

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

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE: (RE) PENSANDO SABERES E  
FAZERES NA PERSPECTIVA DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE  
MENTAL**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO**

**- Modalidade Artigo Publicável -**

**GABRIELA ZENATTI ELY**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE: (RE) PENSANDO SABERES E  
FAZERES NA PERSPECTIVA DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE  
MENTAL**

**Gabriela Zenatti Ely**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável ó apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Saúde Mental.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra**

**Co orientadora: Fernanda Franceschi de Freitas, Mestre (HUSM)**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

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

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

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE: (RE) PENSANDO SABERES E FAZERES NA  
PERSPECTIVA DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

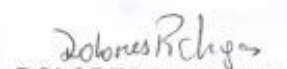
Elaborado por  
**GABRIELA ZENATTI ELY**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de  
Saúde, ênfase em Saúde Mental.**

**Comissão Examinadora:**

  
**MARLENE GOMES  
TERRA**

  
**CAIO CESAR PIFFERO  
GOMES**

  
**DOLORES REGINATO  
CHAGAS**

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

## **A educação permanente: (re) pensando saberes e fazeres na perspectiva da linha de cuidado em saúde mental**

### **Continuing education: (re) thinking about knowledge and actions from the perspective of line mental health care**

Ely, Gabriela Zenatti; Lara, Michele Pivetta de; Terra, Marlene Gomes; Freitas, Fernanda Franceschi de; Silva, Adão Ademir da.

#### **Resumo**

O artigo relata a experiência referente à ação de educação permanente realizada pela residência multiprofissional integrada (RMI) junto aos profissionais do Pronto Socorro Psiquiátrico de um hospital de ensino universitário, com intuito de fomentar o pensar crítico reflexivo acerca do papel do serviço terciário na linha de cuidado em saúde mental. Foi utilizado um banner com conteúdo teórico e um instrumento escrito com a seguinte pergunta disparadora: qual o papel do pronto socorro psiquiátrico na linha de cuidado em saúde mental? As discussões ocorreram no campo prático do cotidiano dos profissionais de saúde do Pronto Socorro Psiquiátrico em ações individuais e coletivas no intervalo de um mês. Participaram da atividade oito profissionais que expressaram sua opinião por escrito no documento de educação permanente, assim como em três momentos descritos pelos pesquisadores, propondo a discussão em equipe nas trocas de plantões entre os turnos. As discussões e os resultados convergem para: legislação e dispositivos de saúde na perspectiva da linha de cuidado em saúde mental; cotidiano dos profissionais de saúde no pronto socorro psiquiátrico. Conclui-se que a educação permanente em saúde busca meios de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitando o planejamento das ações em saúde na perspectiva de linha de cuidado em saúde mental.

Descritores em saúde: Educação Continuada; Saúde Mental; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

#### **Abstract**

The article reports on the experience with the action continuing education conducted by multidisciplinary integrated residence (RMI) with professionals from the Psychiatric Emergency Room of a hospital university education in order to foster critical thinking about the role of reflective tertiary line mental health care. We used a banner with theoretical content and a writing instrument with triggering the following question: what is the role of the psychiatric emergency room in the line of mental health care? The discussions took place in the everyday practical field of health professionals in the Emergency Psychiatric individual and collective actions within one month. Participated in the activity eight professionals who have expressed their views in writing on the document of continuing education, as well as three moments described by researchers proposing the team discussion of shifts in trade between shifts. The discussions and results converge to: legislation and health devices in perspective line mental health care; everyday health professionals in the psychiatric emergency room. We conclude that continuing health education seeks ways to accomplish the principles of the Unified Health System (SUS) enables the planning of health actions in perspective line mental health care.

Health descriptors: Continuing Education, Mental Health, Interdisciplinary Health Team

## **Introdução**

A Educação Permanente é uma estratégia que pode transformar o cotidiano da assistência em saúde, ao fomentar o pensamento crítico reflexivo dos profissionais responsáveis por desempenhar essa atividade. Trata-se de uma metodologia pedagógica para ações em saúde, que englobam a associação entre ensino e atividades em serviço, sendo ampliado pela Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, o projeto de formação de profissionais da Residência Multiprofissional Integrada (RMI) contempla dois aspectos principais: a Educação Permanente em saúde com seu caráter ético-político e, a integralidade como pilar da construção de saberes e fazeres (CECCIM; CARVALHO, 2006). A RMI está em consonância com a educação permanente em saúde, pois estimula esse pensamento na formação dos profissionais que compõem a linha de cuidado em saúde mental.

O projeto pedagógico do programa de residência multiprofissional prevê a realização de um projeto de pesquisa, sendo os resultados utilizados para a realização de um projeto de intervenção em outro serviço de saúde, o qual necessita relatar a experiência, contemplando a unidade de referência e complementar que os residentes atuaram. Nesse contexto, a unidade de referência dos residentes multiprofissionais, do núcleo de enfermagem e psicologia, foi a Unidade Paulo Guedes, onde foi realizada a pesquisa "Tecendo a rede de sentidos do tratamento em saúde mental", na qual foi possível ouvir os relatos das pessoas com transtorno mental frente ao sentido de seu tratamento. Os resultados dessa pesquisa, conjuntamente com a vivência dos profissionais nas unidades complementares, possibilitaram a construção do projeto de intervenção intitulado "O pronto socorro psiquiátrico na rede de cuidado em saúde mental: desafios e perspectivas", que buscou identificar o papel do Pronto Socorro Psiquiátrico na linha de cuidado em saúde mental, sendo este artigo o relato de experiência da ação educativa junto aos profissionais de saúde do referido serviço.

A inserção das profissionais da RMI no Núcleo Regional de Ações em Saúde no setor de Saúde Mental da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e no Pronto Socorro Psiquiátrico do Hospital Universitário de Santa Maria para desenvolver a carga complementar das atividades do Programa de Residência propiciou uma aproximação com o processo de gestão. Também, oportuniza experiências de assistência em saúde mental a pacientes que buscam acesso ao

atendimento de alta complexidade em saúde. Em decorrência dessa experiência foi possível perceber as dificuldades no que tange a comunicação, o entendimento do papel de cada instância de saúde, a realização de encaminhamentos dos pacientes entre os serviços, a requisição de medicamentos especiais/processo judicial.

Em relação ao núcleo de ações em saúde no setor de saúde mental da 4º CRS, esse tem como objetivo prestar apoio técnico para o desenvolvimento de projetos, programas e acompanhar a execução das atividades suplementares e serviços em saúde, em conjunto com os demais serviços regionais, supervisionando e acompanhando junto aos gestores municipais, a implantação e implementação de estratégias em saúde mental. O gerenciamento de um serviço público de saúde requer um conhecimento amplo, no que tange ao planejamento administrativo a fim de promover um cuidado integral e humanizado aos usuários em diferentes níveis de complexidade, de serviços em redes e um olhar integral, na perspectiva do profissional. Nesse contexto, o profissional precisa atentar ao planejamento das ações em saúde para efetivar um cuidado resolutivo.

Já no Pronto Socorro Psiquiátrico, a emergência psiquiátrica é marcada por uma situação de crise, conflitos, desordem, tanto em nível individual quanto coletivo que necessita de cuidado especializado em psiquiatria (CARVALHO, 2006). O momento da crise é de extremo sofrimento, tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação psíquica do sujeito e de ordem familiar, sendo o serviço de emergência psiquiátrico o local de acolhimento para se fazer compreender e dar um outro sentido à crise (GONDIM, 2001). Diante desse quadro, é indispensável à intervenção imediata de uma equipe multiprofissional para evitar maiores prejuízos à saúde do indivíduo, amenizar possíveis riscos à sua vida ou à de terceiros (SOUZA et al., 2010)

Conforme o Ministério da Saúde, cerca de 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; sendo que 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental. Dispomos de 208 hospitais psiquiátricos que viabilizam via SUS 35.426 leitos (BRASIL, 2012).

No hospital geral, o processo de integração entre a psiquiatria e outras especialidades foi realizado gradualmente de três maneiras: deslocamento de pacientes psiquiátricos para enfermarias de psiquiatria, realização de interconsultas e maior participação dos psiquiatras em comissões hospitalares. No entanto, esse movimento busca superar dificuldades na delimitação da especialidade psiquiátrica no âmbito do hospital geral (QUEVEDO, 2008).

A lei da Reforma Psiquiátrica vigente desde 2001, no seu direcionamento para serviços de rede prevê o acolhimento e a escuta do sujeito, substanciada pela clínica ampliada que visa inserir a pessoa em sua rede familiar e social enfatizando suas potencialidades (DELGADO, 2008). Essa lei tem como objetivo principal (re) pensar e transformar a relação entre os sujeitos e as instituições, entre a loucura e a sociedade, entre o estigma e a segregação para uma relação de coexistência com a loucura e o cuidado (SOUZA, 2006).

A concepção do tratamento em saúde mental está pautada na busca pela reabilitação psicossocial. Essa estratégia singularizada pode possibilitar por meio de um processo técnico a reintegração do sujeito ao seu contexto social (PINTO; FERREIRA, 2010). O desafio é abranger essa escuta para um ser de vontades, acreditando em suas potencialidades de um agente ativo e negociar sua terapêutica (HIRDES, 2009).

Para assistir em saúde mental se faz necessário desconstruir e (re) construir o modelo vigente, considerando a clínica do sujeito que envolve a doença, o contexto e o próprio sujeito (SOUZA, 2006). Para tal propósito, torna-se indispensável uma equipe multidisciplinar a fim de articular conhecimentos profissionais específicos para uma rede de saber por meio da integração de saberes poderemos chegar a uma faceta de multiplicidade de olhares para um mesmo foco, onde cada qual poderá contribuir com suas experiências (TERRA et al, 2006, p. 168).

Nesse contexto, os profissionais do Pronto Socorro de Psiquiatria do Hospital Universitário Santa Maria tem buscado aderir às novas diretrizes de cuidar em saúde mental, pois compreendem que é imprescindível implementar um espaço para tratamento especializado em urgência e emergência psiquiátrica. Para tanto, a educação permanente em saúde tem sido uma estratégia para um ambiente terapêutico, além de propiciar o planejamento das ações em saúde.

Diante do exposto, tem-se como objetivo relatar a ação de educação permanente em saúde junto aos profissionais do Pronto Socorro Psiquiátrico no intuito de fomentar o pensar crítico reflexivo acerca do papel do serviço terciário na linha de cuidado em saúde mental.

## **Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência acerca das ações de educação permanente realizadas pela RMI junto aos profissionais do pronto socorro psiquiátrico, com o intuito de

fomentar o pensar crítico reflexivo acerca do papel do serviço terciário na perspectiva de linha de cuidado em saúde mental.

O cenário para o desenvolvimento das ações de educação permanente foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no estado do Rio Grande do Sul, sendo o local o Pronto Socorro Psiquiátrico. A escolha é justificada pelo fato de o HUSM ser referência regional para assistência em saúde via SUS, contemplando os 31 municípios de abrangência da 4º CRS para atendimento de alta complexidade em psiquiatria. É um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que atua como hospital escola para os Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde, voltado ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde.

Os usuários/familiares acessam o pronto socorro psiquiátrico do HUSM por demanda espontânea, intervenções realizadas pelo SAMU, bombeiros, polícia militar, ou por encaminhamentos dos municípios da região da 4º CRS. Dentre as causas pela busca do nível terciário, pode-se citar: intoxicação e abstinência de álcool e outras drogas; internação por ordem judicial; comportamento suicida; psicose; agitação psicomotora; pedidos de receitas médica; informações e laudos; intoxicação e efeitos colaterais de medicamentos; primeiras consultas; reavaliações. As pessoas são avaliadas pelo residente em psiquiatria de plantão, e de acordo com a necessidade, podem permanecer na sala de observação; ser encaminhadas a unidade de internação; transferidas a outro serviço do município de referência ou liberadas para retornar a sua moradia.

O Pronto Socorro da Psiquiatria do HUSM possui 2 leitos em sala de observação. A equipe é formada por 2 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 4 auxiliares de enfermagem, secretária, sendo que no momento da realização da ação educativa 3 profissionais se encontravam em licença saúde ou férias. Ainda, é campo de atuação dos residentes médicos e multiprofissional em saúde, sendo que esses profissionais em formação são subsidiados por orientações teóricas e técnicas dos respectivos preceptores.

A ação de educação permanente, conforme previsto no projeto intitulado por "O pronto socorro psiquiátrico na rede de cuidado em saúde mental: desafios e perspectivas" foi realizada junto aos profissionais no intervalo de um mês. As atividades ocorreram de forma individual e/ou coletiva (rodas de conversa), onde as pessoas eram convidadas de forma intencional a participarem, conforme o cotidiano de trabalho das pessoas que atuam no referido serviço (escalas de serviço). O disparador das ações educativas foi a problematização



da realidade vivenciada na assistência no Pronto Socorro Psiquiátrico com recursos visuais (banner).

Esse aporte teórico na forma de "banner" foi confeccionado pelos pesquisadores, o qual foi fixado na parede junto ao posto de enfermagem e secretaria, para que todos os profissionais tivessem acesso. O conteúdo teórico abrangeu as falas dos usuários da pesquisa realizada na unidade de referência dos RMI intitulada por "Tecendo a rede de sentidos do tratamento em saúde mental"; a legislação vigente da área; dados epidemiológicos compostos por gráficos elaborados a partir de informações oriundas do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e setor de estatística do HUSM, acerca das internações efetuadas no referido hospital, provenientes de cada município da região de abrangência da 4ª CRS e, das regiões administrativas de Santa Maria, sexo dos usuários, hipótese diagnóstica; trechos da literatura nacional na perspectiva da linha de cuidado em saúde mental e, ao atendimento em Pronto Socorro Psiquiátrico.

Além disso, empregou-se a pergunta disparadora: qual o papel do Pronto Socorro Psiquiátrico na rede de saúde mental? Os questionamentos e opiniões puderam ser redigidos no "livro ata" ou quando abrangeu a discussão coletiva, foram registrados por um pesquisador, que se encontrava frequentemente no local de coleta de dados, para estimular a troca de conhecimento.

Esse "livro ata" denominado como instrumento de educação em serviço escrito, constava claramente o objetivo de sua construção. O instrumento de educação em serviço escrito e o banner ficaram a disposição dos profissionais, durante as 24 horas do dia, junto ao posto de enfermagem e secretaria, para possibilitar o acesso a todos que atuam no serviço, assim que desejasse em participar, sem necessariamente declarar sua identificação, sendo possível a utilização de codinomes e solicitado somente a indicação da profissão. Esse instrumento foi uma estratégia para promover a troca de saberes e experiências entre profissionais do local e os que estavam em formação pela residência médica e multiprofissional em saúde.

Logo, as discussões ocorreram no campo prático do cotidiano dos profissionais de saúde do pronto socorro psiquiátrico, em ações individuais e coletivas, onde os participantes foram convidados a discorrer ou a falar a respeito de suas inquietações frente à realidade vivenciada e o conteúdo teórico, a fim de delimitar o papel do pronto socorro psiquiátrico na linha de cuidado em saúde mental. Foram oito participantes que expressaram sua opinião por escrito no documento de educação permanente, além de três momentos descritos pelos

pesquisadores, propondo a discussão em equipe nas trocas de plantões entre os turnos, no qual participavam de 2 a 6 pessoas.

### **Legislação e dispositivos de saúde na perspectiva da linha de cuidado em saúde mental**

A Reforma Sanitária foi um movimento com vistas a democratizar a sociedade instaurando um pensamento crítico diante do processo saúde doença e sua mercantilização enquanto produto de um modelo capitalista. Nesse cenário, a elaboração e promulgação das bases jurídicas necessárias na Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde Estadual e Municipal e Lei 8080/90 e o envolvimento da sociedade civil conformaram estratégia ponte para a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, com suas diretrizes e princípios de integralidade de ações; descentralização dos serviços; equidade como o direito pela assistência respeitando sua diferença; acesso universal aos serviços públicos e gratuitos; e controle social que instiga a participação social (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

No bojo dessas discussões sociais associada ao idealismo da declaração de Caracas de 1990 e a luta do Movimento Antimanicomial ocorre em 2001 à promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (ou Lei Paulo Delgado) que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

A política nacional de saúde mental, apoiada pela lei 10.216 de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) prevê um cuidado em rede de serviços substitutivos ao modelo hegemônico hospitalar. Nesse contexto, a lei da Reforma Psiquiátrica não tem por intuito proibir a internação psiquiátrica, quando esta se faz necessária e possibilidades extra hospitalares já não correspondem ao cuidado possível, viável e efetivo para determinada pessoa, em um momento específico (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

Para tanto, a portaria 1.899 de 11 de setembro de 2008 institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais a fim de realizar um diagnóstico situacional para a implantação de leitos psiquiátricos integrados à assistência clínica hospitalar, e sugerir a expansão e qualificação dessa modalidade de atendimento, o que inclui seus serviços de emergências (BRASIL, 2008). O protocolo da unidade de emergência, que inclui intercorrências psiquiátricas, refere-se à avaliação do paciente violento, tratamento de abstinência alcoólica, avaliação do paciente com risco de suicídio e reação a experiências estressoras (BRASIL, 2002).

Na perspectiva de reformulação da saúde mental no país, a instituição dos CAPS (Centro de Assistência Psicossocial) ou NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial), oportunizou uma estratégia de cuidado diário, sendo este substitutivo e não complementar a internação hospitalar; o acolhimento e cuidado terapêutico promovendo a autonomia a fim de fortalecer os laços sociais do indivíduo em seu território. A portaria 224/92, posteriormente atualizada pela portaria 336/GM de 2002, designa normas e objetivos para o serviço em redes de saúde com base comunitária (BRASIL, 2004).

As representações sociais de usuários de um CAPS apontam o tratamento neste serviço como potencializador de mudança de vida dessas pessoas nas diversas interfaces: trabalho, autonomia, qualidade de vida, possibilidade de escolha, reinserção social e a diminuição de internações hospitalares como benefício do tratamento neste local (MARZANO; SOUSA, 2004). Na percepção dos profissionais atuantes nesse local, o cuidar ainda é embasado na lógica da doença, sendo justificado como herança do tratamento hospitalar; preocupação da equipe em desenvolver a autonomia do paciente; na alta do serviço e na implantação de práticas psicossociais, incluindo a cidadania (MIELKE et al, 2011).

No modelo hegemônico de assistência à saúde, observa-se que a atenção primária encaminha os usuários para assistência especializada, no caso da saúde mental, ao ambulatório, CAPS e a internação hospitalar, sem prestar o suporte de equipe de referência. Nesse sentido, a pessoa com transtorno mental não é tida como responsabilidade do serviço local de saúde. Assim, mesmo que ela resida no território de abrangência da comunidade, não há uma equipe de saúde e profissional que se responsabilize como profissional de referência. Contudo, a assistência básica é de extrema relevância para a promoção à saúde mental, a prevenção de agravos e na continuidade do tratamento (BRASIL, 2011).

A aproximação dos serviços de saúde mental com a equipe de referência do usuário - Estratégia da Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde ó favorece intervenções contínuas e contextualizadas, que podem direcionar as ações em saúde para a visão da integralidade, pela característica multidisciplinar de equipe e recursos para intervenções no território da pessoa com transtorno mental. Contudo, os profissionais de saúde da atenção básica, por vezes, não se sentem capacitados para a assistência da saúde mental. Nesse sentido, faz-se necessário apoio a equipe de referência do usuário, proporcionado por uma equipe técnica em saúde mental, na forma do apoio matricial (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

A rede comunitária de saúde mental almeja ser um sistema autopoético no qual cada

nó dessa trama representaria uma microorganização (unidade sanitária). Nesta conformação busca-se tecer redes de comunicação dentro dos serviços de saúde, entre eles e a realização de ações integradas com outras instâncias sociais (intersectorialidade). Logo, por meio de ações de planejamento em saúde prover serviços interconectados e intervenções clínicas (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Nesse sentido, trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde, numa crescente corrente de corresponsabilidade (BRASIL, 2011, p.203). Estas iniciativas podem ser realizadas por meio de estratégias em uma linha de cuidado, como: o planejamento das intervenções em conjunto com serviços de saúde e de apoio (intersectorialidade), na perspectiva da linha de cuidado em saúde, clínica ampliada, matriciamento, interconsulta, projeto terapêutico singular (PTS).

A rede de atenção à saúde compreende um conjunto de serviços e ações que se articulam em níveis crescentes de complexidade, a fim de propiciar a integralidade da assistência de saúde (BRASIL, 2011). A linha de cuidado configura-se por uma imagem do itinerário do usuário, que expressa os fluxos assistenciais a partir das suas necessidades de saúde. Sendo assim, os gestores precisam pactuar os fluxos e reorganizar o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário aos serviços e apoio a saúde (FRANCO; MAGALHÃES, 2003).

Para tanto, o decreto 7.508 de 2011 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde buscando o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde. Enfatiza que a porta de entrada no sistema se completa com uma rede regionalizada e hierarquizada conforme complexidade do serviço. Além disso, prevê o contrato organizativo sobre as responsabilidades assumidas pelos entes federativos no processo de regionalização de acordo com o perfil, organização e capacidade de prestação das ações e serviços em saúde. Para tanto há necessidade de realizar um mapeamento do município referente a instituições de saúde e serviços de apoio.

O conceito de intersectorialidade propõe a integração de diversos setores e sociedade civil, para amenizar problemas sociais (JUNQUEIRA, 2004) e recomenda a relação de diferentes pessoas com distintos saberes, por meio da comunicação, interação, compartilhamento de conhecimento e poder, sobre objetivos comuns (COELHO, 2009). Assim, a intersectorialidade é um modelo de gestão de políticas públicas de diferentes espaços, que possuem um objetivo comum, onde cada qual detém autonomia, mas mantém

interdependência compartilhando metas e responsabilidades.

Essa percepção leva a compreender que o matriciamento é uma estratégia da linha de cuidado ao sujeito/família/comunidade e ocorre entre duas ou mais equipes de saúde a fim de proporcionar a retaguarda especializada e apoio institucional nos casos graves para a equipe de referência; ainda, propõe a produção coletiva no processo saúde doença e mudanças na realidade da comunidade para promover a saúde mental. Quando se reconhece isso, "identifica-se que o matriciamento em saúde mental para a atenção básica possibilita a reorganização da entrada do usuário no sistema de saúde, ao garantir acesso da demanda de saúde mental" (MORAIS; TANAKA, 2012 p. 164).

Sendo assim, a interconsulta é um dispositivo do matriciamento. Há modalidades de interconsultas que incluem consultas e visita domiciliares conjuntas, discussão do caso por toda ou parte da equipe, que podem culminar no projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011). Esse, por sua vez, é um dispositivo de integração e organização de equipes de saúde que busca a coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2011, p. 94).

Nesse contexto, a filosofia da Clínica Ampliada prima pelo acolhimento da pessoa, pelo cuidado terapêutico embasado na escuta sensível e qualificada, expresso por um olhar humanizado e integral. O Ministério da Saúde, na Cartilha da Política Nacional de Humanização a Clínica Ampliada descreve a necessidade de superação dos limites do profissional da saúde para qualificar sua assistência ao paciente, ou seja, é importante que quem presta assistência esteja apto a reconhecer verdadeiramente as necessidades do usuário assistido (BRASIL, 2004).

Almeja-se que as pessoas escrevam sua própria história, valorizando sua singularidade e perspectivas diante de suas potencialidades terapêuticas e produção de vida. O profissional de saúde é um facilitador na construção do projeto terapêutico, conjuntamente com o usuário e família, buscando a garantia de acesso aos serviços de saúde, ao atendimento multiprofissional, a medicação, aos espaços sociais, a possibilidade de adaptação do cotidiano e da resignificação da doença mental (BARROS; JORGE, 2010).

E, para isso, se procura assegurar o acesso das pessoas ao tratamento, bem como, expandir os recursos para além do médico/medicamento; potencializar estratégias de assistência e inserção social, a fim de proporcionar a produção significativa de vida para o usuário no seu território, o que inclui seu contexto cultural e socioeconômico. Tais iniciativas almejam prevenir o circuito vicioso de internações hospitalares e o processo de cronificação

da saúde. O acompanhamento terapêutico é um dos recursos que potencializa as trocas e intercâmbios sociais, por meio da circulação mundana, e na cultura uma forma da existência do ser, possibilitando sua expressão e produção de vida além de caminhos para reabilitação social (FIORATI; SAEKI, 2008).

A reformulação do modelo de assistência em saúde mental propõe desafios no que tange a sensibilização de gestores e profissionais de saúde em seu cuidar nas dimensões da integralidade: de redes em saúde mental; da visão de equipe multiprofissional com diferentes cenários e olhares; e, o reconhecimento da pessoa que vivencia o fenômeno da loucura como um ser de possibilidades (PINHO, HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2010). As ideias expostas mostram que a construção de um cuidado em saúde mental voltado para a integralidade que é proporcionada ãna medida em que lançamos mão de diferentes conhecimentos e recursos para atender, de maneira abrangente e profunda, as necessidades singulares dos sujeitosö (SCHNEIDER et al., 2009).

Nessa perspectiva de saúde, o projeto de formação de profissionais da RMI contempla a educação permanente que ocorre pela problematização da realidade vivencial, sendo o território e suas relações um momento de aprendizado ético e politizado. Com isso, os profissionais para serem politizados, críticos e reflexivos nas relações do campo de trabalho necessitam além de conhecimento, uma sensibilidade de percepção, assim como de um pensar das suas ações e repercussões. Aprender a aprender a ser profissional no campo do SUS mobiliza atitude de ser protagonista nesse processo de formação a partir dos conceitos de campo (õde aprendizagem, como conjunto de saberes e práticas comuns às várias atuações no setor da Saúdeö) e núcleo (õprofissional, com saberes e práticas exclusivas de cada profissãoö) (FAJARDO; ROCHA; PASINI, 2010, p.70).

Faz-se necessário à flexibilização do poder e do saber profissional para que seja possível enfrentar a complexidade e o desenvolvimento da competência, a fim de articular estratégias de cuidado, planejamento e operacionalização em ações de saúde. A construção constante de diálogos, com reflexões críticas, coparticipação e construção conjunta de significados em saúde mental no cotidiano de trabalho com o outro profissional em prol da qualidade terapêutica (FILHO; NOBREGA, 2004).

Portanto, a educação permanente é uma estratégia do cotidiano dos profissionais de saúde que estimula a comparação de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, os dispositivos de implementação e de avaliação, mas, especialmente o modo como tais procedimentos se dão. Necessitam concentrar-se na construção de trocas solidárias e

comprometidas com a produção de saúde. Dessa forma, construir políticas de saúde, impõe ao SUS expectativas de linhas de cuidado, criando e fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação guiados pelo direito à saúde. Pois, é no coletivo da rede SUS que novas subjetividades surgem engajadas em práticas de saúde, (re) pensando e (re) inventando a atenção e gestão em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

### **Cotidiano dos profissionais de saúde no pronto socorro psiquiátrico**

Observa-se que no cotidiano do pronto socorro psiquiátrico os profissionais de saúde não possuem momentos formais para promover ações de educação permanente. Essas quando ocorrem são por iniciativa de alguns profissionais, no campo prático, nos turnos de trabalho ou nas trocas de plantões, a partir, principalmente, de alguma dificuldade vivenciada na transferência do paciente para outros serviços de saúde. Porém, por vezes, as ações em saúde centram-se no usuário e nas demandas assistenciais, fato que pode ser motivado pela sistematização do trabalho em escalas de serviço. Esta estrutura de trabalho reduz os momentos de convívio e troca de saberes entre a equipe de saúde. As escalas de enfermagem possuem um ou dois profissionais por turno de trabalho e na ausência do enfermeiro no referido local, este estará sob supervisão do pronto socorro adulto, mas não há iniciativas de educação permanente que integre as duas unidades de pronto atendimento.

Há necessidade de disseminar as práticas educativas no serviço, ou seja, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde e, assim possibilitar a construção de processos educativos no sistema único de saúde (CECCIM, 2005, p. 97).

Os profissionais expressam empatia para a discussão da realidade vivenciada no Pronto Socorro Psiquiátrico. Mas, revelam dificuldade na proposta da escrita sobre uma referida temática, onde o momento formal sugerido para a educação permanente é expresso pela angústia e desafio de quem escreverá e como escreverá bem como, por meio de indagações sobre a resolutividade do sistema de saúde.

Houve a participação de 8 profissionais por meio da escrita no instrumento de educação permanente sendo a secretária, 2 residente médico, 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem. Nas trocas de plantões ocorreu a discussão da temática entre a equipe de enfermagem e, por vezes, a participação dos residentes médicos e acadêmicos de medicina.

Ressalta-se que a secretaria do referido local detêm uma posição estratégica sobre a operacionalização das ações em saúde, sendo que exerce um importante papel na educação permanente dos (pré) profissionais em saúde.

Os profissionais referem dificuldades no cenário prático de cuidado, como o atendimento de um público que seria de competência de outra instância de saúde, por exemplo, do ambulatório, CAPS ou unidades básicas, reconhecendo o Pronto Socorro Psiquiátrico para além do atendimento das crises psiquiátricas. Sendo assim, eles identificam o serviço terciário como um dispositivo de acesso para os usuários na saúde mental, onde por vezes, as necessidades ao atendimento referem-se à demanda social, medicação, mas, principalmente a dificuldade de acesso a outros serviços da rede de saúde.

A definição precisa dos pacientes que necessitam de atendimento no Pronto Socorro Psiquiátrico não é uma tarefa simples, devido às especificidades dos serviços que prestam esse tipo de assistência. Em geral, serviços de emergência psiquiátrica têm pouca disponibilidade de leitos para a observação e avaliação das necessidades do paciente e encaminhamento à rede, conforme a necessidade. Logo, a emergência psiquiátrica exerce um importante papel nesta rede de cuidado em saúde mental, auxiliando na organização do fluxo de pacientes, sendo assim, o termômetro do funcionamento adequado da atenção primária e secundária (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Constatou-se que a falta de comunicação expressa pelos profissionais entre os serviços de saúde e as dificuldades de transferência do paciente na linha de cuidado em saúde mental advêm da deficiência no conhecimento da legislação vigente do sistema de saúde e da saúde mental. Assim, se o pronto socorro possui uma grande demanda assistencial advinda dos problemas no acesso do usuário à saúde, esse serviço também enfrenta atribulações na transferência das pessoas atendidas, de acordo com a legislação vigente, principalmente em se tratando de ordens judiciais. Os profissionais mostram desconhecimento dos dispositivos na perspectiva da linha de cuidado em saúde mental, como denominação da literatura e legislação vigente. Porém, manifestam empatia para o aprendizado do novo, para a troca de saberes e o relato de sua vivência no Pronto Socorro Psiquiátrico com um pensar crítico reflexivo sobre o sistema de saúde.

A educação permanente em serviço para uma equipe multidisciplinar em saúde implica mudanças nas relações de poder entre as profissões e entre profissionais de saúde e usuários. Provocam, portanto, resistência e disputa. O hospital tem sido um local de resistência, da reprodução das organizações do trabalho em saúde, um espaço de replicação



dos poderes das corporações. Assim, faz-se necessário para a implementação de práticas educativas em serviço, novas referências e dispositivos para a gestão em saúde, assim como, para a gestão hospitalar (CECÍLIO; MERHY, 2003).

A educação permanente foi uma estratégia de ação coletiva e interdisciplinar, que objetivou implementar o planejamento em saúde no serviço do Pronto Socorro Psiquiátrico do Hospital Universitário de Santa Maria - RS, adequando as necessidades de cada situação de urgência e emergência, para prevenir agravos a saúde mental da clientela assistida. Sendo assim, a análise do instrumento de educação permanente escrito, conforme previsto no projeto *O pronto socorro psiquiátrico na rede de cuidado em saúde mental: desafios e perspectivas*, embasou conjuntamente com o referencial teórico do banner disparador, a confecção de um encarte educativo, que será divulgado no intuito de expor o papel do serviço terciário na linha de cuidado em saúde mental.

Esse encarte educativo será distribuído na 4ª CRS, nos serviços de saúde do município, nos serviços de atendimento em saúde mental e portarias do HUSM. Logo, a educação permanente em saúde busca meios de efetivar os princípios do SUS com elevada implicação para a qualidade das ações em saúde e valorização dos trabalhadores e usuários (CECCIM, 2005).

## **Considerações finais**

Este artigo buscou relatar a ação de educação permanente junto aos profissionais do Pronto Socorro Psiquiátrico no intuito de fomentar o pensar crítico reflexivo acerca do papel do serviço terciário na linha de cuidado em saúde mental.

Constatou-se que os profissionais de saúde desse serviço não possuem um espaço formal de educação permanente, sendo que essa ocorre por iniciativas de alguns profissionais, que buscam a discussão da realidade vivenciada, subsidiada pelo aporte teórico. Esses diálogos ocorrem nos turnos de trabalho, nas trocas de plantões da enfermagem, motivadas principalmente, pela dificuldade de transferência do paciente na linha de cuidado em saúde mental.

Os profissionais demonstram interesse em debater a realidade vivenciada no Pronto Socorro Psiquiátrico, mas expressam dificuldade na proposta da escrita sobre uma referida temática. Referem desconhecimento acerca dos conceitos dos dispositivos na perspectiva do

cuidado em saúde mental, como literatura e legislação vigente, porém, sinalizam a importância do planejamento para a operacionalização das ações em saúde.

Além disso, manifestam interesse pelo conhecimento do novo, para o relato de sua vivência e experiência em saúde mental e, acerca do cotidiano na assistência ao usuário no Pronto Socorro Psiquiátrico, com um pensar crítico reflexivo sobre o sistema de saúde. Logo, faz-se necessário implementar ações de educação permanente e educação em saúde para o tratamento especializado em urgência e emergência psiquiátrica, pautados nos dispositivos de cuidado que englobam a clínica ampliada, o matriciamento, interconsulta, o projeto terapêutico singular, no propósito de uma linha de cuidado em saúde mental.

Os profissionais apontam dificuldades no cenário prático de cuidado, como o atendimento de um público que apresenta uma demanda de saúde que seria de competência de outras instâncias, visualizando o serviço terciário como atendimento de urgências e emergências das crises psiquiátricas, porém, ressaltam o serviço como forma de acesso do usuário ao sistema de saúde.

Para concretizar a ação educativa realizada pela residência multiprofissional junto aos profissionais de saúde, foi confeccionado um encarte educativo, que será distribuído nos serviços de saúde do município de Santa Maria - RS, a fim de divulgar o papel do serviço terciário na linha de cuidado em saúde mental.

Portanto, compreende-se a educação permanente como instrumento de intervenção da linha de cuidado em saúde mental, pois, é uma estratégia para viabilizar um ambiente terapêutico, que possibilita o (re) pensar de processos de trabalho no cotidiano dos profissionais de saúde, e assim promover a corresponsabilidade destes no planejamento e operacionalização em saúde.

## Referências

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, supl.2, 2010.

BARROS, M. M. M. de.; JORGE, M. S. B. **Rev Baiana Saúde Publica.**, v. 34, n.3, p. 468-481, 2010.

BEVENIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface-comunic, saúde, educ.**, v.9 n. 1, p. 389-406, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha PNH. Humaniza SUS: a Clínica Ampliada.** Brasília - DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Serie A. Normas e manuais técnicos. **Protocolos da Unidade de Emergencia.** Brasília ó DF. 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dados referentes à reforma psiquiátrica: redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf>>. Acessos em 10/12/2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.899 de 11 de setembro de 2008. Institui o grupo de trabalho sobre saúde mental em hospitais gerais. **Diário oficial** [da união], Brasília.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7508/11. Regulamenta a lei nº 8080, de 18 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de saúde ó SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e da outras providencias. **Diário oficial** [da união], Brasília de 29/06/2011.

CARVALHO, J. C. **Controle social e responsabilização familiar:** a administração da emergência psiquiátrica em Brasília e na cidade do México [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.

CECCIM, R. B; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: A educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, R.B; MATTOS, R. A. de. **Ensinar saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ ó CEPESC ó ABRASCO, 2006. p. 69-92.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 10, n. 4, 2005.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.

COELHO, A. V. A. G. **A construção da intersectorialidade no programa bolsa família em Manguinhos, no Rio de Janeiro.** [Dissertação] Mestrado em ciência na área da saúde pública. 2009.

DELGADO, P. HUMANISMO, CIÊNCIA E DEMOCRACIA - Os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. **Conferência: Reforma Psiquiátrica no Brasil.** 1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Florianópolis (SC) 04/12/2008.

FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. **Residências em Saúde: Fazeres & Saberes na Formação em Saúde.** 1. ed. Porto Alegre: Editora Hospital Nossa senhora da Conceição S. A. v. 01, 260p, 2010.

FILHO, N. G; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia.**, v. 9, n. 2, p. 373-37, 2004.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.763-72, 2008.

FURLAN, M. M.; RIBEIRO, C. R. O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. **RevEscEnferm USP.**, v. 45, n. 2, p. 390-6, 2011.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, JR. A integralidade e as linhas de cuidado; in: Merhy, E.E ET al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hutitec, 2003.

GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos:** inovação ou reprodução do modelo assistencial? [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.165-71, 2009.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Soc.**, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. de. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto Contexto Enferm.** v. 13, n. 4, p. 577-84, 2004.

MIELKE, et. al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPSna perspectiva dos profissionais. **Trab. Educ. Saúde.** v.9 n.2, p.265-276, 2011.

MORAIS, A. P. P., TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde soc.** v. 21, n.3, p. 164- 70, 2012.

QUEVEDO, J; SCHMITT, R; KAPCZINSKI, F. **Emergências Psiquiátricas**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 440 p.

PINHO, L. B., HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 14, n.2, p. 260-267, 2010.

PINTO, A.T.M., FERREIRA, A.A.L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo.**, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.

RODRIGUES, E. S., MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ ES. **Saude soc.**, v. 21, n. 3, 2012.

SCHNEIDER, J. F., et al. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 3, p.397-405, 2009.

SILVA A. T. M. C., BARROS S., OLIVEIRA M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v. 36, n. 1 p. 4-9, 2002.

SOUSA, F, at al. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev. esc. enferm. USP.**, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

SOUZA, A. C. de. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v. 10, n. 4, p. 703-10, 2006.

TERRA, G. at al. Saúde mental: do velho ao novo paradigma ó uma reflexão. **Esc. Anna Nery. Rev. Enf.** 2006.

ZAMBENEDETTI, G., PERRONE, C. M. O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis Revista de Saúde Coletiva.**, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 4, p 593-98, 2004.

## Normas da revista para publicação

### Revista Saúde e Sociedade

**Publicação de Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.  
Associação Paulista de Saúde Pública.  
versão impressa ISSN 0104-1290**

### Missão

**Divulgar a produção das diferentes áreas do saber, sobre práticas da saúde, visando ao desenvolvimento interdisciplinar do campo da saúde pública.**

### Qualis Capes: B1

#### Escopo e política

**Política editorial:** Veicular produção científica de instituições de ensino e pesquisa que desenvolvem pesquisa interdisciplinar e contam com o concurso de diferentes áreas do saber (ciências exatas, biológicas e sociais) e socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de pesquisadores e de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos de pesquisa, avaliação de programas, etc., com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

**Áreas de interesse:** Desde sua criação, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da emergente ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional. Tipos de artigos: Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) artigos de atualização de literatura;
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) comunicações de estudos, pesquisas ou experiências práticas em andamento, assim como resultados preliminares;
- g) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;
- h) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área;
- i) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse; e
- j) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de

outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados *ad-hoc*, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

## Forma e preparação de manuscritos

### Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

### Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, e apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro.

## Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos (mais detalhes no site da revista):

### Livro

MINAYO, M. C. de S.; e DESLANDES, S. F. (Org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

### Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

### Artigo de Periódico

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFVRE, F. A prescrição de medicamentos sob a ótica do paciente idoso. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.2, p. 207-213, abr. 2001.

### Tese

LIMA, R. T. Condições de nascimento e desigualdade social. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

### Documentos Eletrônicos

SALES, A. C. C. L. Conversando sobre educação sexual. Disponível em: <[http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando\\_ed\\_sexual\\_ana\\_carla.pdf](http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando_ed_sexual_ana_carla.pdf)> Acesso em: 13 jan. 2003.