

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

**ACOLHENDO O TRABALHADOR EM UM CONTEXTO DE
TRAGÉDIA: O RELATO REFLEXIVO DE UM ESPAÇO
TERAPEUTICO DE RESSIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Caren Regina Fernandes

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável –

**ACOLHENDO O TRABALHADOR EM UM CONTEXTO DE TRAGÉDIA: O
RELATO REFLEXIVO DE UM ESPAÇO TERAPEUTICO DE RESSIGNIFICAÇÃO
DO SOFRIMENTO**

Elaborado por

Caren Regina Fernandes

Orientado por

Prof^ª. Dr^ª. Vânia Maria Fighera Olivo

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde

Comissão Examinadora:

**Rita Barcellos
Bittencourt**
(UFSM – Santa Maria)

Carla Centurião
(CEREST - Santa Maria)

*Lige Mara Rauber
Bortolotti*
(SMS – Santa Maria)

Santa Maria, 17 de março de 2014.

Acolhendo o trabalhador em um contexto de tragédia: o relato reflexivo de um espaço terapêutico de ressignificação do sofrimento

Caren Regina Fernandes¹; Cássia Cilene Saldanha Silveira²; Gabriela Spode Beltrame³; Vânia Maria Fighera Olivo⁴.

¹Enfermeira. Residente em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Maria. Rua Tuiti n° 920, apt 306, Bairro centro, CEP 97015661, Santa Maria – RS. Fone: (55) 96497905. Endereço eletrônico: carenregi@gmail.com.

²Assistente Social. Residente em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Maria.

³Psicóloga. Residente em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Maria.

⁴Doutora em Administração pela UFRGS. Enfermeira, coordenadora da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Maria / AV. Roraima n° 1000, Bairro Camobi, CEP: 97105-900, Santa Maria – RS. Fone: (55) 3220 - 9678. Endereço eletrônico: vania.olivo@yahoo.com.br.

Acolhendo o trabalhador em um contexto de tragédia: o relato reflexivo de um espaço terapêutico de ressignificação do sofrimento

Welcoming the worker after experiencing a tragedy: reporting reflective of a therapeutic space redefinition of suffering

Acogiendo el trabajador en el contexto de tragedia: cuenta el reflejo de una redefinición del espacio terapéutico de sufrimiento

RESUMO – O presente artigo apresenta a intervenção realizada com trabalhadores da atenção básica em saúde que participaram de uma pesquisa que investigou o sofrimento no contexto da tragédia ocorrida na boate *Kiss* do município de Santa Maria e que atuaram em seus territórios com vítimas diretas e indiretas da tragédia. Após a realização da pesquisa, evidenciou-se o sofrimento dos trabalhadores frente ao contexto da tragédia, fragilidades no campo da saúde mental e despreparo aos atendimentos advindos da tragédia. Frente ao impacto causado nos participantes durante as entrevistas, considerou-se emergente a realização de uma intervenção humanizada em resposta ao sofrimento dos mesmos. A intervenção, composta por atividades de cunho terapêutico, trouxe resultados que apontam para a necessidade de ações que vão além de uma resposta emergencial ao sofrimento referente à tragédia. A partir disso, constatou-se a importância da criação de espaços humanizados e acolhedores que promovam saúde a partir da ressignificação de seus sofrimentos e espaços de promoção de bem estar com vistas ao cuidado ao trabalhador.

Palavras-chave: Trabalhador, saúde, sofrimento.

ABSTRACT - This article presents an intervention made with primary health care workers that took part in a research which investigated the suffering in the context of the tragedy at the nightclub *Kiss*, at the municipality of Santa Maria, and acted in their territories with direct and indirect victims. After the research, it became evident the suffering of workers, mental health weaknesses and unpreparedness in assistance. In front of the impact produced among participants during the interviews, it was considered emerging the realization of a humane intervention in response to their suffering. This intervention, consisting of therapeutic activities, brought results pointing the need for actions that go beyond an urgent

response to the suffering regarding the tragedy. From this, it was verified the importance in creating humanized and welcoming spaces that promote health and wellness from the reconsideration of their sufferings, in order to the caring for workers.

Key-Words: Health , Worker, Suffering.

RESUMEN - Este trabajo presenta una intervención que se fecho con los trabajadores de atención primaria de salud que actuó en sus territorios con las víctimas directas e indirectas de la tragedia en el club nocturno *Kiss* del municipio de Santa María. Hemos llevado a cabo una encuesta que mostró la difícil situación de los trabajadores contra el contexto de la tragedia , las debilidades en el campo de la salud mental y que no estaba preparado para cuidar que surge de la tragedia. Debido al impacto en los participantes durante las entrevistas, se consideró la realización emergente de una intervención humanitaria en respuesta al sufrimiento de la misma. La intervención, que consiste en terapéutica impronta actividades , trajo resultados que apuntan a la necesidad de acciones que van más allá de una respuesta de emergencia a los que sufren en relación con la tragedia , señala la importancia del tempo. De esto, se señaló la importancia de crear espacios humanizados y acogedores que promueven la salud de reconsiderar sus sufrimientos y espacios para promover el bienestar con el fin de atender a los trabajadores.

Palabras clave: Salud, Trabajador, Sufrimiento.

INTRODUÇÃO

A realização de um cuidado ao trabalhador de saúde pressupõe uma nova forma de compreensão das relações entre trabalho e saúde e novas práticas de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho, buscando compreender a ocorrência dos problemas de saúde à luz das condições e dos contextos de trabalho, tendo em vista medidas que promovam saúde¹.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, toma como princípio básico de que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o trabalho” e assim, a Saúde do Trabalhador passa a ser regida pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Na vigência desta lei, entende-se por Saúde do Trabalhador, o conjunto de

atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das suas condições de trabalho².

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) em Saúde, tem defendido o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de relações de potência nos processos de produção de saúde³.

Na data de 27 de janeiro de 2013, a população de Santa Maria, município da região central do Estado do Rio Grande do Sul, sofreu o impacto de um evento extremo, sendo este um incêndio ocorrido em ambiente de entretenimento. Essa situação inesperada e desorganizadora envolveu principalmente jovens universitários, atingindo a vida de inúmeras pessoas e culminando na necessidade da articulação de diversas ações públicas para atender às demandas oriundas do ocorrido, contando com o auxílio de voluntários de todo país e exterior.

Num contexto pós tragédia como o vivenciado, foi relevante investigar como as equipes da rede de Atenção Básica em Saúde vivenciaram o contexto da tragédia no desempenho de suas funções, uma vez que as equipes da rede básica, objeto do estudo e intervenção, se envolveram diretamente pois muitas vítimas diretas e indiretas eram de seus territórios.

A pesquisa diagnóstica que respaldou esta vivencia revelou considerável grau de sofrimento dos trabalhadores, relacionado tanto com o impacto da tragédia devido aos atendimentos às vítimas, familiares ou vítimas indiretas relacionadas com o evento, como o sentimento de despreparo, principalmente no que se refere ao atendimento de demandas de saúde mental dos trabalhadores frente a uma situação considerada inesperada. Destaca-se ainda que durante a realização das entrevistas, os participantes manifestaram inúmeras reações advindas de seu sofrimento, como choro, descontrole emocional, revolta e desamparo. Em resposta a essas manifestações, optou-se pela realização de uma intervenção humanizada e acolhedora aos sujeitos participantes da pesquisa.

Os participantes foram convidados a participar da intervenção, sendo que a realização da mesma justifica-se pelo fato de que a pesquisa em si não pode ser a única finalidade do estudo. Para modificar a realidade investigada é necessário ir além e propor planos de ação, pois só assim será possível integrar teoria e prática e garantir a qualidade e

resolutividade das ações⁴. Outra justificativa de relatar o vivido deve-se ao fato de que a proposta pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional Integrada no sistema público de saúde com ênfase em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Maria, na qual os autores do estudo são integrantes, propõem intervenções qualificadas a partir dos diagnósticos da pesquisa realizada.

Os residentes atuaram diretamente nas ações instituídas, em especial no acompanhamento às equipes de saúde da Atenção Básica (AB), e assim, enquanto residentes de saúde mental e pesquisadores, que viveram o processo de acompanhamento das equipes no atendimento, questionávamos o que fazer com estas equipes tão fragilizadas? Os dados de sofrimento não permitiriam uma devolução banalizado: fomos tocados pela dor do outro, que também era nossa, e isto nos mobilizou a cuidar desta equipes à medida em que a intervenção não poderia ser uma simples devolução de dados frente à este contexto de sofrimento. Além disso, compreende-se a importância de produzir conhecimentos em torno de projetos de intervenção, associados à cuidado do trabalhador em uma situação pós tragédia.

Nestes termos o **objetivo** desta intervenção foi *acolher e prestar cuidado aos trabalhadores com vistas à ressignificação do sofrimento a partir de diferentes técnicas de expressão da subjetividade com vistas ao bem estar e à qualidade de vida.*

METODOLOGIA

Esta pratica é sustentada a partir de um projeto de pesquisa “guarda chuva” que prevê, a intervenção após análise dos dados da pesquisa. Ou seja, a pratica interventiva está respaldada em um projeto de pesquisa de caráter qualitativo, realizada por três profissionais residentes da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental. No caso deste estudo, é uma exigência da proposta pedagógica do Programa da referida Residência no qual os autores do estudo estão vinculados como residentes.

Realizou-se a pesquisa por meio de entrevista semiestruturada com questões abertas e observação livre. A amostra foi constituída por dez trabalhadores de cinco diferentes Estratégias de Saúde da Família (ESFs), sendo metade da amostra composta por profissionais de nível superior e os demais distribuídos entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) dos territórios que tiveram vitimas diretas da tragédia de incêndio na boate *Kiss*.

A pesquisa foi encaminhada e aprovada pela Prefeitura Municipal de Santa Maria por meio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido regulamentado pela Resolução 196/96 da qual normatiza pesquisas realizadas com seres humanos⁵. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O sigilo dos participantes foi contemplado mediante códigos por letras e números, sendo E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9 e E10.

Após a análise dos dados delineou-se o foco e as prioridades da intervenção: a ressignificação do sofrimento e cuidado à saúde destes trabalhadores.

Para a realização da intervenção tratada neste artigo, foram convidados todos os participantes da pesquisa. Entretanto, destes, apenas quatro dos dez participantes compareceram à intervenção. Os demais convidados responderam positivamente ao convite mas não puderam se afastar de suas atividades de trabalho em suas respectivas ESFs.

O encontro contemplou dois momentos interventivos, o primeiro momento com oficina de pintura e meditação, coordenada por uma Mestre de Terapia Ocupacional e o segundo momento composto por uma introdução e prática da arte marcial Tai Chi Chuan coordenado por Mestre convidado. Após as atividades, proporcionou-se uma roda de conversa na qual se pode socializar as impressões da intervenção entre participantes, residentes e mestres convidados.

As informações e métodos trabalhados na intervenção foram tratados não apenas como relato, pois foram relacionados com a análise do conteúdo das entrevistas realizadas anteriormente à prática interventiva e relacionados com os dados da intervenção, a partir da técnica de observação livre, utilizando ainda de fotos e análise de figuras construídas nas atividades propostas. Segundo Queiroz et al.⁶, é mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado que se concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados. O ato de observar é um dos meios mais frequentemente utilizados pelo ser humano para conhecer e compreender as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações. Observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade⁷.

Nesse sentido, esta técnica empregada durante a prática interventiva, utilizou-se da observação livre ou também denominada de assistemática caracteriza-se por ser espontânea,

informal e ocasional consistindo em recolher fatos e registrá-los sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise realizar perguntas diretas⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados da intervenção, a partir da ótica das autoras, ancorados na formação de duas unidades de significado, que emergiram da análise dos dados da pesquisa que balizadora do estudo: *O espaço da ressignificação do sofrimento; O espaço de produção de bem-estar: cuidando do trabalhador*

O espaço da ressignificação do sofrimento

Se “num certo sentido toda relação é um poder de afetar e ser afetado”⁹, enquanto trabalhadores somos afetados pelos nossos usuários, por suas histórias de vida, suas curas ou mortes e nosso estado também os afeta. A clínica passa por um e outro destes elementos, pressupondo desvio, sair do lugar, mudança nas relações desfazendo a dicotomia entre sujeito e objeto¹⁰, entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Assim, a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado, a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde)³.

No caso dos trabalhadores da rede básica, sujeitos da pesquisa, que atuaram diretamente no atendimento às vítimas advindas da tragédia, os dados evidenciaram o sofrimento dos mesmos frente aos desafios de prestar cuidado ao usuário e saber lidar com a situação inesperada.

“ Na verdade eu sofri quando elas sofreram e eu me recupero à medida que elas se recuperam.” (E8)

“Cada pessoa que chegava parecia que estava me batendo. Era uma surra que tu tomava, porque afetava o meu psicológico enquanto ser humano.” (E9)

“Podo ser que eu também entre numa depressão num pânico, num medo, num terror né, o profissional ta sujeito a isso.” (E7)

Os fragmentos evidenciam que o trabalho no campo da saúde pode ser gerador de doença ao trabalhador do SUS pois está constantemente lidando com as fragilidades do ser

humano, justificando a necessidade de espaços para refletir sobre suas fragilidades. Deste modo, “promover saúde nos locais de trabalho implica, necessariamente, no fortalecimento da capacidade individual e coletiva para transformar as situações que agridem e fazem sofrer”¹¹. Assim, há uma fragilidade quando não se intervém frente ao impacto do trabalho sobre a produção de significados para os sujeitos trabalhadores, pois o trabalho afeta seu modo de viver¹².

Entretanto, o trabalhador da saúde está constantemente envolvido na onipotência de cuidar o outro e julga-se conhecedor de diferentes técnicas e teorias de como cuidar, no papel de que tudo pode e tudo provém. Porém, é preciso considerar que lidar com a dor não é fácil nem prazeroso, pois muitas vezes angustia e pode sensibilizar aquele que cuida do doente gerando dor em seu próprio corpo ou sofrimento. É sabido que algumas doenças podem ser influenciadas pela forma de vida das pessoas ou estar relacionadas com suas experiências, valores, estilos de vida, precariedade do trabalho, dificuldade de comunicação, e isso tudo nos faz pensar nesse “ser” que sofre³.

Nesse sentido, estes profissionais também são sujeitos de sofrimentos e medos e, como tal, necessitam de cuidado. Precisam de alguém que lhes invista um olhar de atenção, de continência das angústias e ansiedades despertadas em cada caso, no contato com a dor e o sofrimento dos usuários que atende³.

“Então, eu me vejo, cada dia que passa isso sempre falo em reunião: “quem cuida do cuidador?” entende? Ninguém.” E8

“Se tu tem quem te escute melhora.” E4

“Alguém poderia ter vindo, oferecido o trabalho deles pra gente, pro trabalhador, pois estávamos ali, num momento que precisávamos (...), mas a gente não recebeu.” E6

“Talvez fosse bom não só pra superar isso da Kiss, mas pra melhorar o trabalho da gente no dia-a-dia também.” E1

Nesse sentido, a proposição de uma prática interventiva com os participantes da pesquisa, visou acolher estes trabalhadores no sentido de possibilitar ações terapêuticas que permitissem o ressignificar do sofrimento frente as ações de cuidado prestadas às vítimas. Para isto, optou-se pelo desenvolvimento de uma atividade expressiva, realizada por uma terapeuta ocupacional, a partir de técnica de meditação seguida de oficina de pintura.



É importante destacar que a intervenção por um terapeuta ocupacional facilitou esta descoberta, pois ofereceu, a partir de seu núcleo profissional específico, diversas formas de expressão, utilizando materiais variados para que o sujeito escolhesse o que melhor se adaptasse a sua necessidade.

Ou seja, esta dinâmica possibilitou meios e diferentes formas de expressão, considerando que todo sujeito necessita se expressar de algum modo¹³. Neste contexto, percebeu-se que este tipo de ação terapêutica proporciona uma maior resistência psíquica aos estímulos negativos vivenciados. Ademais, encontros grupais facilitados pela terapia ocupacional permitem refletir sobre formas de apropriação e refinamento da condição de vida e de trabalho dos profissionais, num processo de valorização e conscientização de si, do outro e do trabalho¹⁴.

Enfim, como estas técnicas tem a finalidade de permitir o fluir das subjetividades, permitiu uma livre expressão de cada participante em relação ao que o momento estava lhe propiciando. Foi solicitado ainda a nomeação das pinturas, para que os participantes discorressem sobre os significados atribuídos ao desenho.



Dentre os significantes atribuídos pelos participantes às suas pinturas, uma participante chama a atenção das autoras ao pintar ela mesma dentro de um lago, explicando que o desenho criado representava sua transformação a partir da meditação possibilitada pelo modo de intervenção, e que o lago simbolizava tranquilidade.

Estes significantes expressados revelam que os processos de transformação e ressignificação do sofrimento, acontecem a partir de um momento que permite que o sujeito

se desprenda tranquilamente de seus pensamentos relacionados às pressões cotidianas do trabalho, para expressar as necessidades que permaneciam latentes em seu subjetivo.

Em 1948, foi constatado empiricamente por Nise da Silveira o que se confirmou nos anos seguintes: “Nossa observação cada vez mais confirma que a pintura não só proporciona esclarecimento para processos patológicos, mas constitui igualmente verdadeiro agente terapêutico”. A atividade expressiva pode ser utilizada para reorganizar o mundo interno do paciente, e ao mesmo tempo para reconstruir a realidade¹³.

Esta perspectiva tem respaldo na PNH que propõe a constituição de espaços de produção de saúde aos trabalhadores, permitindo que os sentimentos vividos vão encontrando lugar para serem manifestados; aos poucos, as sensações de estar só, isolado, desamparado, vão desaparecendo e, ao mesmo tempo, encontrando eco e ressonância nos outros membros que dão acolhimento e apoio. Assim, o profissional é reconhecido e se reconhece como alguém que também precisa de cuidado e encontra apoio e parceiros para o enfrentamento da tarefa que lhe cabe¹⁵.

Nesse sentido, a intervenção permitiu viabilizar um espaço acolhedor no qual, percebeu-se que as trabalhadoras puderam se sentir valorizadas, ouvidas e livres para expor o que lhes estava afligindo e, assim, ampliar o seu nível de consciência e de clareza sobre o sofrimento que vivenciaram ou continuam vivenciando com as demandas advindas da tragédia.

É preciso trabalhar com a concepção de que o sujeito deve ser sempre tratado como um protagonista na produção de sua saúde e dos cuidados de si, como ser social que produz valores e modos de viver em sua comunidade. Para tanto, busca ainda disparar/ativar, reativar, cuidar acreditando na sua capacidade, enquanto sujeito, de inventar saídas para as adversidades existentes em seu cotidiano, lidando com as dificuldades que se apresentam de modo a manter o contínuo movimento de reinvenção de si mesmo¹⁶. Nesse sentido, a compreensão do significado da vivência legitima a importância da criação de espaços como estes, de ressignificação da dor, onde seja permissível a expressão dos sentimentos, consistindo ainda em pensar o seu papel de cuidador, suas decorrências sociais e emocionais.

Considerando estas concepções, torna-se necessária, também, ações que contemplem elementos de produção de bem estar visando o cuidado ao trabalhador.

O espaço de produção de bem-estar: cuidando do trabalhador

No sentido de buscar práticas que promovam saúde aos trabalhadores, é necessário o cuidar do trabalhador, buscando equilíbrio psíquico, físico e social. Um espaço de produção de bem estar define uma melhor qualidade de vida dos sujeitos, pois o cuidado com o trabalhador preocupa-se também com a qualidade de vida dos mesmos, onde são respeitadas as necessidades e as limitações do ser humano, trazendo como fruto um crescimento pessoal e profissional, sem traumas. Acomete atitudes pessoais e comportamentos que são relevantes para a produtividade pessoal e grupal, como a motivação para o trabalho, a adaptabilidade às mudanças, a criatividade e o anseio de inovar¹⁷.

Ademais, a qualidade de vida no trabalho tem sido uma preocupação do homem desde o início da sua existência, embora com outros nomes, em outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem estar ao trabalhador no desempenho de suas tarefas¹⁷.

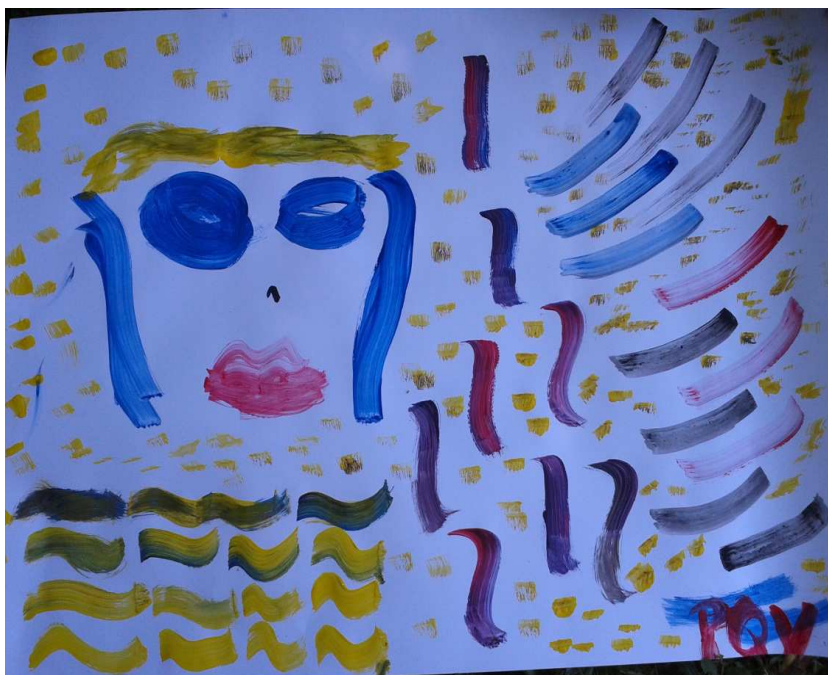
Conceituações diferentes de qualidade de vida têm sido usadas, variando de definições gerais às mais específicas. O termo qualidade de vida é abrangente, pois contempla fatores relacionados à saúde, como os físicos, funcionais, emocionais e bem-estar mental e, também, os não relacionados, a saber, o trabalho, família, amigos e outros aspectos da vida¹⁸. A qualidade de vida relacionada à saúde abrange vários domínios do cotidiano do indivíduo, sendo os mais comumente estudados o psicológico, o social e o físico¹⁹.

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade de vida lida com o que as pessoas "sentem" sobre sua condição de saúde ou suas consequências, sendo, portanto, um construto de "bem-estar subjetivo"²⁰.

Associando estas concepções ao contexto vivenciado por estes sujeitos da pesquisa, é possível inferir, conforme evidenciado nos depoimentos contemplados na categoria anterior, que a tragédia afetou de modo significativo a vida destes trabalhadores, em termos de produção de subjetividades, ressignificações no contexto de trabalho de modo individual e coletivo. Assim, dependendo como elaboraram a vivência, pode resultar em diferentes aspectos que influenciam na sua qualidade de vida.

Nesse sentido, a escolha das diferentes técnicas empregadas nas oficinas tiveram, além da finalidade de possibilitar um espaço de expressão, descrito na unidade anterior, também

objetivaram cuidar destes sujeitos fragilizados pelo evento. Buscou-se, no sentido, permitir que os traumas fossem considerados, com o cuidado de não revivê-los de modo explícito, na tentativa de processá-los em direção a uma maior adaptabilidade às necessidades de mudanças, em direção a um maior bem-estar individual e coletivo, bem como pessoal e profissional¹⁷.



Contemplando esta concepção, durante a intervenção, a qualidade de vida foi considerada como um importante significante, sendo que uma das participantes, na realização da oficina de pintura, nomeando sua obra com a sigla P.Q.V., explicando que retratava projeto qualidade de vida.

Este significante atribuído por esta trabalhadora, sem que esta conceituação fosse mencionada na vivencia, remete-nos a relação entre o que foi possibilitado na oficina e como isto permitiu impactar na sua compreensão de bem estar subjetivo e a qualidade de vida. Tal modo de formação de significados, viabilizados por um modo distinto de cuidar-do-outro, permite inferir que no campo da saúde, pode se fazer necessária ações específicas de cuidado ao trabalhador, no que tangem a qualidade de vida dos mesmos, visto que as vivencias afetam sua vida profissional e pessoal como um todo.

“Eu gosto do que faço, mas eu não vou te negar assim que tem dias que eu saio daqui num estresse que eu não consigo dormir, e às vezes eu chego em casa levando essa ansiedade, e eu preciso descansar, relaxar.” E2

“Eu fiquei sem paciência com a minha família quando chego em casa; qualquer coisa que às vezes eles me questionam, eu respondo de uma forma que não é o meu jeito de ser, entendeu? Mas eu estou sobrecarregada daqui” (E1).

Os fragmentos justificam a necessidade de valorizar o cuidado ao trabalhador, pelo fato de que o processo de trabalho no campo da saúde é repleto de complexidade, em que “o

profissional acaba sendo um cuidador sob constante pressão. Seu objeto de trabalho são pessoas atingidas em sua integridade física, psíquica e social, alguém que expressa sofrimento e mobiliza sentimentos no profissional que o cuida, o que exige deste, resultados muitas vezes superiores à possibilidade humana de alcançá-los”³. Além disso, este ambiente de trabalho turbulento e conflitante colabora para o aparecimento do estresse, influenciando num possível processo de adoecimento, embora o profissional possa demorar em percebê-lo.²¹.

Nos dias atuais, verifica-se um número cada vez maior de pessoas que têm stress e não gozam de boa qualidade de vida. Isso ocorre porque vivenciam situações carregadas de aflições, exigências, agitações e pressões constantes, sobretudo na área profissional²².

Segundo este entendimento, é importante ressaltar que os profissionais da saúde apresentam acentuado risco ocupacional, considerando o estresse, por conviver constantemente com situações de sofrimento, depressão, dor etc.²¹. No caso do contexto de uma tragédia estas situações causadoras de sofrimento ao trabalhador são intensificadas, podendo ser consideradas riscos psicossociais, pois influencia diretamente na saúde do trabalhador e pode estar profundamente ligado a níveis crescentes de sofrimento no trabalho quando apresenta alterações negativas nesse ambiente de trabalho²³.

Considerando que os sujeitos da pesquisa são trabalhadores em sofrimento post-
tragédia, portanto, necessitando de cuidados especiais, não convencionais, optou-se, por ocasião do segundo momento da vivencia, realizar uma oficina de Tai Chi Chuan, que permitisse vivenciar um melhor estado de “bem-estar”.

O Portal da Sociedade Brasileira de Tai Chi Chuan e Cultura Oriental, disponibiliza uma publicação de estudo científico realizado por médicos americanos, onde afirma que entre todas as artes terapêuticas, físicas e mentais, Tai Chi Chuan, é a mais suave e mais fácil de ser aprendida. Seu poder de rejuvenescimento tanto físico como mental, tem sido comprovado pois, abaixa a pressão sanguínea, irriga as juntas, estimula a circulação, constrói os músculos e mobiliza o sistema imunológico. Além disso, uma pesquisa entre os praticantes de Tai Chi Chuan comprovou que 90% sentiu melhoras significativas no seu desempenho profissional, estado de atenção e concentração no trabalho e especialmente na qualidade de sua saúde física e emocional. No campo das relações humanas, o trato com os colegas e superiores chegou a um nível de entendimento que possibilita a maior compreensão e integração no trabalho. O que destaca-se nessa pesquisa é o nível de capacidade de encarar problemas tanto

profissionais como particulares, “calma”, encontrando soluções adequadas aos mesmos, sem desgaste físico ou emocional²⁴.

Nesta direção, desenvolveu-se uma aula prática da arte marcial Tai Chi Chuan, propiciando uma experimentação de equilíbrio mental e físico segundo a consciência corporal.



De acordo com a pesquisa médica publicada em 1986 no “china Sports”, a prática do Tai Chi Chuan gera um sentido de paz interior, na medida em que nos concentramos nos movimentos sem nos distrairmos, e os movimentos suaves e fluídos, fazem com a mente e os músculos relaxem, promovendo a flexibilidade²⁴.

Esta atividade foi uma experiência única pois permitiu vivenciar um processo de reelaboração do sofrimento a partir desta técnica do Tai Chi Chuan, que pode ser considerada inovadora, já que não é convencional no campo terapêutico em saúde mental. Foi possível observar uma boa aceitação e interesse dos participantes, frente a entrega dos mesmos ao comando do mestre especialista. Ainda, o local em área verde, aberta, favoreceu que os participantes internalizassem a essência desta arte marcial, manifestado em suas expressões físicas e emocionais: sensação de bem-estar, tranquilidade, leveza, e um certo contentamento.

Acredita-se, então, que este tipo de vivência constituiu-se como um momento muito especial, de valorização do profissional para que pudesse cuidar de si, em um lugar afastado das pressões cotidianas, além do cunho terapêutico inerente, abarcado no propósito desta técnica interventiva. Alguns resultados imediatos foram percebidos quando, após a aula de Tai Chi Chuan, uma das participantes relata que há meses sentia uma lombalgia, persistente

mesmo sob tratamento medicamentoso e que para sua surpresa ao final da aula percebeu a ausência da dor.

Após a realização das atividades, foi feita uma avaliação do encontro pelos participantes, que constataram a necessidade de espaços como o vivenciado, que sejam produtores de cuidado à sua saúde e bem estar, assim como projetos de qualidade de vida. Antes mesmo destas reflexões pós intervenção, os participantes já haviam mencionado nas entrevistas a necessidade de ações voltadas à promoção de sua própria saúde.

“Eu acho que falta alguma coisa assim referente à saúde do trabalhador, à respeito de algumas ferramentas e diretrizes ou política nacional de humanização.” E5

“Eu acho que é bom vir alguém de fora pra ter esse olhar diferenciado.” E4

Apesar de que a Qualidade de Vida no Trabalho ter sido definida de diferentes formas por diferentes autores, praticamente todas as definições guardam entre si, como ponto comum, o consenso de que uma maior humanização, o aumento do bem-estar dos trabalhadores e uma maior participação nas decisões e problemas da empresa, relacionam-se de forma direta com a qualidade de vida no trabalho²⁵.

Programas de qualidade de vida e promoção da saúde proporcionam ao indivíduo uma maior resistência ao stress, maior eficiência no trabalho, uma melhor autoimagem e melhoria nos relacionamentos. Além disso, com programas desse tipo, as empresas são beneficiadas com uma força de trabalho mais saudável, menor absenteísmo e rotatividade, menor número de acidentes, menor custo de saúde assistencial, maior produtividade, melhor imagem, e finalmente com um melhor ambiente de trabalho²⁶.

Enfim, recomenda-se que ações como estas descritas, voltadas para o cuidado da saúde do trabalhador, devem ser consideradas uma prioridade neste contexto pós-tragédia, pois possibilita uma ressignificação do sofrimento advindo dos efeitos do trauma ao estimular práticas relacionadas diretamente à qualidade de vida. Nessas ocasiões, além de momentos descontraídos, os trabalhadores tem a oportunidade de estreitar o relacionamento com os colegas.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, possibilitou, inicialmente compreender o importância de possibilitar espaços criativos de cuidado ao trabalhador de saúde, principalmente em um

momento trágico como o vivido neste contexto de análise, de fragilidade emocional entre as equipes que prestaram e continuam prestando cuidado às vítimas diretas e indiretas da tragédia. Ou seja, evidenciou que o sofrimento dos profissionais da atenção básica, diagnosticado na pesquisa, necessita ser valorizado para não causar adoecimento. Nesse sentido, a prática interventiva, por meio de utilização de técnicas especiais - oficina de pintura, meditação e arte marcial Tai Chi Chuan, pôde contribuir terapêuticamente com vistas à promoção de sua saúde e prevenção de doenças de ordem psíquica ou mental.

Em relação a primeira técnica utilizada na intervenção, ou seja, expressiva, é possível considerar sua valoração no processo de ressignificação do sofrimento dos sujeitos, enquanto que a segunda técnica de arte marcial corroborou terapêuticamente contemplando o cuidar destes trabalhadores, contribuindo no bem estar e na qualidade de vida.

Acredita-se que a ação interventiva de cuidado aos profissionais em um momento trágico, de fragilidade emocional, pôde contribuir terapêuticamente, assim como apontar a necessidade de se pensar espaços como os que a intervenção proporcionou, espaços de acolhedores e de cuidado ao trabalhador.

Além disso, o trabalho pôde contribuir no processo de formação dos autores, enquanto residentes, comprometendo-se com os resultados obtidos e realizando uma intervenção junto aos trabalhadores, pois contemplou a inclusão destes sujeitos no cuidado. Constata-se que é preciso dar respostas humanizadas ao sofrimento de todos os envolvidos em um contexto de tragédia, neste caso o dos trabalhadores, e que estas ações são responsabilidade dos atores do campo da saúde mental.

Para a autora principal deste estudo, enquanto enfermeira, destaca-se que ao analisar e relatar o vivido, foi possível um processo de apropriação de conhecimentos de campo de saúde mental no que concerne aos estudos do sofrimento do trabalhador e as técnicas terapêuticas utilizadas na intervenção, no que tange às técnicas que permitem a expressão do subjetivo e a necessidade de cuidados ao trabalhador de saúde.

Comprendemos ainda, que as respostas de cuidado com estes trabalhadores deve ser um papel tanto dos serviços da rede municipal e regional, quanto à universidade e demais órgãos que tem papel envolvidos.

Além disso, os resultados desta intervenção não necessitam apenas a publicação de artigos dela decorrentes, mas, sobretudo, sejam utilizados para transformações da realidade a partir das necessidades. E para tal, sugere-se a continuidade das ações a partir de projetos, como por exemplo, projetos acadêmicos de extensão dos cursos de ciências da saúde

em projetos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde/Redes de Atenção²⁷.

REFERÊNCIAS

1. KOMPIER, M. A.; KRISTENSEN, T. S. As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. Caderno Psicologia Social do Trabalho, São Paulo, USP, v. 5, p. 37-58, 2003.
2. BRASIL. Lei n. 8.080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)
4. DEMO, P. Pesquisa e construção de conhecimento. Ed. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, 1996.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Comissão de Ética em Saúde. 1996.
6. QUEIROZ. T. D. et al. Observação participante na Pesquisa qualitativa: conceitos e Aplicações na área da saúde. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.
7. Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis (RJ):Vozes;1986.
8. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2003.
9. Carvalho, Jairo Dias. Gilles Deleuze e Guimarães Rosa, a uma conexão entre filosofia e literatura: o devir, o duplo e a metamorfose. Universidade Federal de Uberlândia. AISTHE, n° 7, 2011. ISSN 1981-7827. Página da Web: <http://www.ifcs.ufrj.br/~aisthe/vol%20V/Carvalho.pdf>.
10. BARROS, Regina Benevides de. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina: UFRGS, 2007.
11. BARROS, de B. M. E; MORI, M. E; BASTOS, S. de S. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento “programa de formação em saúde e trabalho”. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-48, 2006.

12. DEJOURS, Christophe. A banalização da injustiça social. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
13. ANDRADE, E. O terapeuta Ocupacional como Agente de Saúde mental. Rev. Insight psicoterapia – Ano V – nº 49, São Paulo, Lemos, 1995.
14. YONEZAWA, L.M.; SOARES, L.B.T. Qualidade de vida, saúde e organização do trabalho na percepção de costureiras de uma cooperativa popular. In: Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades, 10,2007b, Goiânia, Anais... (CD-ROM), Goiânia: Editora Kelps, UCG, 2007. temas livres, apresentação oral n.113, p.1-11.
15. SCHNEIDER ET AL. Trabalhador de Saúde, Gente cuidando de gente. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)
16. ANGELI, A A C.;SCHULTES,C.; MOREIRA, C. Durezas e delicadezas: o encontro, por meio da Atividade lúdica, entre o acadêmico de terapia Ocupacional e a vulnerabilidade social na infância. Anais. 5º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária (CBEU). Página da Web. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Web/978-85-397-0173-5/Sumario/6.1.3.pdf>. Acesso em: 19/02/2014.
17. PEREIRA, V. C. Qualidade de Vida no Trabalho. Monografia de Pós Graduação Lato Sensu em Gestão de Recursos Humanos da Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro. Outubro de 2006. Página da Web disponível em: < <http://www.avm.edu.br/monopdf/23/V%C3%8DVIAN%20CORTINES%20PEREIRA.pdf>>. Acesso em: 19/02/2014.
18. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA 1994; 272:619-26.
19. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GIJM, Ormel J, Suurmeijer TPBM. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. Qual Life Res 2004; 13:883-96.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

21. HARBS, T. C.; RODRIGUES, T.; QUADROS, V. A. S. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. Artigo. 2008. Disponível em:<http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art4_estresse.pdf> Acesso em 15 de ago. 2011.
22. PROENÇA, I. M. (1998). Stress ocupacional e qualidade de vida do jornalista da mídia impressa diária. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC- Campinas.
23. Martinez MC. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador.Rev. Saúde Pública vol.38 no.1 São Paulo Feb. 2004.
24. MANCILLA, Jairo & PY, Luiz Alberto. O Tai Chi Chuan e a Saúde - parte 2. **Rev. Criativa**. Outubro de 2001. São Paulo. Portal da Sociedade Brasileira de Tai Chi Chuan e da Cultura Oriental. Página da Web. Disponível em: <http://www.sbtcc.org.br/ar-tcc-saude2.php>. Acesso em: 19/02/2014.
25. LIMA, F. B. de., Stress, Qualidade de Vida, prazer e Sofrimento no trabalho de Call Center. Dissertação de Pós Graduação pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo. 2004. Página da Web. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/n203318.pdf. Acesso em: 21/02/2014.
26. Silva, M. A.D. & De Marchi, R. (1997). Saúde e qualidade de vida no trabalho. São Paulo: Editora Best-Seller.
27. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.802, DE 26 DE AGOSTO DE 2008.

Normas Revista

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP:

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

- 1.1 - Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 - Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 - Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 - Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;
- 1.6 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);
- 1.7 - Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para essa seção obedecendo preferencialmente às regras de **Comunicação Breve** (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.8 - Resenhas:** resenha em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.9 - Cartas:** crítica a artigo publicado submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- 3.1** - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2** - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

- 4.1** - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2** - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3** - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

- 5.1** - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

- 6.1** - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2** - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

- 7.1** - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa

e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e

tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: ensp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

Secretaria Editorial +55 21 2598-2511 :: Assinaturas +55 21 2598-2514

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.