mudam-se as estratégias de cuidado para a sua melhor contemplação. A Reforma Sanitária Brasileira e a consequente implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitaram a ampliação do conceito de saúde, tornando constante a relação entre doença e saúde. Esta última, passa a ser entendida como uma forma de potência para lidar com a própria existência e a doença como um sentimento de uma vida contrariada. Entende-se, desta forma, que os sentidos estabelecidos de saúde e doença passaram a carregar consigo um caráter subjetivo, que se relaciona ao modo de vida individual e coletivo, englobando história e cultura no seu processo de constituição (Czeresnia, Maciel, & Oviedo, 2013; Mendonça & Lanza, 2021).

A partir da incorporação da nova concepção de saúde, o movimento da Reforma Psiquiátrica passa a compreender o processo saúde-doença nas suas diferentes dimensões na tentativa de superar o paradigma manicomial e ultrapassar a simples ideia de mudança do modelo de assistência em saúde mental. Assim, rompe-se com o modo de olhar e de compreender a experiência humana característicos da racionalidade psiquiátrica da época, percebendo o sofrimento humano como parte do plano da vida e de suas infinitas manifestações. Com isso, passa-se a construir um novo lugar social para a loucura (Guljor & Amarante, 2017; Yasui, Luzio, & Amarante, 2018).

O conceito ampliado de saúde, frente aos processos saúde-doença, fez emergir a necessidade de inovações que permitam a criação de múltiplas respostas ao seu enfrentamento. Faz-se necessária a criação de uma rede denominada *substitutiva*, composta por serviços descentralizados, distribuídos pelo território e que pudessem contemplar a multidimensionalidade da vida. Assim, se estabelece uma rede temática e prioritária aos cuidados em saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Amarante & Nunes, 2018; Lima & Guimarães, 2019).

No ano de 2011, passa a ser instituída a RAPS através da Portaria GM/MS nº 3.088/11, a qual possibilita uma nova dimensão ao conjunto das ações em Saúde Mental no

SUS. Tem como objetivos principais: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, a partir de diferentes níveis de complexidade (primário, secundário e terciário); a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrente do uso de substâncias psicoativas e suas famílias aos pontos de atenção; a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, de forma a qualificar o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo/longitudinal, e da atenção às urgências (Amarante & Nunes, 2018).

A portaria passa a ser revista no ano de 2017, por meio da resolução nº 32, a qual é responsável por estabelecer diretrizes para o fortalecimento da RAPS. Nesta, os hospitais psiquiátricos passam a fazer parte da RAPS, colocando-se como antítese ao referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica. Apesar do novo modelo de cuidado em saúde mental proposto após movimentos da Reforma ter avançado lentamente ao longo dos anos, foi um processo ininterrupto, lutando por um cuidado pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais. Com a proposta desta nova resolução, o campo da atenção psicossocial no Brasil retrocede aos 35 anos de luta por uma sociedade sem manicômios sustentada de acordo com a Lei nº 10.216/01. Apesar da legitimidade do debate acerca do modelo assistencial, as mudanças não se sustentam em termos de fundamentação e argumentação teórico-científica. Por este motivo, ainda se busca os melhores caminhos para enfrentar os desafios que estão sendo vivenciados na atenção psicossocial (Cruz, Gonçalves, & Delgado, 2020).

A transição do modelo assistencial em saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica trouxe consigo um novo desafio: novas práticas de cuidado no atual contexto. É neste cenário que se origina a noção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), possibilitando produzir um olhar implicado e construir uma cadeia de cuidados. E apesar de o PTS ser proposto inicialmente no âmbito da Atenção Básica, acaba se inserindo em outros serviços de

atenção à Saúde Mental. Torna-se um dos dispositivos consagrados como fundamentais para o desenvolvimento de sua práxis e uma das principais estratégias de cuidado propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH), considerando o plano existencial, e portanto, singular de cada sujeito (Guljor & Amarante, 2017; Yasui, Luzio, & Amarante, 2018).

A PNH foi lançada em 2003, com a proposta de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. Objetivava produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, de modo a estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder. Com isso, produzia-se gradativamente, práticas humanizadas capazes de promover a autonomia e corresponsabilidade dos profissionais de saúde na prática cotidiana de seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (Brasil, 2013b). Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), passa a caracterizar-se como um instrumento em que o usuário e seu familiar são atendidos de forma individualizada. Tem-se como prioridade o acolhimento e o vínculo firmado pelos atores da cena, inserindo usuário e familiar na centralidade do cuidado, o que irá possibilitar a construção de sua terapêutica (Brasil, 2008).

Ao encontro dessas prerrogativas e ao cenário paradigmático da Reforma, o PTS apresenta-se como uma outra/nova possibilidade no que tange o cuidado, mais precisamente a gestão do cuidado e na atenção psicossocial. Ele rompe com a antiga ideia de um cuidado fragmentado e possibilita novos olhares para as ações no campo da Saúde Mental (Silva, Sousa, Nunes, Farinha, & Bezerra, 2020).

Diante do exposto, entende-se a importância da temática, o interesse e a motivação que emergiram da vivência das autoras durante a prática em dois dos diferentes níveis de serviços de atenção psicossocial. Trata-se de uma Unidade de Atenção Psicossocial (atenção terciária) no contexto hospitalar, em um CAPs II ad (atenção secundária) e o estabelecimento da relação entre esses dois campos de atuação. Além do mais, a presente pesquisa justifica-se pela

percepção das autoras durante a vivência da prática nos campos, destacando por vezes, a prevalência do modelo hegemônico de cuidado em saúde mental. Fatos que, como percebidos, acabam dificultando e gerando desafios na assistência ao usuário de saúde mental, mais precisamente, na atenção e gestão do seu cuidado.

Assim, a partir desses pressupostos, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais de Saúde Mental acerca do Projeto Terapêutico Singular.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória. Entende que este método de pesquisa é adequado para a análise do fenômeno social investigado e sua interface com o campo da saúde mental. Nesta abordagem, pode-se dimensionar a compreensão dos significados, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas institucionais envolvidas (Minayo, 2017).

A pesquisa conta com dois cenários de investigação, sendo uma Unidade de Atenção Psicossocial (UAP) no contexto hospitalar e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) II álcool e outras drogas (ad) de um município do Estado do Rio Grande do Sul. A escolha dos cenários ocorreu pela vivência das práticas das residentes multiprofissionais nos referidos campos e por contemplar o conjunto de características que se pretendia explorar com a presente pesquisa. Os dois serviços fazem parte de diferentes níveis de atenção da RAPS do município: secundário e terciário.

Os participantes do estudo foram os profissionais de Saúde Mental que atuam nos referidos campos. Como critérios de inclusão foram considerados os profissionais que estiveram atuando durante o período da coleta de dados ao menos seis meses. Como critérios de exclusão, os profissionais que estiverem afastados do local de trabalho no período da coleta de dados por algum motivo, sendo por atestados médicos, licenças ou por período de férias.

A produção de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. Segundo Minayo, este método constituiu-se como uma conversa entre dois ou mais interlocutores, sendo realizada por iniciativa de um entrevistador. Tem como objetivo coletar informações pertinentes referentes ao objeto de investigação, e o sujeito entrevistado em relação à realidade que vivencia, bem como a percepção sobre sua própria situação. Ou seja, essa técnica busca obter informações subjetivas acerca do objeto pesquisado, pois compreende-se que estas constituem uma representação da realidade sob a forma de “[...] modos de pensar, sentir, agir e projetar o futuro” da população da pesquisa (Minayo & Costa, 2018, p.141).

As entrevistas foram realizadas pelas pesquisadoras, no período de agosto a setembro de 2021, tendo a participação de 30 profissionais. Estas, foram realizadas mediante a autorização da gestão dos serviços, agendadas previamente conforme a disponibilidade dos profissionais e o aceite de participação. Após a explanação do objetivo do estudo, seus riscos e benefícios, deu-se início às entrevistas no próprio local de trabalho, em uma sala reservada e ampliada para preservar o sigilo das informações e a liberdade para o participante expressar-se. As entrevistas foram gravadas por meio de um *notebook* e duraram, em média, 11 minutos e 5 segundos, não havendo necessidade de repetir nenhuma entrevista. Para tal, foram seguidas as normas de biossegurança previstas pelo Ministério da Saúde para evitar a transmissão do coronavírus, como o uso adequado de máscara, álcool 70% e o distanciamento de dois metros entre pesquisador e entrevistado.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra, tomando medidas de proteção para garantir o anonimato das informações dos entrevistados. Nesse sentido, estes serão diferenciados com o número em que foi realizada a entrevista, seguido pela letra “H”, ou “C”, indicando se a mesma foi realizada no hospital (UAP), ou no CAPs II ad, respectivamente. Para a análise dos dados coletados, adotou-se a análise de conteúdo temática de Minayo (2017), a qual consistiu na leitura prévia das transcrições pelas pesquisadoras, na codificação e

categorização dos dados obtidos, reduzindo o texto às palavras e expressões mais significativas frente ao objeto pesquisado.

A pesquisa contou com financiamento próprio e seguiu os preceitos éticos que regulamentam as normas com pesquisa com seres humanos conforme a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando também a Resolução N° 510/16 que trata das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e a Resolução N° 580/2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer N°056236 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n°23081.050973/2021-75 com data de aprovação em 11 de agosto de 2021. Ainda, as considerações éticas compreenderam, o conhecimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado por todos os profissionais que aceitaram fazer parte da pesquisa.

Resultados

Participaram do estudo 30 profissionais, sendo 11 homens e 19 mulheres, com faixa etária entre 24 a 67 anos. O nível de formação dos participantes está dividido em: oito com ensino técnico, oito com graduação, oito com especialização e seis com mestrado. Possuem como ocupação/profissão: agente em assistência, agente redutor de danos, técnico em Enfermagem, enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. Também participaram da pesquisa os residentes dos programas de Residência Uniprofissional com ênfase em Psiquiatria e de Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde Mental.

Apenas cinco dos entrevistados referiram possuir especialização no campo da Saúde Mental, e outros cinco estão com especialização em andamento. O total de 20 participantes não possuem qualquer tipo de especialização no campo da Saúde Mental. Contudo, a maioria dos profissionais (19) escolheram trabalhar no campo da Saúde Mental e 11 não tiveram a

oportunidade de escolher o seu campo de atuação, sendo direcionados para os serviços mencionados.

A presente pesquisa foi dividida em três categorias para posterior discussão, sendo elas: o conceito ampliado de Projeto Terapêutico Singular, dispositivo de gestão do cuidado e (des)conhecimento na atenção terciária.

Conceito Ampliado de Projeto Terapêutico Singular

Instrumento Multiprofissional e Interdisciplinar

Os profissionais apresentaram a compreensão do Projeto Terapêutico Singular em seu conceito ampliado, reconhecendo-o como sendo um instrumento multiprofissional e interdisciplinar, produzindo o cuidado a um determinado sujeito, de forma conjunta.

“[...] Trabalhando em equipe, equipe multidisciplinar, todo mundo envolvido. Só uma pessoa se envolve, não consegue resolver o problema... São imensos, são muitos. [...] Mas aí tem que ter a responsabilidade dos profissionais e o comprometimento, aí você consegue resolver, senão você fica nadando em nós.” (EH1)

“É um Plano que deve ser elaborado em conjunto, com profissionais responsáveis pelo cuidado, e as pessoas envolvidas no cuidado, no caso o usuário, ou a família ou um grupo local, que vai receber esse cuidado.” (EH6)

Nesta perspectiva, leva-se em conta a intersectorialidade para garantir a continuidade do cuidado do usuário, principalmente extra hospitalar. Compreende-se, também, que o PTS é uma ação realizada de forma individualizada, ou seja, centrada no sujeito, levando-se em consideração a realidade de sua forma de existir.

“Se tivesse algo contínuo que fosse construído junto com a equipe, com usuários, com os outros serviços, que ele também foi atendido, e está sendo atendido, pensando que a gente está na alta complexidade.” (EH9)

“O Projeto Terapêutico Singular entendo como um plano que é traçado com o paciente, às vezes também junto com a família, pensando em saúde mental multiprofissional, interdisciplinar também,

atendendo as necessidades do paciente. Cada paciente tem a sua demanda, a sua individualidade e então não ter ações no serviço igual para todo mundo, [...]” (EC28)

Conceito/Olhar Ampliado

Ao encontro do conceito ampliado do PTS e sua concepção como instrumento multiprofissional, foi possível constatar que os profissionais de saúde mental possuem um olhar ampliado sobre o usuário. O PTS é um meio possível para a contemplação de sua realidade ímpar, incluindo a família, o território e a coletividade em que está inserido. Ao mesmo tempo, possibilita contemplar a individualidade do usuário e trabalhar sua autonomia, e reabilitação psicossocial.

“Preparar ela (pessoa) para que depois ela própria tenha uma autonomia sobre ela, mas que ela tenha um certo discernimento para poder se sustentar, até se relacionar com outras pessoas e melhorar a aceitação dela na comunidade.” (EH4)

“[...] essa questão dele também se responsabilizar pelo caminho que foi também traçado por ele. Gerando responsabilidade pelas escolhas traçadas por ele.” (EC29)

“É um projeto de terapia para um paciente de forma individual que não é o mesmo para todos os pacientes, para diversos pacientes.” (EC30)

Ressalta-se que alguns profissionais percebem que o PTS aborda o usuário para além do contexto clínico, sobretudo a sua singularidade. Norteia a terapêutica durante o tratamento no serviço de referência, devendo ser articulado/compartilhado com outros serviços que compõem a rede de cuidado do usuário.

“O Projeto Terapêutico Singular é onde a gente vai sentar com a equipe e ver tudo o que a gente precisa abarcar nesse paciente para fazer um tratamento adequado, não necessariamente só medicamentoso, mas todos os outros aspectos do tratamento.” (EH14)

“[...], junto ao usuário para discutir as suas peculiaridades, dentro do seu território. No caso, a forma como ele vai se conduzir e toda a estrutura do que se planeja juntamente com ele para o seu tratamento.” (EH5)

Dispositivo de Gestão do Cuidado

Previne Reinternações e Evita Maiores Gastos Públicos

Foi possível observar nas entrevistas a compreensão de profissionais, exclusivamente da atenção terciária (hospital), acerca do PTS enquanto ferramenta que previne reinternações, ou que acaba prolongando o período de tempo entre internações. Isso, segundo os entrevistados, se deve ao fato do PTS, quando objetivo e resolutivo, possibilitar a construção conjunta de uma linha de tratamento entre profissional-usuário, levando-se em consideração as potencialidades e fragilidades do contexto existencial.

“[...] e eu acho que futuramente diminui até as internações, se ele aderir bem a esse tratamento. Então, eu acho que seria muito bom, iria diminuir muito essas internações.” (EH13)

“[...] a linha de tratamento durante a internação do paciente, consegue ser contínua, porque você vai tendo as trocas junto com os profissionais. E isso ajuda no tempo de internação e na resposta que o paciente vai ter durante a internação. [...] Aí ajuda o usuário para não reinternar, pode reinternar, mas o tempo de reinternação vai aumentar.” (EH19)

“O paciente que tem o PTS objetivo, conclusivo, resolutivo a tendência de voltar internar fica menor. [...] E se estiver interligado Atenção Básica com hospital, melhor ainda [...], certamente ele vai diminuir a internação, no médio e longo prazo vai ficando bem mais estruturado e vai diminuir a internação. E aí todo mundo ganha: o hospital, o usuário, o governo gasta menos. Todo mundo ganha!” (EH24)

É perceptível a compreensão dos profissionais do serviço hospitalar que quando o PTS é construído de forma intersetorial, ou que este esteja de certa forma interligado à Atenção Básica, se torna mais efetivo, permitindo a continuidade do tratamento e de sua assistência. Portanto, para os profissionais, se o PTS contempla a singularidade do sujeito, é construído de forma intersetorial, possibilitando a longitudinalidade do cuidado, consequentemente o instrumento acaba por evitar maiores gastos públicos ocasionados por internações para estabilização de usuários em crise.

“Você gasta muito mais fazendo um tipo de assistencialismo do que você pegar e gastar um pouco mais agora, e fazer com que a pessoa se torne independente, que os familiares todos se responsabilizem, que a pessoa retorne ao serviço de saúde pior do que ela é. Eu acho que o PTS é bem mais econômico.” (EH2)

“Que o paciente quando der alta teria um acompanhamento mais assim, mais de perto, seria bem mais interessante. Porque daí os pacientes não voltariam tão rápido, tem uns que voltam... três dias deu alta, e está de volta, internando.” (EH25)

Organizador do Cuidado

O PTS é um conjunto de caminhos e estratégias que são acordados junto ao usuário desde o momento de seu acolhimento no serviço, constituindo-se como organizador do cuidado. Ele garante a vinculação do usuário com o serviço e a continuidade de seu tratamento, seja durante a internação, ou no pós-alta hospitalar, por meio de ações intra e intersetoriais.

“O Projeto Terapêutico Singular é o que a gente faz todos os dias, que a gente quando acolhe o paciente, temos que planejar o que vamos organizar para ele durante o tratamento. Esse é o nosso Projeto Terapêutico Singular que é a organização do vínculo do serviço que ele precisa vir, que forma, que ele precisa vir.” (EC3)

“[...] ele (PTS) é um conjunto de caminhos, de estratégias que são acordados no momento em que a gente faz a conversa no acolhimento com o paciente e essas opções, essas escolhas, elas têm que ser em conjunto, entre o profissional e o usuário. [...] É esse acordo terapêutico a respeito dos caminhos que a gente pode optar para fazer a abordagem terapêutica com ele.” (EC16)

“Acho ótimo, porque o usuário sai daqui com norte, ele não sai daqui do (serviço) vou lá para tal minha cidade lá, no meu posto, alguém vai ligar daqui pra lá, alguém vai dar um norte. Vai ter um profissional que vai dar referência para ele, ele vai se sentir assistido, [...] essa ligação pós alta, então eu acho que tem relação com isso então para mim é importante.” (EH24)

(Des)conhecimento na Atenção Terciária

No cenário hospitalar, evidenciou-se que o PTS não é uma prática habitual entre os profissionais. Alguns acreditam que seja uma prática apenas dos serviços extra-hospitalares. Percebe-se, por vezes, que existe o (des)conhecimento acerca do instrumento.

“Enfim, acho que não funciona, acho que desagrega muito, quebra muito aquele vínculo que principalmente deve ter com os profissionais, e com o paciente, ou com os pacientes. [...] Eu acho

que é ilusão a gente achar que vai fazer alguma coisa terapêutica. [...] Eu não consigo entender qual é o objetivo disso.” (EH8)

“Sinceramente, com essas palavras não sei. Pode me explicar mais um pouco para eu tentar entender? Projeto Terapêutico Singular [...] talvez seja uma terapia a mais que o paciente tenha, fora daqui.” (EH12)

Algumas falas apontam o PTS como uma ação que irá trabalhar pontualmente o vínculo usuário-serviço e assim, evitar internações. Ainda, observa-se o PTS como projeto acadêmico desenvolvido pela equipe de residentes multiprofissionais.

“No meu pensamento o PTS seria um acompanhamento que não precisasse de internação, um acompanhamento fora da unidade psiquiátrica, um acompanhamento que acontece ao paciente quando eles não estivessem internados, que eles não percam o vínculo do acompanhamento, do tratamento.” (EH27)

“Alguma coisa que vocês (residentes multiprofissionais) fazem, porque eu não lembro para falar bem a verdade. [...] Aí eu não sei se eu falo do Projeto que eu não sei, ou falo da multi...” (EH23)

Discussão

Ao encontro do conceito ampliado de Saúde e do modelo biopsicossocial de Saúde Mental, os profissionais participantes da pesquisa compreenderam o PTS como um instrumento que é construído por diversos núcleos profissionais. Para tanto, esta abordagem implica ações multiprofissionais e interdisciplinares, conforme mencionado pelos entrevistados, para melhor acolher as demandas apontadas pelo usuário.

A multiprofissionalidade pode ser entendida como a apropriação, por parte dos profissionais, de conhecimentos relativos a mais de uma disciplina, sem haver com isso, alguma correlação entre elas. Já a interdisciplinaridade, está relacionada à conjuntura de disciplinas que se alterarão com os novos conhecimentos gerados. Os membros da equipe dirigem-se aos conhecimentos para que se complemente o saber, em benefício de quem receberá o cuidado, havendo assim, a interatividade entre os diversos campos dos saberes e decisão coletiva (Marcolan, 2013).

Pode-se dizer que a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade buscam igualdade de condições das diferentes disciplinas, passando a ter a mesma responsabilidade frente aos usuários dos serviços de Saúde Mental e a construção do PTS. Além disso, as práticas multi e interdisciplinares são vistas como centrais para que o processo da Reforma Psiquiátrica se torne realidade, tomando o caráter político do agir profissional, em que teoria e prática devem possibilitar um mundo e vida que se almeja dentro da ótica da Reforma (Antunes & Queiroz, 2007; Jafelice & Marcolan, 2017).

Deste modo, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade encontram-se atreladas à expansão das práticas para outras políticas públicas e/ou parcerias comunitárias, surgindo a noção de intersetorialidade. A intersetorialidade apresenta-se como essencial na promoção da saúde à população e na equidade das ações, pois constitui-se como estratégia de cuidado em rede, priorizando a integração e a ação conjunta de todos os setores para a resolução de problemas comuns. Com isso, pode-se garantir a longitudinalidade do cuidado, possibilitando a continuidade do mesmo, independente das diferentes esferas de atenção em que o sujeito se encontra vinculado (Mendonça & Lanza, 2021).

Conforme os relatos da presente pesquisa, o cuidado centrado no sujeito e para além dele, diz respeito ao reconhecimento de sua singularidade, tomando-o como único e um ser de competência moral, consciente sobre si e portanto, corresponsável por seu cuidado. Além disso, estimula a sua participação e a de seus familiares nas tomadas de decisão sobre sua linha de cuidado, o plano coletivo de acompanhamento do planejamento, bem como na proposição e na execução das políticas e ações de saúde (Mead, 2000; Agreli, Peduzzi, & Silva, 2016). Entende-se assim, que participar de seu cuidado também é uma forma de caminhar em direção a reabilitação psicossocial, pois esta é definida como oportunidade de exercício de sua cidadania e, portanto, de sua autonomia (Ruthes, Feldman, & Cunha, 2010).

Segundo os entrevistados, o PTS é um meio possível para se trabalhar a autonomia e a reabilitação psicossocial do usuário. Ao encontro deste pressuposto, sabe-se que os serviços de atenção psicossocial devem compreender o sujeito em sua totalidade, enquanto cidadãos de direitos, integrando o princípio de reabilitação psicossocial às suas práticas cotidianas. Ação que promove a integração social, no sentido de pertencimento comunitário e de (re)estruturação da vida cotidiana. Para isso, é preciso considerar o lugar de fala do usuário, (re)inserindo-o no processo histórico de sua cultura, de sua história pessoal, de sua comunidade, bem como de seu tratamento, e assim, (re)construindo possibilidades de existência cidadã (Coneglian, Cavalcante, & Leandro, 2015; Gruska & Dimenstein, 2015).

Nesta perspectiva, é necessário articular cuidados para reconhecê-lo como sujeito cidadão. O que coloca em pauta pertinentes transformações nos modelos de atenção em saúde mental, transcendendo a implementação e a ampliação das redes de serviços. É preciso (re)conduzi-la a outro saber que reivindique flexibilidade nas ações e papéis dos profissionais envolvidos na ação de cuidar, requerendo assim, uma mudança individual e coletiva de todos os envolvidos no processo de reabilitação psicossocial. Na rede de serviços, o CAPs tem a atribuição de trabalhar em vista de proporcionar a autonomia dos usuários de saúde mental, de modo a motivá-los ao convívio social (Silveira et. al., 2021).

Outro fator citado pelos entrevistados, é a percepção de que o PTS se constitui como um instrumento que norteia a terapêutica durante o tratamento na prática cotidiana dos serviços. Desta forma, caracteriza-se como um instrumento “organizador do cuidado” que orienta a construção da terapêutica, voltado para a necessidade psicossocial do sujeito assistido (Lancetti, 2015, p. 122; Guljor & Amarante, 2017).

Para construir uma linha de tratamento, os entrevistados acreditam que o PTS deve ser articulado e compartilhado com os demais serviços que compõem a rede de cuidado do usuário, facilitando a organização do mesmo. Conforme a PNH, o compartilhamento do

cuidado busca uma maior efetividade por meio da implicação e da autonomia dos atores envolvidos (usuário, família, profissionais, dentre outros). Assim, por conseguinte, ocorre o fortalecimento das responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e cuidar, reduzindo as possibilidades de fragmentação da linha de tratamento. Nesse sentido, a continuidade do tratamento e a integralidade do cuidado se tornam realidade, uma vez que ocorre a vinculação entre usuário-serviço (Paes, Schimith, Barbosa, & Righi, 2013; Silveira et. al., 2019).

Ainda conforme os relatos, o PTS representa um instrumento que previne reinternações e que ajuda a prolongar o período de tempo entre internações psiquiátricas, consequentemente, implicando em menores gastos públicos. Sabe-se que enquanto ferramenta, o PTS otimiza não só os recursos financeiros, como também os humanos e materiais, pois sua efetividade consiste, primeiramente, no estabelecimento de vínculo e na escuta qualificada. Busca-se com isso, estratégias eficazes e seguras voltadas às necessidades do usuário e de seus familiares (Sousa, Santos, Silva, Gonçalves, & Pereira, 2019).

As internações psiquiátricas, após o estabelecimento do novo modelo assistencial em Saúde Mental, são indicadas somente quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes no suporte ao sujeito em crise. Ela é um recurso necessário e estratégico em momentos em que o usuário se encontra fragilizado, apresentando potencial risco a si, e/ou a outros. No entanto, estudos apontam um índice elevado de hospitalização de pessoas que sofrem com transtornos mentais ou por uso de substâncias psicoativas. Apesar de não existirem dados consistentes sobre as taxas de reinternação, existem estudos que apontam para a ocorrência do fenômeno “porta giratória”. Este, é caracterizado pelas repetidas e frequentes reinternações psiquiátricas, as quais costumam ocorrer logo após a primeira hospitalização (Zanardo, Silveira, Rocha, & Rocha, 2017).

Frente a esta situação, o tratamento extra-hospitalar mostra-se de suma relevância, pois mantém-se o contato com o usuário após a sua alta, na tentativa de trabalhar a vinculação entre usuário-serviço. Assim, é possível assegurar a continuidade de seu tratamento, incluindo-o na rotina do serviço, ofertando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, o que reduzirá o grau de reincidência a novas internações (Ramos & Guimarães, 2013; Silveira et. al., 2019).

Ao encontro desta proposição, a articulação com os serviços da Atenção Básica entra em pauta. Segundo os participantes da pesquisa da unidade hospitalar, a efetividade do PTS está atrelada às ações intersetoriais com a Atenção Básica, pois permite a continuidade do cuidado de forma longitudinal. No caso das condições crônicas, exige-se a atuação simultânea dos diversos serviços de diferentes níveis de atenção para assegurar a baixa reincidência de internações. Nesse cenário, a participação da Atenção Primária à Saúde é capaz de promover melhorias na qualidade de prestação do cuidado, pois reduz as barreiras de acesso aos distintos níveis de atenção (Almeida, Medina, Fausto, Giovanella, Bousquat, & Mendonça, 2018).

Desse modo, integra ações e serviços em um mesmo plano, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, e com isso, melhora a resolubilidade das ações (Almeida et. al., 2018). Considera-se, portanto, as múltiplas dimensões presentes nos modos existenciais do sujeito, ponderando as possibilidades presentes no território, de forma a (co)responsabilizar-se pela demanda, especialmente nos casos de crise e pela criação de novas/outras estratégias de cuidado de base territorial (Yasui & Amarante, 2018).

Apesar de haver esta percepção por parte de alguns profissionais da atenção hospitalar, e da instituição da Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS e o estabelecimento das diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde pela Portaria nº 3.390/2013, foi possível evidenciar o (des)conhecimento

acerca do PTS na UAP. A referida portaria institui o instrumento como um dos componentes fundamentais para a discussão da equipe multiprofissional, (re)avaliação de diagnósticos e riscos, além de redefinir as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado (Brasil, 2013a).

Com isso, pode-se dizer que a prática cotidiana dos profissionais de Saúde Mental que atuam na UAP ainda possui como desafio a articulação com a rede em saúde. Fato que pode implicar a não responsabilização das ações desenvolvidas pelos mesmos no que tange o PTS. No mais, o cuidado em Saúde Mental sofre com os atravessamentos da falta de ações interdisciplinares em suas práticas, colocando em risco a integralidade do cuidado (Silveira et al., 2021).

Sabe-se que os profissionais da saúde apresentam a compreensão teórica acerca da integralidade do cuidado, destacando-se a articulação da rede de atenção à Saúde como parte do processo para se obtê-la. O cuidado integral, nesse sentido, acaba se realizando apenas a partir da concepção integral de sujeito, deixando em pendência ações que possibilitam alcançar a integralidade do cuidado de fato. Portanto, frente a isso, faz-se necessário ampliar a discussão sobre integralidade na atenção terciária, pois apesar de sua relevância no campo da saúde, percebe-se em alguns contextos que ainda não foi totalmente incorporada nos processos de trabalho no âmbito hospitalar (Buck, Moraes, & Bettini, 2019).

A construção do PTS implica a atuação de diferentes núcleos profissionais e de diferentes serviços de saúde, independentemente de seu nível de atenção, para facilitar a construção da situação de saúde do usuário, pautadas nas diretrizes e princípios do SUS. Para essa prática tornar-se possível, é necessário seguir o fluxo de rede que o usuário realiza, identificando seus vínculos e rupturas a partir da escuta qualificada e assim, viabilizando a continuidade de seu cuidado em saúde.

Considerações Finais

A presente pesquisa possibilitou conhecer a percepção dos profissionais de Saúde Mental acerca do PTS a partir da definição do instrumento e dos relatos de sua operacionalização. Percebeu-se que a compreensão dos participantes sobre o PTS está atrelada às práticas no contexto dos serviços em que atuam e ao nível de atenção em que se encontram. Observa-se a partir dos relatos, que o PTS é um instrumento habitual da práxis no CAPs ad, sendo construído desde o momento do acolhimento do usuário e seu familiar no serviço. Enquanto na UAP, a compreensão acerca do instrumento não é unânime, fato que acaba implicando, muitas vezes, em práticas de cuidado fragmentadas e até mesmo em práticas hegemônicas de cuidado.

A riqueza do estudo reside especialmente no fato de tratar-se de diferentes níveis de atenção, o que possibilitou conhecer as potencialidades e as fragilidades do PTS a partir de diferentes olhares. Os dados coletados no CAPs ad apontam para o cuidado territorial e intersetorial. Enquanto os profissionais da UAP relatam a importância do compartilhamento do PTS e de sua continuidade em serviços no território, pois compreendem que esta prática assegura a probabilidade de não ocorrer uma nova internação do usuário de Saúde Mental e sua cronificação e, conseqüentemente, acaba evitando maiores gastos públicos referentes a internações hospitalares no âmbito do SUS.

Conclui-se que o instrumento do PTS viabiliza maior grau de resolubilidade do cuidado em saúde quando usado para a gestão do cuidado, especialmente no que tange a Saúde Mental. Assegura, a partir da atuação multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial a integralidade e a equidade do cuidado ao usuário assistido. Além de que, apresenta-se como estratégia de resistência aos retrocessos impostos pelas novas políticas de atenção psicossocial.

Destaca-se, como limitação observada nesta pesquisa, a inclusão apenas do conhecimento de trabalhadores acerca da temática, porém traz como contribuição subsídios

para se pensar novas práticas de saúde atreladas ao PTS. Por fim, acredita-se que o estudo contribuiu na identificação de fragilidades e potencialidades das equipes dos serviços participantes. Além do mais, espera-se contribuir de forma embasada na qualificação dos atendimentos aos usuários de saúde mental do município, com os serviços e com a comunidade acadêmica em geral.

Referências

Agreli, H. F.; Peduzzi, M.; & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Rev. Comunicação, Saúde e Educação*, 20(59), 905-916. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>

Almeida, P. F.; Medina, M. G.; Fausto, M. C. R.; Giovanella, L.; Bousquat, A.; & Mendonça, M. H. M. (2018). Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 42(1), 244-260. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>

Amarante, P.; & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

Antunes, S. M. M. O.; & Queiroz, M. S. (2007). A configuração da Reforma Psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*, 23(1), 207-215. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100022>

Brasil. (2013a). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. *Ministério da Saúde*. Resgatado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

Brasil. (2013b). Cadernos de Atenção Básica, nº 34 - Saúde Mental. *Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde*. Resgatado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

Brasil. (2008). Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. *Ministério da Saúde*. Resgatado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

- Buck, M. B.; Moraes, M. A. A.; & Bettini, R. V. (2019). Integralidade na Atenção Terciária: percepções de equipe multiprofissional e estudantes de medicina. *Temas em Saúde*, 19(5), 256-278. Resgatado de <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/10/19515.pdf>
- Cruz, N. F. de O.; Gonçalves, R. W.; & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Coneglian, L. G.; Cavalcante, F. G.; & Leandro, J. A. (2015). Reforma psiquiátrica e cidadania: considerações a partir de uma experiência. *Rev. Trivium Est. Interd.*, 7(1), 127-133. doi: <http://dx.doi.org/10.18370/2176-4891.2015v1p127>
- Czeresnia, D.; Maciel, E. M. G. S.; & Oviedo, R. A. M. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gruska, V.; & Dimenstein, M. (2015). Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em Saúde Mental. *Psic. Clin.*, 27(1)101-122. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100006>
- Guljor, A. P.; & Amarante, P. (2017). Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. *Cadernos do CEAS*, (242), 635-656. doi: <http://dx.doi.org/10.25247/2447-861X.2017.n242.p635-656>
- Jafelice, G. T.; & Marcolan, J. F. (2017). Percepção dos profissionais de Saúde Mental sobre o trabalho multiprofissional com residentes. *Rev. Enfermagem UFPE on-line*, 11(2), 542-550. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a11972p542-550-2017>
- Lancetti, A. (2015). Algumas questões sobre o Programa Terapêutico Singular. In: *Contrafissura e Plasticidade Psíquica* (pp. 121-180). São Paulo: Hucitec.
- Lima, D. K. R. R.; & Guimarães, J. (2019). A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde Debate*, 43(122), 883-896. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>

- Marcolan, J. F. (2013). Trabalho em Equipe em Saúde Mental: multi, inter e transdisciplinar. In: J. F. Marcolan; & R.C.B.R. de Castro (Coord.), *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar* (pp.34-42). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mead, N.; & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.*, 51(7), 1087-1110. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Mendonça, E. M.; & Lanza, F. M. (2021). Conceito de Saúde e Intersetorialidade: Implicações no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Psicologia e Saúde*, 13(2), 155-164. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1090>
- Minayo, M. C. de S.; Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 40(40), 139-153. doi: <http://orcid.org/0000-0002-4644-5879>
- Minayo, M. C. de S. (2017). Amostra e Saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12. Resgatado de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
- Paes, L. G.; Schimith, M. D.; Barbosa, T. M.; & Righi, L. B. (2013). Rede de Atenção em Saúde Mental na Perspectiva dos Coordenadores de Serviços de Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 11(2), 395-409. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000200008>
- Ramos, D. K. R.; & Guimarães, J. (2013). Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. *REME, Rev. Min. Enferm.*, 17(2), 434-439. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130033>
- Ruthes, R. M.; Feldman, L. B.; & Cunha, I. C. K. O. (2010). Foco no Cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, 63(2), 317-321. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200023>

Silva, N. dos S.; Sousa, J. M.; Nunes, F. C.; Farinha, M. G.; & Bezerra, A. L. Q. (2020).

Desafios na operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares nos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 25, 1-15. doi:

<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>

Silveira, R. P.; Siqueira, D. F.; Mello, A. L.; Cunha, F. A.; & Terra, M. G. (2019).

Compartilhamento do cuidado na atenção psicossocial: percepção de trabalhadores e usuários.

SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., 15(2), 69-76. doi:

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000431>

Silveira, R. P.; Silva, R. M.; Wasum, F. D.; Antunes, L. D.; & Siqueira, D. F. (2021). A

prática em Centro de Atenção Psicossocial: a produção científica na pós-graduação. *Research, Society and Development*, 10(4), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100016>

Sousa, F. T. L.; Santos, K. C. B.; Silva, S. B.; Gonçalves, A. D. S.; & Pereira, C. J. M. (2019).

Projeto terapêutico singular: uma ferramenta de promoção da saúde do idoso. *Revista*

Eletrônica Acervo Saúde, 24(24), 1-7. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e659.2019>

Yasui, S.; Luzio, C. A.; & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, 8(1), 173-190. doi:

<http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>

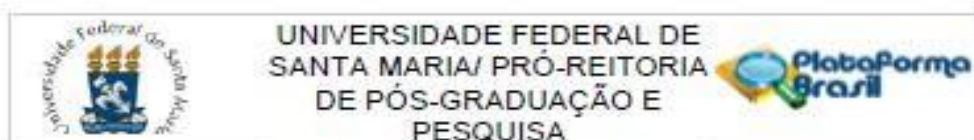
Zanardo, G. L. P.; Silveira, L. H. C.; Rocha, C. M. F.; & Rocham K. B. (2017). Internações e

reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características

sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev. Bras. Epidemiol.*,

20(3), 460-474. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Pesquisador: Dalana Foggato de Siqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49775621.2.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

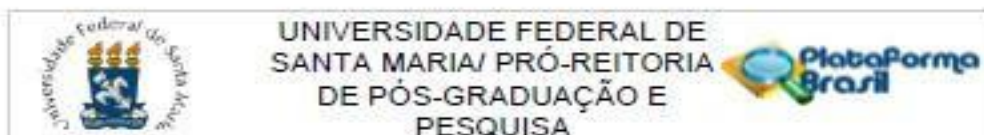
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.897.477

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória, pois se entende que a metodologia é adequada para a análise do fenômeno social investigado e sua interface com o campo da saúde mental. O estudo será realizado em uma UAP no contexto hospitalar e em um CAPs II ad de um município do estado do Rio Grande do Sul. A escolha dos cenários utilizados na pesquisa ocorreu de forma intencional, por meio das vivências práticas das residentes multiprofissionais nos referidos campos e por contemplar o conjunto de características que se pretende objetivar com a presente pesquisa. Os participantes do estudo serão os profissionais de saúde mental que atuam na UAP e no CAPs II ad. Como critérios de inclusão serão considerados os profissionais que estiveram atuando nos referidos serviços durante o período da coleta de dados ao menos seis meses. Como critérios de exclusão, os profissionais que estiverem afastados do local de trabalho no período da coleta de dados por algum motivo, sendo por atestados médicos, licenças ou por período de férias. A produção de dados será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. Durante a entrevista as informações serão gravadas após autorização do participante, com auxílio de um dispositivo digital, para posterior transcrição na íntegra. As entrevistas serão realizadas no período de agosto a novembro do ano de 2021, em data e horário a combinar com os profissionais, conforme sua disponibilidade. Em relação ao número de entrevistas, este número não foi pré-definido, porém espera-se um quantitativo capaz de

Endereço: Avenida Ronaim, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 703 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.007.477

abranger as dimensões do objeto de pesquisa, em torno de 12. Para a etapa de análise dos dados, será utilizada a Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo que considera a questão de contexto e empírica dos dados do estudo. A análise operacionalmente consiste em três etapas: pré-análise; exploração do material; e, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (MINAYO, 2014). A utilização das informações será para fins científicos, assumindo os preceitos éticos que regulamentam as normas com pesquisa com seres humanos conforme a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012) e a Resolução Nº 580/2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de Interesse estratégico para o SUS(BRASIL,2018).

Hipótese: contribuir para a identificação de fragilidades nas equipes, bem como na sua superação, qualificando os processos de trabalho, e com isso, a garantia da qualidade no cuidado psicossocial. Além de identificar suas potencialidades e construir estratégias junto aos profissionais para o fortalecimento da construção do PTS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: conhecer a percepção dos profissionais de saúde mental acerca do Projeto Terapêutico Singular.

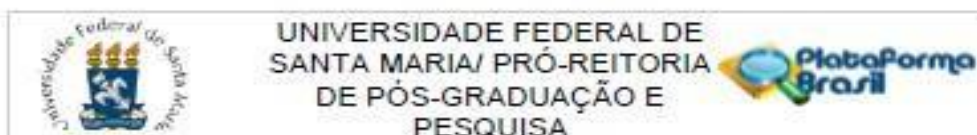
Objetivo secundário: Identificar como ocorre o planejamento da gestão do cuidado pelos profissionais de saúde mental, a partir do Projeto Terapêutico Singular; Descrever as potencialidades e as dificuldades relativas à construção do Projeto Terapêutico Singular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: em relação aos riscos poderão ocorrer desconfortos emocionais, durante as entrevistas, devido aos participantes relembrem alguma situação vivenciada ou relacionada à sua prática no ambiente de serviço. Caso isso venha acontecer, a entrevista poderá ser interrompida e suas angústias acolhidas pelo entrevistador. Caso não seja suficiente, serão realizados os encaminhamentos necessários na tentativa de minimizar e/ou solucionar os eventuais desconfortos.

Benefícios: serão informados sobre a ausência de benefícios diretos, pois a pesquisa irá contribuir

Endereço: Avenida Ronaim, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 703 - Sala Comitê de Ética - 97105-000 - Santa
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
 UF: RS Município: SANTA MARIA E-mail: cep.ufsm@gmail.com
 Telefone: (55)3220-0362



Continuação do Parecer: 4.007.477

com o (re)pensar) da atenção e a gestão do cuidado nos serviços assistenciais de saúde mental. Assim, os benefícios estão relacionados ao fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular no cuidado em saúde mental, incremento do conhecimento científico e aprimoramento da Rede de Atenção Psicossocial do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No TCLE:

1 - Pagar conforme o modelo disponível na página do CEP/UFSM. Ex: página 1 de 3.

2 - Descrição dos riscos e benefícios deve ser igualmente apresentado nos documentos: TCLE, Projeto e Registro na PB.

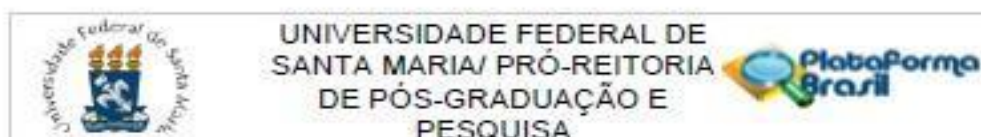
3 - Página 1 do TCLE, item Procedimento, recomenda-se especificar a temática das questões norteadoras, conforme apresentado no projeto: Projeto Terapêutico Singular, Rede de Atenção Psicossocial, Saúde Mental: sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista contendo questões norteadoras.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO - 1790598.pdf	16/07/2021 15:35:14		Aceito

Endereço: Avenida Ronaim, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 703 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa Maria - Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.097.477

Folha de Rosto	foihaderosto.pdf	16/07/2021 15:34:42	PRISCILA DE MELO ZUBIAURRE	Aceito
Outros	aprovacaohusm.pdf	16/07/2021 09:38:51	Dalana Foggliato de Siqueira	Aceito
Outros	NEPES.pdf	16/07/2021 09:37:17	Dalana Foggliato de Siqueira	Aceito
Outros	registroGAP.pdf	16/07/2021 09:36:31	Dalana Foggliato de Siqueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Propostadeprojetotcr.pdf	16/07/2021 09:36:04	Dalana Foggliato de Siqueira	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	16/07/2021 09:35:20	Dalana Foggliato de Siqueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/07/2021 09:34:43	Dalana Foggliato de Siqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 10 de Agosto de 2021

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
 Maria - Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – NORMAS PARA PUBLICAR NA REVISTA

Revista Psicologia e Saúde

Atual Edições Notícias Sobre ▾

[Início](#) / [Submissões](#)

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✓ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar na seção "Comentários ao Editor".
- ✓ O manuscrito se encaixa em um dos Tipos de Contribuição publicados pela Revista Psicologia e Saúde;

<p>✓ Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (doc).</p>
<p>✓ Todos os endereços "URL" no texto (ex.:http://pkp.sfu.ca) estão ativos.</p>
<p>O texto está em espaço duplo, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda, com anexos, tabelas e figuras no final do corpo do manuscrito, após as referências bibliográficas, com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridos. O manuscrito, sendo um artigo, não excede 25 páginas. A página está em tamanho A4 (21 x 29,7cm), com todas as margens igual a 2,5 cm. Caso haja subdivisões no texto, elas estão com o máximo de três níveis de intertítulos. Veja Diretrizes para o Autor.</p>
<p>✓ O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o Autor, encontradas na seção "Sobre" a revista. O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association (7ª edição).</p>
<p>✓ O nome do autor foi removido em "Propriedades do documento", opção do menu "Arquivo" do MS Word, e em qualquer outra parte do manuscrito enviado à revista, a não ser na carta de apresentação e folha de rosto identificada (que deve ser submetida como Documento Suplementar).</p>
<p>✓ O cadastro do autor está respondido com clareza e de forma completa.</p>
<p>✓ O autor encaminhou, juntamente com o manuscrito, a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, para estudos de experimentação humana e animal.</p>
<p>✓ Foi informado o ORCID (https://orcid.org/register) de todos os autores, no momento da submissão do artigo. PARA INCLUIR O ORCID IN NOS METADADOS DA SUBMISSÃO, RETIRAR O "S" DO HTTPS.</p>
<p>O autor informou o eixo temático ao qual o manuscrito será submetido. (Informação deverá ser inserida no campo "Comentários para o editor", abaixo)</p>
<p>✓ Eixos temáticos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Avaliação e assistência em saúde2. Políticas públicas, cultura e produções sociais
<p>✓ Sugerir, no campo de 'Comentários ao editor', dois potenciais revisores, doutores, para seu artigo. Deve ser indicado nome completo, instituição e e-mail de contato.</p>

Diretrizes para Autores

A Revista Psicologia e Saúde não cobra nenhuma taxa relativa ao processo editorial.

Condições preliminares para Submissão de Manuscrito

- O artigo submetido a este periódico não foi publicado e não foi simultaneamente submetido em outro meio de publicação.

- O autor efetuou cadastro em nosso site e respondeu completamente os dados solicitados.

- Pelo menos um dos autores do manuscrito deve ter o título de Mestre (ou equivalente).

O processo editorial só terá início se o encaminhamento do artigo obedecer às condições preliminares explicitadas acima. Caso contrário será devolvido para adequação às normas e/ou inclusão de documentos. Não será aceita a inclusão de autores após a submissão do artigo. Por isso é importante que os autores confirmem e preencham corretamente os metadados da submissão no momento do envio do artigo

Configuração e organização dos artigos

- Os textos poderão ser redigidos em português-brasileiro, português-Portugal, espanhol, francês e inglês. Todos os tipos de contribuição, à exceção de Resenhas, devem conter título, palavras-chave e resumo em três idiomas. Um necessariamente no idioma original, outro em português-brasileiro e o terceiro em inglês. Se o idioma de submissão for o português-brasileiro, o segundo resumo será em inglês e o terceiro, espanhol ou francês.

- Os manuscritos submetidos à Revista Psicologia e Saúde devem estar de acordo com as normas de publicação da Sétima Edição do Manual de Publicação da American Psychological Association (APA). A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Para um guia rápido em português, consulte Adaptação do Estílo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA.

Deverão ser submetidos como Documento Original:

O documento original deve ser submetido apenas em um arquivo, contendo os seguintes itens:

A. Folha de rosto sem identificação dos autores: Título original (máximo 10 palavras) e título compatível em inglês e espanhol.

B. Resumos em português, espanhol e inglês. Resumo estruturado indicando Introdução, Métodos, Resultados, Discussões e Conclusões, em parágrafo único com no máximo 150 palavras, com o título. Resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Os resumos em inglês e espanhol devem ser fiéis ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, as traduções devem preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical das línguas. Ao fim do resumo, listar no mínimo três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula). Recomenda-se a utilização da Terminologia em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde para a definição das palavras-chave, ([clique aqui](#)). A Revista Psicologia e Saúde tem como procedimento padrão, fazer a revisão final dos resumos, reservando-se o direito de corrigi-los, se necessário.

C. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Conclusões).

D. Anexos: Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

E. Notas de fim: Evite sempre que possível. Todavia, se não houver outra possibilidade, as notas de fim devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas) aparece centralizado. Recue a primeira linha de cada nota de fim em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

F. Tabelas: Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo apenas a primeira letra da primeira palavra e de nomes próprios em maiúsculo.

G. Figuras: Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo apenas a primeira letra da primeira palavra e de nomes próprios em maiúsculo.

Deverão ser submetidos como Documento Suplementar:

Os dois documentos deverão ser submetidos em arquivos separados.

"Os documentos suplementares devem ser enviados no passo 02 da submissão, item "transferência do manuscrito". Nesta tela haverá uma aba no canto superior direito indicando "enviar arquivo". O manuscrito e os documentos suplementares devem ser enviados nesta etapa de submissão. O sistema permite o envio de um arquivo por vez, portanto, cada arquivo deve ser enviado separadamente."

A. Folha de rosto identificada: Título original (máximo 10 palavras); Título compatível em inglês e espanhol; Nome e afiliação institucional; breve descrição sobre as atividades atuais dos autores e sua formação; Apresentar a exata contribuição de cada autor na produção do manuscrito; Endereço completo de um dos Autores para correspondência com os Editores (incluir CEP, fone, fax e e-mail); Agradecimentos e Informações complementares, quando for o caso, como, por exemplo, fomento de pesquisa ou bolsa de estudo.

Link para download da folha de rosto: (<http://site.ucdb.br/public/downloads/1027422-modelo-de-folha-de-rosto1.doc>)

B. Cópia da Autorização do Comitê de Ética para realização de pesquisas com Seres Humanos e/ou Animais; cópia de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se for o caso);

Avaliação

A primeira avaliação é feita pelo Conselho Editorial da Revista Psicologia e Saúde verificando se o trabalho seguiu os itens elencados nas Diretrizes para Autores e Tipos de Contribuição. Se aprovado nesta etapa, o manuscrito será encaminhado a, pelo menos, dois consultores ad hoc.

Os Consultores ad hoc são escolhidos pelo Conselho Editorial, embora os autores possam sugerir possíveis consultores (pesquisadores qualificados afiliados a instituições, que não as dos autores) na carta de encaminhamento.

O tempo médio de um retorno sobre as avaliações dos artigos é entre 3 e 6 meses a contar da submissão. Em caso de aceite, o prazo de publicação é de até 12 meses desde o aceite final do manuscrito.

Caso o texto seja rejeitado, os autores são encorajados a nova submissão, depois de cuidadosa revisão, considerando os pareceres recebidos. Os manuscritos recomendados para publicação com restrições só serão publicados mediante alterações de acordo com as sugestões dos pareceristas. As sugestões de modificação do trabalho visam melhorar a clareza ou precisão do texto. Uma versão reformulada do texto deve ser apresentada para apreciação com as parcelas modificadas em destaque (em azul). Além disso, solicita-se aos autores uma carta ao Conselho Editorial, por meio eletrônico, descrevendo as alterações atendidas e justificando as não realizadas. A decisão final sobre a publicação de um artigo submetido à Revista Psicologia e Saúde cabe ao Conselho Editorial.

Pequenas modificações no manuscrito poderão ser feitas pelo Conselho Editorial da Revista Psicologia e Saúde. Quando tal Conselho considerar necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado.

Todo original será submetido ao processo de opinião por pares (especialistas), preferencialmente duplo cego (peer review double blind). Em todo processo de avaliação será garantido o anonimato. Os casos omissos serão resolvidos pela Equipe Editorial.

Ética e consentimento

A publicação de pesquisa envolvendo seres humanos só se dará mediante o cumprimento das exigências da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000) e da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente à ética na pesquisa com seres humanos. Os autores deverão ainda, encaminhar cópia do parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa ao qual foi submetido.

Diretrizes para organização do artigo

I. Configuração: Tamanho A4 (21 x 29,7cm).

II. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo referências, notas de rodapé, tabelas, etc.

III. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

IV. Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, Anexos, etc.

V. Alinhamento: esquerda

VI. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

VII. Numeração das páginas: no canto direito na altura da primeira linha de cada página.

VIII. Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

IX. Ordem dos elementos do arquivo: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

O uso de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" deve ser evitado porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

Sobre o uso de Sublinhados, Itálicos e Negritos: Use itálico para palavras ou expressões que constituam "estrangeirismos", como *self*, *locus*, etc. e sublinhado para outras palavras que deseje grifar. Reserve negritos para os títulos.

Indique sempre os autores e as datas de publicação de todos os estudos mencionados no corpo do texto. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Na seção de Referências só descreva o os autores citados no corpo do texto.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos descritos a seguir servem como base de apoio para a organização de seu artigo, todavia os mesmos não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Desta feita, utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2020, 7ª edição) para verificar as normas para outras referências e tirar suas dúvidas.

- Citação de artigo de autoria múltipla

- Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.
- Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.
- Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data. Porém, na seção de Referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Utilize o seguinte formato: Autor (data de publicação original / data de publicação consultada).

- Citação secundária

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996) ...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material tais como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA.

Abreviações em Latim: Use as seguintes abreviações de Latim apenas em texto entre parêntesis; em texto sem parêntesis, use a tradução em português destes termos: cf. = compare; i.e. = isto é; e.g. = por exemplo; viz. = ou seja; etc. = e assim por diante; vs. = versus, contra.

Referências:

Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. 40% das Referências utilizadas devem ser dos últimos 05 anos. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações.

As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA.

Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos para organização das Referências

*Obs: De 1 a 7 autores – todos são citados na referência; Oito ou mais autores – cite o nome dos 6 primeiros, insira os 3 pontos (. . .) e adicione o nome do último.

Autor Entidade

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Banco Central do Brasil. (2003). *Anuário de crédito rural*. Recuperado de <http://www.bcb.gov.br/htms/CreditoRural/2001/rel53211.pdf>

Artigo com DOI

Porto, L. A., Carvalho, F. M., Oliveira, N. F. de, Silvany, A. M. S. Neto, Araújo, T. M. de, Reis, E. J. F. B. dos, & Delcor, N. S. (2006). Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 818-826. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000001>

Gurney, C., Roth, M., Garside, R. F., Kerr, T. A., & Schapira, K. (1972). Studies in the classification of affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 121(561), 162-166. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.121.2.162>

Artigos sem DOI

Tavares, J. P., Beck, C. L. C., Magnano, T. S. B. de S., Greco, P. B. T., Prestes, F. C., & Silva, R. M. da. (2011). Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do Self Report Questionnaire. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(1), 113-123. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2091>

Thornicroft, G., & Maingay, S. (2002). The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. *BMJ – British Medical Journal*, 325(7365), 608-609. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124145/>

Dissertação ou TeseDissertação obtida em uma base de dados institucional:

Santos, M. E. S. B. (2002). *Transtornos mentais comuns em pacientes com aids que fazem tratamento com anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <https://repositorio.usp.br/item/001283338>

Dissertação/Tese acessada na internet:

Alves, L. B. (2010). Análise da sustentabilidade ambiental em estabelecimentos agrícolas em Goiás (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil). Recuperado de http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/330/1/Tese_Doutorado_Luiz_Batista_Alves.pdf

Livros

Toffler, A. (1994). *O choque do futuro* (5a ed.). Rio de Janeiro: Record.

Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London: Tavistock.

Freud, S. (1977). Histeria. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 77-102). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1888).

Capítulo de livro

Vianna, C. P. (2013). A feminização do magistério na educação básica e os desafios para a prática e a identidade coletiva docente. In: S. C. Yannoulas (Coord.), *Trabalhadoras: Análise da feminização das profissões e ocupações* (pp. 159-180). Brasília: Editorial Abaré.

Wastson, M. W. (1994). Vector autoregressions and cointegration. In Engle R. F., & McFadden D. L. (Ed.), *Handbook of Econometrics* (Vol. 4, Chap. 47, pp. 2843-2915). Amsterdam: Elsevier.

***Para outros exemplos, consultar as normas técnicas da American Psychological Association: *Publication Manual of the American Psychological Association* (2020, 7ª edição).**

Diretrizes para submissão

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (doc).
- Todos os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos.
- O texto está em espaço duplo, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda, com anexos, tabelas e figuras no final do corpo do manuscrito, após as referências bibliográficas, com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridos. O manuscrito, sendo um artigo, não deve exceder 25 páginas (no caso de resenhas o número máximo de páginas é 15). A página deve ser do tamanho A4 (21 x 29,7cm), com todas as margens iguais a 2,5 cm. Caso haja subdivisões no texto, recomenda-se no máximo três níveis de intertítulos. Veja Diretrizes para o Autor.
- O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o Autor, encontradas na seção "Sobre" a revista. O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: *Publication Manual of the American Psychological Association* (2020, 7ª edição).
- O nome do autor foi removido em "Propriedades do documento", opção do menu "Arquivo" do MS Word, e em qualquer outra parte do manuscrito enviado à revista, a não ser na carta de apresentação e folha de rosto identificada (que devem ser submetidas como Documento Suplementar).