

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**ENCAMINHAMENTO E ASSISTÊNCIA À PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E
USUÁRIOS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Fernanda de Almeida Cunha

**Santa Maria, RS, Brasil
2017**

**ENCAMINHAMENTO E ASSISTÊNCIA À PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL: PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS E
USUÁRIOS**

por

Fernanda de Almeida Cunha

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra
Coorientadora: Enf^a M^a Daiana Foggiato de Siqueira

Santa Maria, RS, Brasil
2017
Universidade Federal de Santa Maria

**Centro de Ciências da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde
Mental no Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Residência

**ENCAMINHAMENTO E ASSISTÊNCIA À PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E
USUÁRIOS**

elaborada por
Fernanda de Almeida Cunha

como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Mental

COMISSÃO EXAMINADORA:

Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Daiana Foggiato de Siqueira, Ma.
(Coorientadora)

Rita de Cássia Oliveira Barcellos, Dra. (UFSM)
(Banca Examinadora)

Amanda de Lemos Mello, Ma. (UFSM)
(Banca Examinadora)

Adão Ademir da Silva, Ma. (UFSM)
(Suplente)

**Santa Maria, 21 de fevereiro de 2017.
RESUMO**

Trabalho de Conclusão de Residência
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental
no Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

ENCAMINHAMENTO E ASSISTÊNCIA À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

AUTORA: FERNANDA DE ALMEIDA CUNHA
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a MARLENE GOMES TERRA
COORIENTADORA: Enf^a M^a DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA
Data e local da defesa: 21 de fevereiro de 2017, Santa Maria/RS.

Objetivou-se compreender a percepção de profissionais e usuários acerca do encaminhamento e assistência à pessoa com transtorno mental egressa de uma unidade de internação psicossocial aos serviços substitutivos. Pesquisa qualitativa, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial e em uma Unidade de Internação Psicossocial, no período de junho a setembro de 2016. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários egressos e trabalhadores da saúde de ambos os serviços e analisados a partir da análise temática. Os resultados da pesquisa trouxeram que os usuários e trabalhadores apontam os desafios vivenciados para que o encaminhamento ocorra de forma dialógica e cooperada entre todos os sujeitos que atuam nesse processo e em relação a assistência apontando algumas estratégias e dispositivos presentes na Rede de Atenção Psicossocial. Conclui-se, frente às dificuldades nos serviços de assistência à pessoa com transtorno mental, foi evidenciado que para “fazer” o cuidado em saúde mental é necessário planejar e relacionar a teoria com a prática, para refletir em um atendimento qualificado ao usuário.

Descritores: “Saúde Mental”. “Encaminhamento”. “Assistência”. “Serviço Substitutivo”.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Encaminhamento do usuário na pré-alta hospitalar | 17 |
| Figura 2 – Assistência ao usuário no serviço substitutivo | 23 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| MS | Ministério da Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS II | Centro de Atenção Psicossocial Tipo II (Atende Pessoas com Transtornos Mentais transtornos mentais severos e persistentes) |
| UIP | Unidade de internação Psicossocial |
| 4ª CRS | Quarta Coordenadoria Regional de Saúde |
| CAPS AD | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (Atende Pessoas com Transtornos decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas) |
| CAPS I | Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Atende Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais) |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| PR | Profissional de Referência |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---------------------------------------|----|
| Anexo A – Normas da Revista | 37 |
| | |
| Anexo B – Autorização Comitê de Ética | 47 |
| | |

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 METODOLOGIA | 13 |
| 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 16 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| REFERÊNCIAS | 31 |
| ANEXOS | 36 |

ENCAMINHAMENTO E ASSISTÊNCIA À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL:

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

FORWARDING AND ASSISTANCE TO THE PERSON WITH MENTAL DISORDER:

PERCEPTION OF PROFESSIONALS AND USERS

LA EXPEDICIÓN Y ASISTENCIA A LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL:

PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES Y USUARIOS

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção de profissionais e usuários acerca do encaminhamento e assistência à pessoa com transtorno mental egressa de uma unidade de internação psicossocial aos serviços substitutivos. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial e em uma Unidade de Internação Psicossocial, no período de junho a setembro de 2016. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários egressos e trabalhadores da saúde de ambos os serviços e examinados a partir da análise temática. **Resultados:** os usuários e trabalhadores apontam os desafios vivenciados para que o encaminhamento ocorra de forma dialógica e cooperada entre todos os sujeitos que atuam nesse processo e em relação à assistência, apontando algumas estratégias e dispositivos presentes na Rede de Atenção Psicossocial. **Conclusão:** frente às dificuldades nos serviços de assistência à pessoa com transtorno mental, foi evidenciado que para “fazer” o cuidado em saúde mental é necessário planejar e relacionar a teoria com a prática, para refletir em um atendimento qualificado ao usuário.

Descritores: Saúde mental; Encaminhamento; Assistência; Serviço substitutivo.

SUMMARY

Objective: to understand the perception of professionals and users about the referral and assistance to the person with mental disorder of a post-conflict psychosocial substitute services hospitalization. **Method:** qualitative research, held in a day-care Center and in an inpatient Unit in psycho-June-September 2016. Data were collected through semi-structured interviews with users and workers of health graduates of both services and examined from the thematic analysis. **Results:** users and workers indicate the challenges experienced for the forwarding of dialogical form occurs and a member of all the subjects involved in this process and in relation to assistance, pointing out some strategies and devices present on the network of psychosocial care. **Conclusion:** in the face of the difficulties in the services of assistance to the person with mental disorder, it was evidenced that to "do" the care in mental health is necessary to plan and relate the theory with the practice, to reflect in a qualified service to the user.

Descriptor: Mental health; Forwarding; Assistance; Substitutive service.

RESÚMEN

Objetivo: conocer la percepción de profesionales y usuarios sobre la remisión y la asistencia a la persona con trastorno mental de un sustituto psicosocial después de un conflicto servicios de hospitalización. **Método:** investigación cualitativa, en una guardería y en una hospitalización unidad de psico-junio-septiembre de 2016. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas semiestructuradas con los usuarios y trabajadores de los graduados de la salud de ambos servicios y examinaron desde el análisis temático. **Resultados:** los usuarios y los trabajadores indican los desafíos experimentados por la expedición de la forma dialógica se presenta y un miembro

de todos los sujetos involucrados en este proceso y en relación con asistencia, señalando algunas estrategias y dispositivos presentes en la red de atención psicosocial. **Conclusión:** ante las dificultades en los servicios de asistencia a la persona con trastorno mental, se evidenció que para "hacer" la atención en salud mental es necesaria para planificar y relacionar la teoría con la práctica, a reflexionar en un calificado servicio al usuario.

Descriptor: Salud mental; La expedición; Asistencia; Servicio sustitutivo.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei Nº 10.216/2001, propiciou mudanças na assistência à saúde mental. Obteve-se a construção de novos espaços como os serviços substitutivos, os quais ofertam assistência às pessoas que sofrem com transtornos mentais, pautadas em ações territoriais e de reinserção social¹. Igualmente, o Ministério da Saúde (MS) instituiu por meio da Portaria Nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com vistas a consolidar um modelo de serviço aberto e de base comunitária. Isto serviu para estabelecer os pontos de atenção para o atendimento destas pessoas e garantir que as mesmas possam transitar pelos serviços de saúde, na sua comunidade e nos diferentes cenários que sejam significativos no seu cotidiano.

De acordo com a lógica da RAPS, o acesso aos leitos hospitalares pode ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão mediado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência. No caso de o usuário acessar a rede por meio da atenção hospitalar, pode ser planejado sua vinculação e referência a serviços substitutivos, como o CAPS².

Estudos apontam dificuldades na articulação da rede para a efetividade do encaminhamento à serviços substitutivos, sendo que o efetivo cuidado em saúde mental exige um aumento na articulação intersetorial^{3,4,5}. Entretanto, não foram encontradas pesquisas que buscassem compreender a percepção de profissionais e usuários acerca do encaminhamento e assistência à pessoa com transtorno mental.

Essa temática torna-se relevante na medida em que possibilita conhecer a existência de uma rede que se constrói mediante ações com base no trabalho desenvolvido pelo profissional e pela equipe, a partir de fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde⁶. A partir disso, novos estudos podem contribuir para as reflexões e produção de conhecimento na saúde, bem como fornecer subsídios para a avaliação e o desenvolvimento de novas práticas em saúde mental. Isto poderá ocorrer a partir do encaminhamento realizado durante a internação do usuário nos serviços da rede de atenção psicossocial e, assim, favorecer a assistência e o cuidado integral da pessoa com transtorno mental.

O presente estudo teve como questões de pesquisa: como os usuários egressos de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital de ensino percebem a alta hospitalar com encaminhamento a um Centro de Atenção Psicossocial? E, como ocorre o encaminhamento de usuários egressos de uma unidade de internação psiquiátrica a um Centro de Atenção Psicossocial a partir da alta hospitalar, frente a vivência dos trabalhadores de saúde?

E, como objetivo, compreender a percepção de profissionais e usuários acerca do encaminhamento e assistência à pessoa com transtorno mental egressa de uma unidade de internação psicossocial aos serviços substitutivos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, pois considera aspectos significativos das relações humanas, que são apresentados no cotidiano e na vivência⁷. Foi realizado em um CAPS II e em uma Unidade de Internação Psicossocial (UIP) que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município da região do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Na mencionada RAPS constam os serviços voltados às pessoas com transtorno mental, como: CAPS II, UIP em Hospital Geral, que é referência para os usuários do município e para os demais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS); e, o Ambulatório de Saúde Mental do município.

A UIP está vinculada em um Hospital Geral de Ensino, de grande porte, que atende pessoas oriundas da 4ª CRS, em situações de transtornos psíquicos graves, como transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, depressão, entre outros. Atualmente, conta com equipe de profissionais permanente composta por um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social, dois médicos e, também, pela equipe de enfermagem, que dispõe de 11 enfermeiros, entre estes, o coordenador geral do serviço de psiquiatria, 15 técnicos em enfermagem e seis auxiliares em enfermagem. Além disso, o local é campo prático dos profissionais residentes dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde. Também, é campo de aulas práticas para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Psicologia. Na UIP são realizados cuidados clínicos gerais, de saúde mental e encaminhamentos para rede de saúde na alta hospitalar⁸.

No que se refere ao CAPS II, esse é um dos quatro existentes no município sendo que os outros dois são CAPS Álcool e Drogas (CAPS Ad) e CAPS infantil (CAPSi).

O CAPS que se refere ao cenário do estudo atende uma demanda de saúde mental em média de 800 usuários, com casos moderados e graves. O serviço conta com 12 servidores públicos (três psicólogos, dois psiquiatras, um fisioterapeuta, um técnico administrativo, um técnico em saúde mental, um técnico em enfermagem, dois enfermeiros, um assistente social). Além destes, é campo de atuação dos profissionais dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (enfermagem, terapia ocupacional e psicologia) e, também, campo de aulas práticas e de estágio supervisionado desses núcleos. No CAPS são realizadas oficinas, grupos e atividades relacionadas à reabilitação psicossocial.

Foram convidados a participar da pesquisa os usuários egressos da UIP com encaminhamento ao CAPS e trabalhadores da saúde de ambos os serviços. Quanto aos usuários egressos foram convidados aqueles encaminhados ao CAPS no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, a partir da consulta dos registros de alta hospitalar da UIP. Para tanto, elegeu-se como critérios de inclusão: homens e/ou mulheres egressos da UIP do referido hospital que receberam encaminhamento para o CAPS, com tratamento regular ou irregular no serviço. E, como critério de exclusão: usuários que estivessem sob o efeito de alguma medicação que dificultasse sua comunicação. O convite ocorreu a partir de um contato prévio via telefone ou encontro no CAPS.

Em relação aos trabalhadores de saúde, foram convidados aqueles que atuam na UIP, que participam da alta hospitalar e os trabalhadores do CAPS, que realizam o acolhimento dos usuários egressos da referida unidade. Os critérios de inclusão desses participantes foram: trabalhadores da área da saúde de nível médio e superior, que atuam permanentemente nos referidos serviços e os residentes dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde que estivessem

atuando durante o período da produção dos dados. E, como critério de exclusão: trabalhadores que estivessem em licença de qualquer natureza ou em férias/afastados do serviço no período da coleta de dados.

A produção de dados ocorreu no período de junho a setembro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais visam estimular narrativas das vivências do entrevistado, oportunizando ao entrevistador avaliar e apreender as relações sociais que esta ação envolve⁷. Ao todo, foram realizadas 25 entrevistas, com 15 (quinze) trabalhadores e 10 (dez) usuários, sendo elas individuais, com agendamento prévio de horário e local privativo. O tempo não foi delimitado e aconteceu conforme a disponibilidade dos participantes. Anteriormente ao início da entrevista foi solicitada autorização para gravar as informações em um gravador digital, sendo posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora principal. As entrevistas iniciaram com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguidas de uma conversa inicial e, após, foram realizadas as questões norteadoras conforme o objetivo proposto da entrevista.

Os dados foram analisados por meio da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo, a qual busca constatar os núcleos de sentido que integram uma comunicação. Este tipo de análise possui três etapas: a pré-análise, que consiste na sistematização de ideias iniciais a partir da questão norteadora e dos objetivos iniciais da pesquisa; a segunda etapa é a exploração do material, que resume-se essencialmente, em uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, procurando encontrar categorias; e a terceira e última etapa que consiste no Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, onde o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações, com o quadro teórico

delineado inicialmente, também resgatando outros eixos em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas⁷.

A pesquisa contemplou a Resolução N° 466/2012⁹ do Conselho Nacional de Saúde e foi Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o Parecer N° 1.538.373 e CAAE N° 5534116.4.0000.5346. Para manter o sigilo ético e preservar o anonimato dos participantes, os trabalhadores da saúde foram nomeados pela letra 'T' que é letra inicial de "trabalhadores", seguida pelas siglas CAPS ou UIP para a identificação da equipe que compõem e um número arábico (T-CAPS1, T-UIP1, T-CAPS2, T-UIP2...); os usuários egressos da UIP foram identificados pela letra 'U' que é a letra inicial da palavra usuário, seguida de um número arábico (U1, U2, U3...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características dos participantes da pesquisa, em relação aos trabalhadores, predominaram-se o sexo feminino, representando 12 dos 15 participantes. Em relação à faixa etária, foi compreendida entre 22 e 54 anos; desses um possui ensino técnico, e os demais apresentam o superior completo. Três possuem especializações em saúde mental; três com especializações em outras áreas; e nove trabalhadores não possuem especializações.

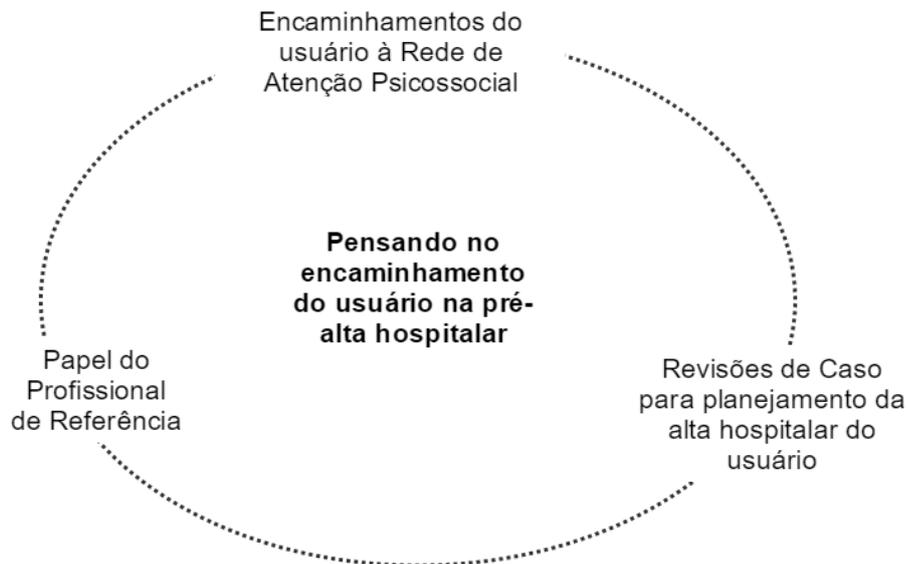
Dos usuários entrevistados o sexo predominante foi o masculino, representando seis dos 10 que participaram. A faixa etária variou de 35 a 57 anos de idade e, no que se refere à escolaridade, um possuía ensino superior completo; um ensino médio completo; quatro ensino fundamental completo, e quatro ensino fundamental incompleto.

A partir da análise temática emergiram duas categorias: pensando no encaminhamento do usuário na pré-alta hospitalar e delineando a assistência ao usuário no serviço substitutivo.

Pensando no encaminhamento do usuário na pré-alta hospitalar

Os temas que subsidiaram essa categoria estão relacionados com o trabalho do profissional de referência; as revisões de caso e encaminhamentos à rede de atenção psicossocial estão representados na Figura 1.

Figura 1 - Encaminhamento do usuário na pré-alta hospitalar



Fonte: elaborada pelas autoras. Santa Maria, RS. 2017.

A percepção dos trabalhadores entrevistados, em relação ao papel do Profissional de Referência (PR), consiste que o mesmo deve buscar informações sobre a linha de cuidado para atender as necessidades do usuário. Sendo assim, inicia-se o

contato com os serviços e dispositivos que compõem a rede de atenção psicossocial. O PR estabelece vínculo com o sujeito atendido e sua família, pois desta forma poderá fornecer orientações significativas para a continuidade do tratamento.

Normalmente, o profissional de referência faz o contato com quaisquer serviços que o usuário já tenha passado e no caso de haver encaminhamento para o CAPS próximo da alta se retoma o contato com o CAPS (T-UIP8).

A gente trabalha com o profissional de referência também. Então, todo esse vínculo é forte, tu percebes a melhora, que eles têm uma segurança maior no tratamento. Então, o profissional de referência é fundamental. É aquele profissional que vai estar, digamos assim, um pouco mais por dentro da situação do usuário que os outros (T-CAPS3).

O papel do PR nos serviços de saúde mental, consiste em aproximar-se do usuário e assisti-lo de modo singular, contatando a família e os serviços da rede psicossocial para compreender o contexto familiar e social. Visa a continuidade do tratamento com a inclusão dos aspectos subjetivos da pessoa assistida. Considera-se que o PR pode ser entendido como um dos dispositivos clínicos estratégicos para o trabalho em saúde mental, que tem como finalidade o estreitamento do vínculo entre os profissionais e usuários, a interdisciplinaridade e a articulação com as redes familiares, sociais, culturais, socioeducacionais, entre outros¹⁰.

Na internação, o PR fica responsável pela tentativa de criar vínculo com o usuário internado. Além disso, a sua atuação está implicada no planejamento dos

encaminhamentos, para que ocorra de forma integral, o encaminhamento poderá ser discutido em conversas com a equipe envolvida com o caso. As reuniões de equipe são realizadas semanalmente na UIP e tem como principal objetivo planejar como será realizado o direcionamento à RAPS do usuário que se encontra em alta hospitalar. Desta maneira, as revisões de caso possibilitam uma maior interação entre a equipe em relação ao cuidado ao usuário.

A discussão é com todas as pessoas envolvidas na atenção daquele paciente, isso se discute em reunião ampliada de equipe, se discute em conversas entre profissionais que se procuram mutuamente (T-UIP6).

Geralmente, a gente conversa com a equipe multidisciplinar, assistente social, psicólogos[...] e tenta decidir juntos as possibilidades do paciente e a viabilidade de ir para o CAPS ou se tem algum outro atendimento que seja adequado para o paciente... é a decisão feita em equipe (T-UIP7).

A reunião de equipe é o espaço no qual os profissionais podem concretizar o trabalho interdisciplinar, onde ocorre discussão, diálogo entre os diferentes profissionais. Busca-se a interação com as especificidades e uma visão ampliada sobre o cuidado em saúde mental. Essas reuniões possibilitam aos profissionais ouvir, dialogar e compartilhar saberes e fazeres, a fim de organizar as atividades de modo coletivo, atentando para as demandas da equipe, dos usuários e dos familiares¹¹.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde possam envolver-se em uma equipe-interação, ou seja, aquela em que há a interação entre os integrantes da

equipe e a articulação das ações terapêuticas¹². Entretanto, a interação entre a equipe é um desafio para a construção de um cuidado integral às pessoas com transtorno mental. Corroborando com esses aspectos, segundo o relato de usuários egressos da UIP, o encaminhamento ao CAPS é realizado pela equipe médica:

Que eu lembre foi pela própria médica, ela me deu alta (U1).

Foi a médica [...] ela fez um papel, e me encaminhou para o CAPS (U4).

A doutora me falou que ia me encaminhar para o CAPS, porque aqui eu ia conseguir participar de grupos de apoio, e a conciliar o meu problema (U8).

Para tanto, segundo os trabalhadores, o processo de encaminhamento e referência dos usuários que se encontram na UIP, é facilitado prioritariamente pela equipe dos residentes multiprofissionais em saúde.

Eu acho que a residência vem pra “amarrar” isso da referência e da contra referência (T-UIP1).

Como a residência sempre fez esse papel de profissional de referência e encaminhamento, eu acabei nunca... assim... entrando nesse processo (T-UIP3).

Todos os encaminhamentos acabam ficando com a residência multiprofissional, a gente vê a necessidade, é avaliado junto com a residência multi tanto quanto com a residência da medicina, para serem feitos esses encaminhamentos, que, na

verdade, a relação feita com a rede é toda feita pela residência (T-UIP5).

Neste sentido, os profissionais de saúde, vinculados na rede de saúde mental, necessitam construir um diálogo em equipe a fim de torná-lo significativo. Pois pode ser configurado como uma estratégia para as equipes de saúde mental prestarem apoio e suporte às equipes de unidades básicas ou estratégias de saúde da família, bem como para hospitais, CAPS, dentre outros. Essa articulação em rede torna-se necessária, pois a atuação em saúde mental necessita ser construída com base em práticas que colaborem para o cuidado integral às pessoas com transtorno mental¹³.

Nesse sentido, faz-se necessário pensar em estratégias que fortaleçam a qualificação dos profissionais que atuam na área da saúde mental. Dentre essas estratégias, encontra-se a vinculação de residentes multiprofissionais nesses serviços, os quais tendem a fortalecer a reorganização assistencial da saúde e as práticas do encaminhamento e referência aos serviços de saúde mental da RAPS¹⁴. Sendo que pode ser considerado como uma estratégia de formação que aproxima o profissional de saúde da realidade social e da sua atuação no SUS¹⁵.

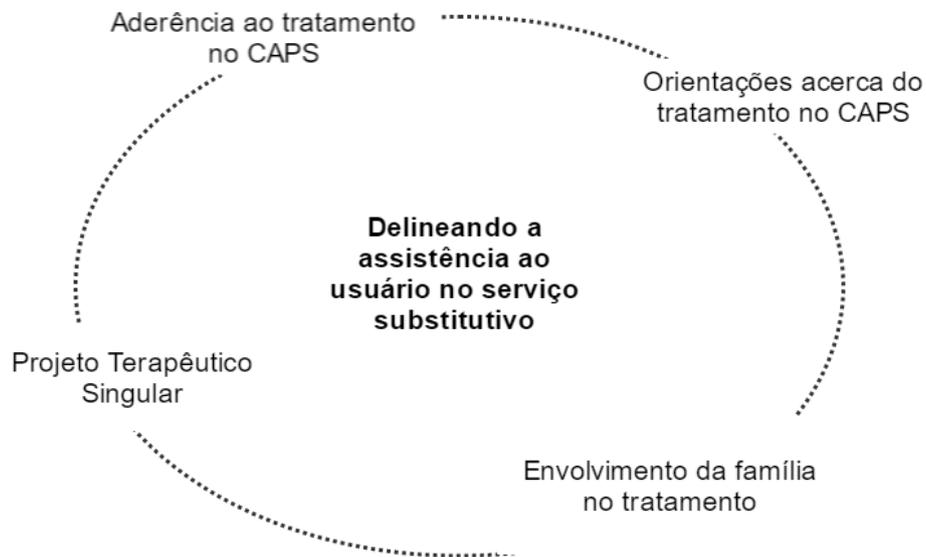
É necessário que os profissionais de saúde mental atuem fortalecendo a rede de cuidados, sendo indispensável a orientação dada por eles, para a continuidade do tratamento do usuário nos serviços da rede psicossocial¹⁶. Estudos mostram que o processo de alta hospitalar, quando planejada, pode influenciar na aderência ao tratamento nos serviços substitutivos da rede¹⁷. Desta forma, a alta não deve ser um ato isolado, precisa ser planejada com antecedência, sendo organizada através de um conjunto de procedimentos realizados por uma equipe multiprofissional ao longo da internação de um usuário.

Assim, ao pensar no encaminhamento na pré-alta hospitalar, os usuários e trabalhadores referem acerca do profissional de referência, a importância da interação da equipe por meio das revisões de caso. Bem como, apontam os desafios vivenciados para que essa interação ocorra de forma dialógica e cooperada entre todos os trabalhadores que atuam nesse processo.

Delineando a assistência ao usuário no serviço substitutivo

Os temas que permeiam essa categoria referem-se às orientações e à importância do tratamento no CAPS; aderência ao tratamento no CAPS; projeto terapêutico singular; e o envolvimento da família no tratamento, conforme delineado na Figura 2.

Figura 2 - Assistência ao usuário no serviço substitutivo



Fonte: elaborada pelas autoras. Santa Maria, RS. 2017.

Evidencia-se nas falas dos profissionais que os mesmos realizam as orientações referente ao tratamento a ser ofertado no CAPS no momento da alta hospitalar. Os profissionais demonstraram que realizam orientações em relação ao encaminhamento ao CAPS, contribuindo para a continuidade do tratamento de reabilitação psicossocial do usuário egresso da internação psiquiátrica. Possuem, também, compreensão da importância de se realizar o contato com o serviço de referência do usuário.

A gente explica o que é o CAPS, que é um serviço comunitário aberto, tentamos explicar qual é a natureza do serviço, qual a importância dele frequentar o serviço para o tratamento dele (T-UIP1).

Da importância de continuar o tratamento lá fora, em rede [...] Até mesmo para evitar novas internações, questão bem da orientação de onde é o CAPS, de como ele funciona, explicar o que é um CAPS, tem pessoas que também não sabem (T-UIP2). Faço orientações de como é lá se é a primeira vez [...] ou se ele já conhece o serviço, a importância dele ir [...] porque ele está indo ou porque seria interessante ele ir e oriento também o profissional de referência caso ele tenha lá, ou alguém que vai ser (T-UIP 8).

Contudo, evidencia-se nas falas dos usuários que essas orientações na alta hospitalar, por vezes, são limitadas:

Não me lembro de nenhuma orientação. Eles me orientaram aqui no próprio CAPS mesmo (U4).

Me explicaram que tinha que vir aqui, umas 3 vezes por semana (U9).

Ela fez um papel, atestado, dizendo que eu tinha Borderline e encaminhou para o CAPS (U10).

Sabe-se que a partir da Reforma Psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental necessita compreender o processo do seu tratamento. Para isso, as orientações por parte dos profissionais dos serviços de saúde mental são essenciais para a construção do cuidado integral. A materialização da Reforma Psiquiátrica propõe a inserção de novos saberes e práticas elaboradas para a participação dos usuários, priorizando seu

protagonismo na construção do projeto terapêutico, o que demanda sua compreensão sobre as ações e os serviços disponíveis na RAPS¹⁸.

Neste sentido, é fundamental criar estratégias para além de orientações clínicas, que favoreçam a adesão do usuário ao tratamento. Para tanto, espera-se que ambos os serviços participem desse processo de encaminhamento e acolhimento.

Essa adesão ao tratamento em saúde mental revela-se um desafio, sendo assim cabe ao profissional de saúde realizar orientações ao usuário para que o mesmo, saiba lidar com essas situações e não abandone seu tratamento. No que depende do próprio usuário, reconhecer e aceitar a sua situação pode fazer toda a diferença, pois o tratamento passa a ser compreendido como necessário e fundamental para a melhoria da sua qualidade de vida e de sua família¹⁹.

Outro tema que foi evidenciado foi a aderência relativa dos usuários egressos da UIP ao serviço substitutivo. Os profissionais apontam que a maioria dos usuários buscam o CAPS para obter somente a consulta psiquiátrica, demonstrando a centralização do modelo biomédico.

Tem tido pouca adesão ao tratamento, o que eu percebo é que eles acabam muitas vezes aderindo à consulta médica psiquiátrica, do que ao restante, enfim, que seriam as atividades em grupos, seriam os atendimentos por outros profissionais da equipe, eles acabam aderindo muitas vezes só à consulta (T-CAPS1).

A gente tem dificuldade de que ele fique nos grupos, às vezes eles querem mais a consulta psiquiátrica, renovação de receita e não aderem tanto aos grupos (T-CAPS2).

Eu só vou ir no CAPS porque eu preciso ter um médico psiquiatra de referência, e não que lá vão me oferecer outro tipo de tratamento, grupos terapêuticos, tratamento individual ou em grupo, eles não têm essa ideia (T-CAPS5).

Alguns estudos associam o sucesso da adesão ao tratamento com os níveis de comprometimento do usuário, sua relação com os profissionais de saúde e com a qualidade do atendimento prestado pelo profissional²⁰. O CAPS possui o objetivo de realizar atendimentos às pessoas que possuem sofrimento psíquico grave e persistente. Tem como função promover a reinserção social dos usuários por meio de atividades e orientações nos campos de trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários²¹.

Desta forma, o CAPS prioriza o desenvolvimento do trabalho em espaços coletivos, como grupos, reunião de equipe, assembleia de usuários, atendimentos individuais, entre outros. Possui, uma área territorial de atuação e realiza articulações com os outros dispositivos ofertados pela RAPS. O trabalho é constituído por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica multiprofissional²¹. Assim, tem prioridade a boa relação interpessoal, o conhecimento, a compreensão e as técnicas que colaboram para a continuidade do tratamento²².

O trabalho em equipe multiprofissional permite o conhecimento e as habilidades técnicas específicas, primordiais para a proposta do cuidado integral. Assim, o usuário que receber alta da unidade de internação e for encaminhado ao CAPS terá maiores subsídios para compreender a reabilitação psicossocial que abrange a participação da sociedade, da família e do usuário como participante em seu tratamento. Nesse sentido, espera-se que o modelo psicossocial se efetive no

serviço de saúde mental da unidade de internação, no sentido de superar o modelo biomédico de tratamento.

Dentre as estratégias para superar esse modelo, encontra-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O qual pode ser construído, pautado por ações articuladas e desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, levando em consideração as necessidades de saúde de cada usuário, seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades²³.

Os trabalhadores apontam que o PTS é operacionalizado durante o acolhimento ou reacolhimento do usuário, porém enfatizam que há dificuldades na sua realização.

Muitas vezes a gente não consegue fazer esse PTS como ele deve ser, enfim, às vezes acaba sendo algo muito protocolar e prescritivo a respeito dos grupos. Mas a gente tenta, na medida do possível, ver a questão dos anseios e dos sonhos que esse usuário tem também (T-CAPS1).

O PTS é uma construção, eu acredito que constante, mas inicialmente no acolhimento essa proposta que a gente sabe que é errada nesse sentido, de propor o que nós temos disponível. O PTS é mais ou menos isso, quando a gente tem uma demanda, a gente propõe o que tem no serviço, e a partir disso e dos interesses do usuário ele faz as escolhas dele (T-CAPS5).

Quando tu fazes o acolhimento, tu vais oferecer pro paciente uma oferta de grupos pra ele, muitos profissionais acaba

sendo: o que eu tenho é isso, escolhe! E eu acho que isso não se torna, tão atrativo para o usuário (T-CAPS7).

No entanto, o processo de construção do PTS necessita de interlocução de saberes, estar pautado no olhar ampliado para a pessoa com transtorno mental e a integralidade das ações. Essa problematização do processo de realização do PTS no serviço substitutivo, provoca uma reflexão sobre a real mudança efetuada nos serviços de saúde mental que se propõem desinstitucionalizantes e de atenção psicossocial. Não bastam reformular espaços, abordagens terapêuticas ou ampliar a equipe técnica, este processo implica em reflexão de saberes e práticas, redirecionamento da base de assistência a partir da experiência do sujeito que está sendo acolhido, além da promoção de autonomia, construção da cidadania e participação popular²⁴.

Dentro do CAPS o acolhimento, a corresponsabilização e o vínculo com o outro são aspectos fundamentais para a organização da assistência à saúde, esses constroem laços afetivos, confiança, respeito e compartilhamento de saberes entre usuários, familiares e profissionais²⁵. Nessa perspectiva, os profissionais do CAPS relatam que a adesão ao tratamento e ao serviço de atenção psicossocial depende do envolvimento da família no cuidado deste usuário.

Quando ele vem da internação ele aceita, muito bem, participar, que depende muito é da família, como que a família recebe o paciente pós-alta, quando a família está junto com o paciente que cuida a medicação, que a gente pede que um se responsabilize, flui muito bem (T-CAPS4).

Eu vejo que seria mais por vínculos familiares fragilizados, quem chega aqui no serviço, lá de uma internação e a gente percebe que a família está junto, que a família ajuda, que a família [...] vai acompanhar exatamente nesse tratamento, o paciente adere mais! Agora se ele está praticamente sozinho com toda essa desestrutura familiar[...] ele tem toda essa dificuldade de adesão ao tratamento (T-CAPS5).

A partir da Reforma Psiquiátrica, há uma proposta de inserção da família no cuidado, pois acredita-se em uma rede de cuidado a ser constituída com diversos atores, em que o cuidar se constrói por meio do comprometimento e da implicação com o outro. O cuidado próximo ao âmbito familiar é valorizado por ter um impacto favorável na atenção psicossocial, caracterizando a família como aliada no processo de ampliação da autonomia do usuário. O serviço pode apresentar-se como parceiro da família, por essa razão, um dos objetivos do CAPS é incentivar a participação familiar no serviço, por entender que os familiares podem estimular o usuário a participar ativamente das atividades do CAPS e auxiliar na integração social do sujeito²⁵.

Ao delinear a assistência no serviço substitutivo, os usuários e trabalhadores referem-se às orientações e à importância dessas para os usuários aderirem e compreenderem o seu tratamento. Além disso, o PTS configura-se como uma importante estratégia para o cuidado integral das pessoas com transtorno mental, a fim de compreendê-las de acordo com as suas singularidades, como o envolvimento da família no tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender a percepção de profissionais e usuários acerca do encaminhamento e assistência à pessoa com transtorno mental, egressa de uma unidade de internação psicossocial aos serviços substitutivos, constatou-se que existe alguns entraves no cotidiano desses serviços. Evidencia-se que para “fazer” o cuidado em saúde mental é necessário planejar o “pensar” destacando o exercício que as equipes necessitam fazer, nas reuniões de equipe e na própria qualificação do profissional atuante em saúde mental. Ao relacionar a teoria com a prática, procura-se melhorar a maneira como eles se articulam para refletir em um atendimento qualificado ao usuário.

Assim, ao pensar no encaminhamento na pré-alta hospitalar, os usuários e trabalhadores apontam os desafios vivenciados para que essa ação ocorra de forma dialógica e cooperada entre todos os sujeitos que atuam nesse processo. E, ao delinear a assistência do usuário no serviço substitutivo, os participantes da pesquisa referem-se à importância de algumas estratégias e dispositivos presentes na RAPS para a aderência e compreensão dos usuários em relação ao seu tratamento. A exemplo, tem-se o profissional de referência, o PTS, a equipe multiprofissional e a participação da família.

Pode-se afirmar que as discussões sobre esta temática são indispensáveis para a produção de conhecimento na saúde e fornecer subsídios para a avaliação e o desenvolvimento de novas práticas em saúde mental. A partir do encaminhamento realizado durante a internação do usuário para os serviços da rede de atenção psicossocial, tem-se a possibilidade de favorecer a assistência e o cuidado integral da pessoa com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Internet] 2001. [acesso em 2016 Nov 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>.
2. Brasil. Portaria nº 3.088. 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet] 2011. [acesso em 2016 Nov 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
3. Silva AB, Pinho LB. Territory and mental health: conceptual contributions of geography to the psychosocial field . Rev enferm UERJ [internet]. 2015 [Acesso em 2016 dez 13]; 23(3):420-4. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091/18312>.
4. Dimenstein M, Bezerra CG. Alta-assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. Physis [internet]. 2009 [Acesso em 2016 dez 8]; 19(3):829-848. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a16v19n3.pdf>
5. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. PsicEstudo [Internet]. 2013 Out-Dez [Acesso em 2016 Nov 24]; 18(4):701-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722013000400012.
6. Quindere, PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis [online]. 2014 [Acesso em 2016 Nov 29];24(1): 253-271.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>.

7. MINAYO MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

8. Hospital Universitário de Santa Maria. 2013. [Acesso em 2016 Dez 16]. Disponível em: <http://www.ufsm.br/husm>.

9. Brasil. Resolução nº 466 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013. [Internet] 2013. [acesso em 2016 Nov 14]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

10. Silva EA, Costa, IIDA. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. Rev. Latinoam. Psicop. Fun. 2010 Dez [Acesso em 2017 Jan 27];13(4):635-647. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000400007.

11. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A. Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental. [Acesso em 2017 Jan 20] Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14102/9486>.

12. Ramos PF, PIO DAM. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. Psicol. cienc. prof. 2010 [Acesso em 2017 Jan 20];30(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100016>.

13. BARROS MMM. Concepções e práticas de atenção à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo. Fortaleza: EdUECE; 2011.

14. Mendes LC, Matos LP, Schindler MF, Tomaz M, Vasconcellos SC, Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. Rev. SBPH 2011 Jun [Acesso em 2016 Dez 11];14(1).

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100008.

15. Silva CT, Terra MG, Roso CC, Souto VT. Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar. Rev Enferm UFSM 2013 [Acesso em 2016 Nov 28];3(Esp.):627-635. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11067/pdf>.

16. Dimenstein M, Bezerra CG. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. Mental 2011 Jan/Jun [Acesso em 2016 Dez 23];ano IX(16):417-442. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100007.

17. Moreno MM, Mendes BHS, Jorge, AO, Silva KL, Costa JM, Costa MA, Antunes MISS. Gestão de altas em um hospital público: desafios e oportunidades. 2013; [Acesso em 2015 dez 18]. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/153.pdf>.

18. Cardoso A, Byrne MM, Xavier M. Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. Rev. port. saúde pública. 2016 [Acesso em 2017 Jan 23];34(3):209-219. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0870902516300104/1-s2.0-S0870902516300104main.pdf?_tid=5bdf377e-e488-11e6-be8900000aab0f02&acdnat=1485518679_b058c9cbd732bd74c1d4c77c837dde8d.

19. Miasso AI, Cassiani SHB, Pedrão LJ. Bipolar affective disorder and medication therapy: identifying barriers. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008 Ago [Acesso em 2016 Dez 19];16(4):739-45. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400014>.

20. Lucchesi M, Malik AM. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. Rev Saúde Pública. 2009 Jan [Acesso em 2016 Dez 19];43(1):161-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100021.

21. Anjos Filho NC, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Interface (Botucatu). 2017 [Acesso em 2016 Dez 23]; 21(60):63-76. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150428.pdf>.

22. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. Texto & Contexto Enfermagem 2015 [Acesso em 2017 Jan 27]:24(1). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71438421014>.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF; 2008. [Internet] 2008. [acesso em 2017 Jan 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf.

24. Jardim VMR, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos Projetos Terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. Texto Contexto Enferm. 2009 [Acesso em 2016 Dez 28];18(2):241-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200006.

25. Covelo BSR, Badaró-Moreira MI. Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface (Botucatu)*. 2015 [Acesso em 2017 Jan 27];19(55):1133-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401133>.

ANEXOS

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA

Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - REUFSM

Atualizadas em julho de 2012

A REUFSM é uma Revista acadêmico-científica em formato on-line que visa divulgar a produção científica da Enfermagem e áreas afins, destinada a estudantes, profissionais e pesquisadores. Foi criada em 2010 sendo editada e publicada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem e Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Atualmente, a revista possui periodicidade trimestral, sendo aceitos manuscritos encaminhados em português, espanhol ou inglês.

METADADOS

Nome completo de TODOS os autores (**no máximo 6 autores por artigo**), por extenso, como os demais dados, resumo da biografia (afiliação completa e credenciais), categoria profissional, maior título universitário, nome do departamento e instituição de origem, endereço eletrônico, cidade, estado e país devem ser completados no momento da submissão e informados **apenas nos metadados**.

Portanto, no manuscrito submetido em "doc" deve conter apenas o trabalho científico e não apresentar os nomes ou qualquer outra forma que identifique os autores.

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para escrevê-lo. Limite máximo de duas páginas.

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. Limite máximo de 20 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

Artigos de revisão: compreende avaliação crítica, sistematizada da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Limite máximo de 15 páginas. Sem limite de referências.

Relato de experiência: relatos de experiências acadêmicas, profissionais, assistenciais, de extensão, de pesquisa, entre outras, relevantes para a área da saúde. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto. Matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

Resenhas: espaço destinado à síntese ou análise crítica de obras recentemente publicadas (últimos 12 meses). Não devem exceder a três páginas no total da análise. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

Nota prévia: notas prévias de pesquisa, contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. Espaço destinado à síntese de Dissertação ou Tese em processo final de elaboração. Deverá conter todas as etapas do estudo, seguindo as mesmas normas exigidas para artigos originais. Limite máximo de três páginas.

Cartas ao editor: correspondência dirigida ao editor sobre manuscrito publicado na Revista no último ano ou relato de pesquisas ou achados significativos para a Enfermagem ou áreas afins e poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito desse material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Limite máximo de uma página.

Biografia: constitui-se na história de vida de pessoa que tenha contribuído com a Enfermagem ou áreas afins. Deve conter introdução, desenvolvimento e conclusão; e evidenciar o processo de coleta de dados que permitiu a construção biográfica. Limite máximo de 10 páginas.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser encaminhados em documento Microsoft Word 97-2003, fonte Trebuchet MS 12, espaçamento duplo em todo o texto, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 (210 x 297 mm) e com as quatro margens de 2,5 cm. Redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

QUANTO À REDAÇÃO

Redação objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda **evitar o uso da primeira pessoa do singular** "meu estudo...", ou da primeira pessoa do plural "percebemos...", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

TÍTULOS

Título do artigo (inédito, conciso em até 15 palavras, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações) nos idiomas português (Título), inglês (Title) e espanhol (Título). Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página. Essa indicação deverá ser informada **somente na última versão** do manuscrito, evitando a identificação da autoria.

Título de seção primária e resumo - maiúsculas e negrito. Ex.: TÍTULO; RESUMO; RESULTADOS.

O abstract e resumen em maiúsculas, negrito e itálico. Ex.: *ABSTRACT*; *RESUMEN*.

Título de seção secundária - minúsculas e negritas. Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

RESUMO

Conciso, em até 150 palavras nos três idiomas, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract) e para o Espanhol (Resumen), começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve ser estruturado separado nos itens: objetivo, método, resultados e considerações finais ou conclusões (todos em negrito). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem.

DESCRITORES

Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou Medical Subject Headings – MESH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Cada descritor utilizado será apresentado com a ***primeira letra maiúscula***, sendo ***separados por ponto e vírgula(;)***.

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-clave.

Usar: Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente em português, inglês e espanhol.

INTRODUÇÃO

Deve ser breve, apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo.

MÉTODO

Indicar os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção, os quais devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo e data de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa. Deve também referir que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Quanto à literatura, sugere-se a utilização de referências majoritariamente de artigos e atualizadas (dos últimos cinco anos) e sugere-se, ainda, utilizar artigos publicados na REUFSM.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

CITAÇÕES

Utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes **sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem espaço** e sem mencionar o nome dos autores.

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que...
1-4

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que...
1,4,5

Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta) - devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, até três linhas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: ^{13:4} (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço duplo entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página, em sobrescrito. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] quando impossibilitado de se autocuidar".^{5:27}

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses e após o ponto. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

ILUSTRAÇÕES

Poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco ou colorido, conforme as especificações a seguir:

Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela. Em caso de usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos e quadros) – devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da REUFMS, inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram

citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas no programa Word ou Excel e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc.

Símbolos, abreviaturas e siglas - usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

- Deve ser **evitada a apresentação** de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

- Utilizar itálico para **palavras estrangeiras**.

REFERÊNCIAS

A REUFSM adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Na lista de referências, as referências devem ser **numeradas consecutivamente**, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Portanto, devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o **Estilo Vancouver**.

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula. Quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "*et al*".

- Os **títulos de periódicos** devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index Medicus*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

- Com relação à **abreviatura dos meses dos periódicos** - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o *Estilo Vancouver*.

- Alguns periódicos, como no caso da REUFSM, só possuem publicação online, sendo necessário que sua referência seja sempre organizada conforme exemplo de "**Artigo de revista em formato eletrônico**".

EXEMPLOS:

| | | |
|--|---------------|---------------|
| 1 | Artigo | Padrão |
| Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise | | |

interpretativa baseada na experiência de pessoas em processo de reabilitação de queimaduras. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(2):252-9.

2 Com mais de seis autores
Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul enferm. 2010;23(1):131-5.

3 Instituição como autor
Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR. 1990;39(RR-21):1-27.

4 Múltiplas instituições como autor
Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. Kardiologia. 2008;48(10):74-96. Russian.

5 Artigo de autoria pessoal e organizacional - Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC. Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. Diabetologia. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 Sem indicação de autoria
Best practice for managing patients' postoperative pain. Nurs Times. 2005;101(11):34-7.

7 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar (Jr, 2nd, 3rd, 4th...)
King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. Tenn Med. 2005 Feb;98(2):53.

Obs.: Se brasileiros, o grau de parentesco deve ser acrescentado logo após o sobrenome. Ex.: Amato Neto V.

8 Artigo com indicação de subtítulo
Vargas, D; Oliveira, MAF de; Luís, MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta Paul. Enferm. 2010;23(1):73-79.

9 Volume com suplemento
Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:190-8.

10 Fascículo com suplemento
Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Supl 7):S6-12.

11 **Volume em parte**
Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, et al. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol.* 2008;211(Pt 23):3764.

12 **Fascículo em parte**
Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

13 **Fascículo sem volume**
 Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. *Rev USP.* 1999;(43):55-9.

14 **Sem volume e sem fascículo**
 Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

15 **Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)**
 Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica [revisão]. *Acta paul enferm.* 2008;21(3):504-8.

16 **Artigo com paginação indicada por algarismos romanos**
 Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations [preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

17 Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs.* 2007;16(1):34-8. Retratação de: Bailey A. *Br J Nurs.* 2007;16(15):915.

18 **Artigos com erratas publicadas**
 Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. *Rev Latinoam Enferm.* 2007 nov-dez;15(6):1072-9. Errata en: *Rev Latinoam Enferm.* 2008;16(1):163.

19 Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)
 Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(1). Epub 13 fev 2009.

20 **Artigo provido de DOI**
 Barra DCC, Dal Sasso GTM. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. *Texto Contexto Enferm.* [internet] 2010 Mar [acesso em 2010 Jul 1];19(1): 54-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.

21 **Artigo no prelo (In press)**
 Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços

de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J Bras Pneumol. No prelo 2009.

J Bras Pneumol.

Livros e outras monografias

1 **Indivíduo** **como** **autor**
Waldow, VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

2 Organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

3 **Instituição** **como** **autor** **e** **publicador**
Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

4 **Capítulo** **de** **livro**
Batista LE. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 209-22.

5 **Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra**
Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

6 **Livro** **com** **indicação** **de** **série**
Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

7 **Livro** **sem** **autor/editor** **responsável**
HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

8 **Livro** **com** **edição**
Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

9 Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada
Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

10 Livro de uma série com indicação de número
Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

11 Livro publicado também em um periódico
Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

12 Dicionários e obras de referência similares
Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

13 Trabalho apresentado em evento
Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

14 Trabalho apresentado em evento e publicado em periódico

Imperiale AR. Obesidade, carne, gordura saturada e sedentarismo na carcinogênese do câncer do cólon. II Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer – GANEPÃO; 2006 maio 24-27; São Paulo, BR. Anais. (Rev bras med. 2006;63(Ed esp):8-9).

15 Dissertação e Tese
Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006. 161 p.

Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007. 178 p.

Obs.:

Para Mestrado [dissertação], Tese de doutorado [tese], Tese de livre-docência [tese de livre-docência], Tese PhD [PhD Thesis], para Especialização e Trabalho de Conclusão de Curso [monografia]. Ao final da referência podem ser acrescentados o grau e a área do conhecimento. Ex.: Especialização em Gestão de Pessoas.

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. [internet] 1999 [acesso em 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>.

Material eletrônico

1 Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis.* [internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

2 Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002 [acesso em 2006 jun. 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

3 CD-ROM e DVD

Bradshaw S. The Millenium goals: dream or reality? [DVD]. London: TVE; C2004. 1 DVD: 27 min., sound, color, 4 3/4 in.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

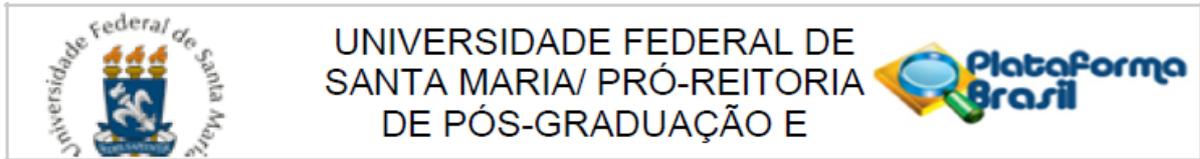
- As expressões contidas nas referências que determinam a edição e o tipo de material devem ser registradas na língua do artigo original. Por exemplo: 2^a ed., 2nd ed., [dissertation], [review].

- Para os autores nacionais, o acesso ao documento eletrônico é registrado com a expressão entre colchetes [acesso em...], seguida da data de acesso em formato ano, mês e dia e o endereço eletrônico antecedido de "Disponível em:"

- Para os autores estrangeiros, indica-se a seguinte estrutura [cited 2009 Feb 13] e o endereço eletrônico antecedido da expressão "Available from:"

- As datas são sempre no formato ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALTA HOSPITALAR COM ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E TRABALHADORES DA SAÚDE

Pesquisador: Marlene Gomes Terra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55534116.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.538.373

Apresentação do Projeto:

O projeto dos proponentes "caracteriza-se por ser de abordagem qualitativa, pois busca nas relações, histórias, crenças, representações, percepções, a interpretação que as pessoas fazem acerca do que pensam, sentem, vivem ou lhe acontecem. A presente pesquisa será realizada em uma Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) de um hospital de ensino e em um Centro de Atenção Psicossocial da região central do Rio Grande do Sul (RS). Os participantes desta pesquisa serão usuários egressos da UIP com encaminhamento ao CAPS e trabalhadores da saúde de ambos os serviços. Quanto aos usuários egressos serão convidados aqueles encaminhados ao CAPS no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, a partir da consulta dos registros de alta hospitalar da UIP."

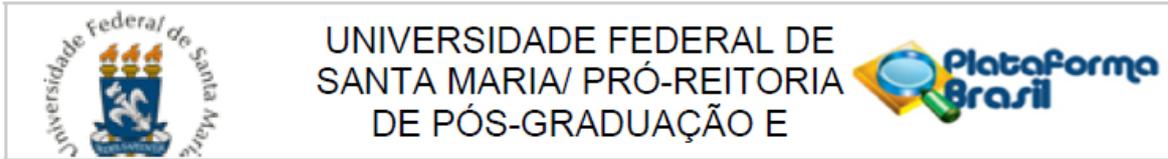
A metodologia da pesquisa visa a realização de coleta de dados na forma de entrevistas semi-estruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

São os seguintes objetivos da pesquisa:

"Compreender a percepção dos usuários egressos de uma unidade de internação psiquiátrica de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.538.373

um hospital de ensino acerca da alta hospitalar com encaminhamento a um Centro de Atenção Psicossocial.

- Conhecer como ocorre o encaminhamento de usuários egressos de uma unidade de internação psiquiátrica a um Centro de Atenção Psicossocial a partir da alta hospitalar frente a vivência dos trabalhadores de saúde desses serviços.
- Construir um protocolo de alta em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital de ensino a partir dos resultados obtidos na pesquisa."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: contribuir para o encaminhamento às unidades de apoio e ao processo de alta hospitalar.

Riscos: causar mobilização emocional pela lembrança de fatos do cotidiano. Neste último caso, é previsto a interrupção da participação, assim como o encaminhamento a profissionais capazes de ajudar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os objetivos e a metodologia da pesquisa foram apresentados pelos proponentes com clareza.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

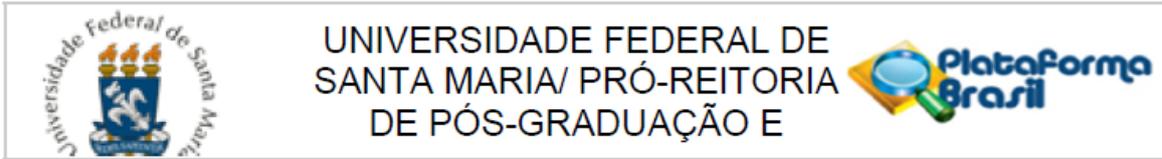
Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 1.538.373

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_705828.pdf | 27/04/2016 11:14:43 | | Aceito |
| Outros | termoconfi.pdf | 27/04/2016 11:14:03 | Marlene Gomes Terra | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 27/04/2016 11:13:16 | Marlene Gomes Terra | Aceito |
| Outros | SIepag2.pdf | 27/04/2016 10:17:17 | Marlene Gomes Terra | Aceito |
| Outros | SIepag1.pdf | 27/04/2016 10:16:51 | Marlene Gomes Terra | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEusuarios.pdf | 27/04/2016 10:16:02 | Marlene Gomes Terra | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEtrabalhadores.pdf | 27/04/2016 10:14:16 | Marlene Gomes Terra | Aceito |
| Outros | autorizacaoNEPS_SMS.pdf | 27/04/2016 10:13:40 | Marlene Gomes Terra | Aceito |
| Outros | autorizacaohusm.pdf | 27/04/2016 10:12:57 | Marlene Gomes Terra | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoUPG.pdf | 26/04/2016 17:04:04 | Marlene Gomes Terra | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 10 de Maio de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com