

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

Juliane Rigo

**PERCEPÇÕES ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO**

Santa Maria, RS
2022

Juliane Rigo

**PERCEPÇÕES ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
UM MUNICÍPIO BRASILEIRO**

Artigo de conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em 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 no Sistema Público de Saúde.**

Orientadora Prof.^a Dr.^a Daiana Foggiato Siqueira
Coorientadora Ma. Daiana Cristina Wickert

Santa Maria, RS
2022

Juliane Rigo

**PERCEPÇÕES ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
UM MUNICÍPIO BRASILEIRO**

Artigo de Conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em 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 no Sistema Público de Saúde**.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2022

Daiana Foggiato de Siqueira, Profa. Dra.
(Orientadora)

Daiana Cristina Wickert, Mda
(Coorientadora)

Eliane Scortegagna Socal, Me.
(Examinadora)

Marcelo da Rosa Maia, Me.
(Examinador)

Patrícia Machado de Vargas, Especialista
(suplente)

Santa Maria, RS
2022

Dedico todo o esforço, as alegrias e as dificuldades enfrentadas até o momento,
primeiramente a Deus, aos meus pais e ao meu companheiro.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que de alguma forma, direta ou indiretamente, fizeram parte desta minha jornada durante a Residência Multiprofissional. Agradeço aquela mão amiga nos momentos difíceis, onde a sobrecarga por vezes tomava conta. Agradeço aquele abraço inesperado que aquece a alma e o coração. Agradeço pelas risadas espontâneas que tornavam mais leve os períodos complicados. Agradeço pelos ensinamentos dos meus tutores e preceptores que sempre estiveram ao meu lado, seja para apontar algo para meu crescimento, seja para elogiar e inspirar mais a caminhada. Agradeço as amigas que obtive nesse tempo que permaneci como residente, pessoas queridas que quando precisei sempre tiveram uma palavra amiga. Agradeço ao meu companheiro por aguentar meu pouco tempo em casa e dividir os afazeres do dia a dia, sempre entendendo minhas escolhas e me apoiando. Agradeço meus pais, por confiarem em mim hoje e sempre, por acreditarem que eu conseguiria alcançar mais um objetivo em minha vida e, por me prestar todo suporte que eu necessito. Agradeço a Deus por cada dia vivido, por cada troca de conhecimento, por poder aproveitar os locais que estava/estou alocada, por ter momentos de agradecer, respirar o ar puro, admirar as flores, os pássaros, a chuva, por agradecer cada dia completado e outro que recomeça, na certeza de que estou indo pelo caminho certo, sendo guiada para o cuidado do outro, para o bem querer dos demais.

RESUMO

PERCEPÇÃO ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO

AUTORA: Juliane Rigo

ORIENTADORA: Daiana Foggiato de Siqueira

COORIENTADORA: Daiana Cristina Wickert

Os trabalhadores dos serviços de saúde mental e a gestão aparecem como atores na construção da Rede de Atenção Psicossocial, trazendo como desafio entender como os profissionais dos serviços da Rede compreendem e refletem de forma crítica o contexto de mudanças sociais e políticas vivenciadas. A partir desse ponto pode-se contribuir para o enfrentamento dos desafios e fortalecimento da mesma. O objetivo deste estudo é compreender a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores da Saúde Mental. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva exploratória, no ano de 2021, em uma Unidade de Atenção Psicossocial e em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas de um município gaúcho. Foram entrevistados 30 trabalhadores da Saúde Mental por meio de entrevista semiestruturada. Os trabalhadores deveriam estar no serviço de referência há pelo menos seis meses. Os dados foram analisados por meio da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo. A Rede de Atenção Psicossocial do município está em construção e é avaliada como frágil, bem como as Políticas Públicas e a gestão municipal. As falas apontam a invisibilidade e estigma historicamente associados à Saúde Mental. Ressalta-se que a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde apareceu como um aspecto que favorece a comunicação e articulação da rede.

Descritores: Saúde Mental. Pessoal de Saúde. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

PERCEPTIONS ABOUT THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN A BRAZILIAN MUNICIPALITY

AUTHOR: JULIANE RIGO
SUPERVISOR: DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA
CO-SUPERVISOR: DAIANA CRISTINA WICKERT

Mental health service workers and management appear as actors in the construction of the Psychosocial Care Network, bringing as a challenge to understand how the professionals of the Network services understand and critically reflect the context of social and political changes experienced. From that point on, one can contribute to facing the challenges and strengthening it. The objective of this study is to understand the Psychosocial Care Network from the perspective of Mental Health workers. For this, an exploratory descriptive qualitative research was carried out, in the year 2021, in a Psychosocial Care Unit and in a Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs in a city in Rio Grande do Sul. Thirty mental health workers were interviewed through a semi-structured interview. Workers should have been in the referral service for at least six months. Data were analyzed using Minayo's Thematic Analysis Operative Proposal. The city's Psychosocial Care Network is under construction and is evaluated as fragile, as well as Public Policies and municipal management. The speeches point to the invisibility and stigma historically associated with Mental Health. It is noteworthy that the insertion of the Multiprofessional Residency in Health appeared as an aspect that favors the communication and articulation of the network.

Keywords: Mental Health. Health Personnel. Health Services.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Rio Grande do Sul
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UAP	Unidade de Atenção Psicossocial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
RESULTADOS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	13
Introdução	13
Método	17
Resultados	18
DIAGNÓSTICO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	19
Uma Rede em processo de construção	19
A invisibilidade e o estigma da saúde mental	19
DE QUE GESTÃO FALAMOS?	20
Sobrecarga dos serviços	20
Políticas Públicas	22
PROCESSO DE TRABALHO	23
Engajamento dos trabalhadores	23
Importância da formação do trabalhador de saúde mental	25
Discussão	26
Considerações finais	31
Referências	31
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	34
ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	38
ANEXO 3 - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA	41

APRESENTAÇÃO

Por meio das vivências oportunizadas pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), tivemos experiências únicas em uma Unidade de Internação Psicossocial e em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, ambos por um período de um ano. Nesse contexto, as residentes presentes são das áreas de enfermagem, psicologia e serviço social.

Durante a trajetória, nos deparâmo-nos com a limitação acerca do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o que dificultava a inserção dos demais profissionais da Unidade da Internação Psicossocial nesse processo, e foi aí que começou a ideia de elaborarmos um estudo de como vinha se efetivando o PTS, tanto no local onde estávamos alocadas, como nos demais serviços da Rede.

O PTS já vinha ocorrendo na presença dos residentes da equipe multiprofissional, porém com dificuldades de abrangência com os demais serviços da Rede ou de alguns profissionais que não tinham o interesse em participar da construção deste dispositivo. Visto a sua importância, sempre foi tentado dar conta do dispositivo, mesmo em número pequeno de pessoas para fazê-lo.

Por esse motivo, buscou-se uma estratégia de entender melhor o que os profissionais pensam a respeito do PTS e como a Rede trabalha nesse sentido, para que possamos guiar uma melhoria com os resultados obtidos, acerca do trabalho em conjunto com os demais serviços e aprimorar o conhecimento dos profissionais sobre este dispositivo importante para a construção do cuidado dos usuários que necessitam entrar na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para que haja uma efetividade na construção do seu cuidado.

RESULTADOS

O Trabalho de Conclusão da Residência será apresentado na forma de um artigo científico, de acordo com as normas de submissão da Revista Ciência & Saúde Coletiva, que será submetido para apreciação.

Percepções acerca da Rede de Atenção Psicossocial de um município brasileiro

Perceptions about the Psychosocial Care Network in a Brazilian municipality

RESUMO

A Rede de Atenção Psicossocial vem sendo tida como grande desafio para os trabalhadores dos serviços de saúde mental e para a gestão. Esse desafio encontra-se no sentido de como os profissionais dos serviços da Rede compreendem e refletem de forma crítica o contexto de mudanças sociais e políticas vivenciadas. Tal informação pode contribuir para o enfrentamento dos desafios e fortalecimento da mesma. O objetivo deste estudo é compreender a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores da Saúde Mental. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva exploratória, no ano de 2021, em uma Unidade de Atenção Psicossocial e em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas de um município gaúcho. Foram entrevistados 30 trabalhadores da Saúde Mental por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo. A Rede de Atenção Psicossocial do município está em construção e é avaliada como frágil, bem como as Políticas Públicas e a gestão municipal. As falas apontam a invisibilidade e estigma historicamente associados à Saúde Mental. Ressalta-se que a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde apareceu como um aspecto que favorece a comunicação e articulação da rede.

Descritores: Saúde Mental. Pessoal de Saúde. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Network has been seen as a great challenge for workers in mental health services and for management. This challenge lies in the sense of how the professionals of the Network services understand and critically reflect the context of social and political changes experienced. Such information can contribute to facing the challenges and strengthening it. The objective of this study is to understand the Psychosocial Care Network from the perspective of Mental Health workers. For this, an exploratory descriptive qualitative research was carried out, in the year 2021, in a Psychosocial Care Unit and in a Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs in a city in Rio Grande do Sul. Thirty mental health workers were interviewed through a semi-structured interview. Data were analyzed using Minayo's Thematic Analysis Operative Proposal. The city's Psychosocial Care Network is under construction and is evaluated as fragile, as well as Public Policies and municipal management. The speeches point to the invisibility and stigma historically associated with Mental Health. It is noteworthy that the insertion of the Multiprofessional Residency in Health appeared as an aspect that favors the communication and articulation of the network.

Keywords: Mental Health. Health Personnel. Health Services.

Introdução

Em meados do século XVIII, o médico Phillippe Pinel, conhecido como fundador da psiquiatria e do tratamento moral da loucura, propôs que a liberdade dos ditos “loucos” que, embora liberados das correntes que os aprisionavam em modelos de tratamentos anteriores, deveriam agora ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo isolamento. Esse tratamento dito “moral”, segundo Pinel, não significava a perda de liberdade, mas sim, aquilo que poderia restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. Seria o princípio do

“isolamento do mundo exterior”, proposta que até os dias atuais não está totalmente superada na prática da psiquiatria¹.

O alienado, ou seja, aquele que estava fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos, era considerado como um sério perigo à sociedade por perder o juízo, ou a capacidade de discernimento entre aquilo que era socialmente tido como o "certo" e o “errado”. Tal visão associada à ideia de periculosidade, gerava uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas. Nesse sentido, entendia-se que o alienado necessitava do isolamento para que pudesse ser tratado adequadamente em instituições hospitalares que tinham como propósito a cura a partir do estabelecimento da ordem e disciplina¹, prática essa em que não se prezava pela humanização do cuidado.

A discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento à pessoa que sofre de transtornos mentais e, sua desinstitucionalização teve início na década de 1970, momento em que diversos setores da sociedade brasileira e a comunidade se mobilizaram em torno da redemocratização sociopolítica e de acesso à saúde. Esse momento produziu, em grande parte, a insatisfação que alimentou o Movimento Antimanicomial, o que começou a fazer sentido no contexto social brasileiro somente na década de 1980 e, a entrar em vigor em 1990, a partir das primeiras normas federais, regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, começando a efetivação da Reforma Psiquiátrica².

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve avanços na desinstitucionalização no que tange o aspecto político-jurídico, mas ainda precisa se efetivar quanto a sua pragmática para superar os antigos manicômios, em que a instituição psiquiátrica era basicamente asilar. Para isso, acredita-se que o processo de construir rearranjos institucionais seja um processo multifacetado, que extrapola a simples reorganização dos serviços de assistência e o saber-fazer especializado².

O principal marco se deu a partir da Lei 10.216, de abril de 2001, a respeito da proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. São assegurados direitos como o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, conforme suas necessidades e ter seu atendimento, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental³, que deu novo arranjo de modelo assistencial, deixando de lado o modelo hospitalocêntrico por outras alternativas territoriais e descentralizadas⁴.

No ano seguinte, por meio da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, fica estabelecido os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II e CAPS III, os quais se inserem no modelo assistencial em saúde mental⁵. Em 2010, o Ministério da Saúde, publicou a portaria nº 4.279, onde estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Também traz como possibilidade estabelecer “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁶ (p.1).

Com a busca de melhorar as vistas ao cuidado especializado, em 2011, foi instituída a Portaria nº 3.088 e Portaria nº 3.588 de 2017, que instituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, abrangendo novas formas de trabalho, com a ideia de arranjos organizativos de serviços. Essas estratégias buscam uma solução onde se pretende trabalhar com a integralidade e com a continuidade do cuidado sob o olhar horizontal dos trabalhadores objetivando a desfragmentação dos serviços^{7,8}.

Ainda, a criação da RAPS deu espaço a novos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, sendo eles: CAPS, ambulatório especializado, hospital-dia, equipes de Atenção Básica, Consultório na Rua, Centro de Convivência, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Emergência

Hospitalar, Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência e Estratégias de Reabilitação Psicossocial⁷.

Com essa nova formação possibilitou-se que a saúde mental se organizasse em um conjunto de ações, dentre eles: ampliação do acesso da população aos serviços de atenção psicossocial e, também, a promoção desse acesso às pessoas com transtornos mentais e com necessidades pelo uso do álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, além de garantir uma articulação dos pontos de atenção de saúde nos territórios. Esse movimento trouxe consigo um cuidado mais qualificado, por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências⁹.

Contudo, apesar dos avanços advindos com a criação da RAPS, existem ainda problemas e fragilidades que afloram em meio aos serviços diariamente. Pode-se citar como exemplo a deficiência estrutural de serviços comunitários, a falta de comunicação entre os profissionais da rede, a falta de monitoramento e avaliação dessa rede e da política pública de saúde mental. Observa-se ainda a diferença encontrada entre a efetividade do trabalho no cenário nacional, bem como, a pouca articulação intersetorial e cobertura territorial por parte dos serviços e, a ausência de estratégias elaboradas para contribuir com a diminuição da vulnerabilidade social dos indivíduos¹⁰.

Espera-se que com o fortalecimento e ampliação da rede de suporte social como espaços de convivência, associações que ofereçam apoio às famílias e aos usuários, além do espaço restrito ao CAPS, a integralidade do cuidado ao usuário seja efetivada mediante a articulação da RAPS. Ainda, a reavaliação constante das práticas no âmbito da saúde mental, no sentido de praticar um cuidado humanizado e em liberdade às pessoas em sofrimento mental e à sua família, no intuito de promover uma real inclusão social destes sujeitos à sua comunidade.

A RAPS vem sendo tida como grande desafio para os trabalhadores dos serviços de saúde mental e para a gestão. Esse desafio encontra-se no sentido de como os profissionais dos serviços da rede compreendem e refletem de forma crítica o contexto de mudanças sociais e políticas vivenciadas¹¹, vislumbrando sua articulação para a integralidade do cuidado.

Desta forma, o presente estudo justifica-se pela ausência de pesquisas que apresentem a compreensão dos trabalhadores de saúde mental de um município localizado no interior do Rio Grande do Sul (RS), acerca da RAPS, tendo em vista que tal informação pode contribuir para o enfrentamento dos desafios e fortalecimento da mesma. Com isso, a pesquisa teve como objetivo compreender a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores da saúde mental.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória, realizada em uma Unidade de Atenção Psicossocial (UAP) no contexto hospitalar e em um CAPS II ad de um município do estado do Estado do Rio Grande do Sul. A escolha dos cenários e participantes da pesquisa ocorreu de forma intencional, por meio das vivências práticas das residentes multiprofissionais nos referidos campos e por contemplar o conjunto de características que se pretende objetivar com a presente pesquisa. Os dois serviços fazem parte de diferentes níveis de atenção da RAPS do município: secundário e terciário.

Os participantes do estudo foram os trabalhadores de saúde mental escolhidos de forma intencional para atender aos objetivos da pesquisa. Como critérios de inclusão foram considerados os trabalhadores que estiveram atuando nos referidos serviços durante o período da coleta de dados ao menos seis meses. Como critérios de exclusão, os profissionais que estiveram afastados do local de trabalho no período da coleta de dados por algum motivo, sendo por atestados médicos, licenças ou por período de férias.

Os dados foram coletados nos meses de agosto a setembro de 2021, por meio de uma entrevista semiestruturada. A mesma foi realizada por duas residentes previamente capacitadas, em sala reservada no serviço de saúde de forma presencial e exclusiva, seguindo as normas de biossegurança para prevenção da COVID-19. As entrevistas tiveram gravação de áudio com *notebook* e posteriormente foram transcritas na íntegra manualmente. Foram entrevistadas duas equipes, totalizando 30 trabalhadores da área da saúde mental. As entrevistas tiveram uma média de duração de 13 minutos e 20 segundos, totalizando 6 horas e 32 minutos. Destaca-se que um profissional declinou o convite.

Para a etapa de análise dos dados, foi utilizada a Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo, que considera a questão de contexto e empírica dos dados do estudo. A análise operacionalmente foi organizada em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação¹².

Considerando os princípios éticos da pesquisa em saúde, os participantes foram identificados com codinomes de flores, seguidos pelos números arábicos na ordem cronológica das entrevistas. Ressalta-se que a pesquisa seguiu todos os princípios éticos vigentes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 49775621.2.0000.5346 e parecer nº 4.897.477, aprovada em 10 de agosto de 2021.

Resultados

Participaram da pesquisa os seguintes núcleos profissionais: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agente em Assistência, Psicólogos, estagiário da psicologia, Recreacionista, Assistentes Sociais, Médicos Residentes, Fisioterapeuta, Redutora de Danos e Médica Psiquiatra. Sendo que destes 11 (36,7%) são do sexo masculino e 19 (63,3%) do sexo feminino. A média de tempo de serviço no local de trabalho/estágio atual é de 111,8 meses, sendo o tempo

mínimo de seis e máximo de 444 meses. A média de idade dos sujeitos registrada é de 44,8 anos.

DIAGNÓSTICO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Uma Rede em processo de construção

Os profissionais dos serviços trouxeram em suas falas a fragilidade da RAPS, enfatizando que a mesma possui pontos fortes, e que está sendo construída. Destaca-se o papel da gestão nos investimentos necessários para seu fortalecimento.

Tem algumas fragilidades, alguns pontos fracos, tem os pontos fortes, mas ainda está sendo construída dia após dia. (Crisântemo).

Eu vejo essa Rede como algo que não funciona 100%, mas ela é o que a gente tem e ela deve ser reforçada, investido mais nela. Ela está em construção, você vê que tem muita coisa legal, mas falta subsídios. (Rosa).

Tem serviços que funcionam e que não funcionam, um serviço fica cobrando do outro. Tem muita coisa ainda para ser melhorado na Rede de Atenção Psicossocial. (Cravo)

Nota-se que a fragilidade da Rede não é um problema recente, interferindo no processo de trabalho e causando prejuízos ao usuário.

Um pouco frágil. É uma discussão de anos. É uma coisa que, às vezes acaba sendo um ponto prejudicial na execução do PTS [Projeto Terapêutico Singular], às vezes você conta com a Rede na formulação desse PTS, a Rede muitas vezes não funciona, não consegue dar conta. (Azaléia).

A invisibilidade e o estigma da saúde mental

A RAPS aparece em várias falas como algo inexistente, ausente nos debates da gestão e ainda desvalorizada, sem haver o investimento necessário.

Ninguém sabe que existe Rede de atendimento. Essa Rede não é vista, não é olhada nessa cidade por ninguém. É como se fosse algo que não precisasse de investimento nenhum. (Begônia).

Ela poderia ser melhor. É muito difícil fazer essa ligação com os pacientes depois que saem daqui. É muito bonito teoricamente, mas na prática é muito difícil, porque não tem uma família bem estruturada, não tem [serviço] e nem rede de apoio que consiga, ajudar esse paciente. (Antúrio).

Acho que a Rede é um desafio bem grande, pois se fala em Rede, e parece algo bem distante da realidade. Se fala as vezes que acontece, mas não vejo. Vejo bem pontual e bem pessoal, é bem teórico [...]. (Camélia).

Ainda, com o atual momento pandêmico, diversos recursos foram destinados para questões de emergência pública. Como no município em questão, em que a estrutura destinada ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT) foi destinada à Central COVID, perdendo-se assim, um espaço destinado à saúde mental, já prejudicada pela atual pandemia.

O Residencial era para ter saído, aí com as questões da COVID-19, ficou de lado. Tudo bem, é uma prioridade, mas agora que as coisas estão acalmando o Residencial está ficando. Se investiu um monte nisso e... porque a questão da saúde mental ela é preterida, em relação às outras políticas. (Gérbera).

DE QUE GESTÃO FALAMOS?

Sobrecarga dos serviços

A sobrecarga dos serviços é prejudicial para os trabalhadores e usuários da RAPS. Com a ausência de serviços primordiais para a realização do cuidado, fragilizam a atuação profissional e a qualidade da assistência, conforme é destacado nas falas.

É um município grande e com muita lacuna. Se a pessoa não está em crise a ponto de ser uma crise grave, ela cai no limbo na Rede [...]. Só melhoraria se tivesse mais serviços, como CAPS III, centro de convivência, mais um CAPS para transtornos mentais, unidades de acolhimento, SRT [Serviço Residencial Terapêutico]. (Hortênsia).

[...] está faltando serviços que possam acolher mais a família. Aqui a gente tem muito paciente e a gente não consegue dar conta disso [acolher a família]. (Íris).

O problema maior que eu acho são as vagas, o número limitado. Às vezes o paciente precisa de um local para internar e não tem pelo SUS. (Girassol).

Residencial Terapêutico, consultório de rua, centro de convivência, que daria mais suporte [...]. A gente estava discutindo, na questão de inserir algumas coisas, tipo CAPs III, Centro de Convivência no Plano Municipal, mas a gente sabe que não é bandeira de gestão. (Gérbera).

Ainda, é apontado que os serviços existentes têm falta de infraestrutura e pessoal, para o trabalho ser realizado de maneira adequada.

A maior dificuldade é o transporte, a gente precisa bastante do transporte para a gente dar seguimento e às vezes não consegue. Tem que estar sempre esperando, sempre implorando, sempre ficando em terceiro plano. (Hibisco).

E aí isso dificulta que a Rede funcione, quando vamos fazer uma reunião, tal dia, tal o horário e nem todo mundo pode! Quando todo mundo pode e é online, aí a internet não está funcionando de tal serviço. Ah, presencial, mas não tem carro para se deslocar [...]. (Lírio).

É muita demanda para pouca gente dando fluxos para as demandas. Às vezes falta gente, falta dinheiro para investir, às vezes é problema de estrutura também [...]. (Rosa).

Outras falas evidenciam uma angústia por parte dos trabalhadores, por muitas vezes não ter os subsídios necessários para executar de forma adequada seu trabalho.

Para onde você vai encaminhar? Eu acho que é só um conceito [a RAPS], porque a realidade é outra. E é só a gente que trabalha que sabe. E vamos mandar para onde? E fazer o que? Não tem... Então eu acho que falha, você procura, procura, e você não tem onde colocar, onde ficar. (Magnólia).

Bem precário. Eu muitas vezes me sinto fazendo a lógica do encaminhamento, por não conseguir pensar em outra forma de ser feito, muitas vezes a gente tenta encaminhar ou construir uma articulação com algum lugar e ou entrar numa fila de espera, mas a Rede tem muita fragilidade. (Hortênsia).

Isso é muito frustrante, porque às vezes a gente faz o trabalho aqui dentro, organiza o tratamento e o paciente precisa voltar para a Rede para seguir o acompanhamento, para participar dos grupos, fazer a ressocialização e não tem. A Rede está muito fragilizada aqui na cidade e isso dificulta o trabalho de todo mundo, e quem sofre é o paciente. (Lavanda).

Você tem um usuário que está com tentativa de suicídio na sexta-feira de tarde, o cara não tem família, o cara não tem residência, está na rua, você encaminha para onde?!. (Gérbera).

Políticas Públicas

No que diz respeito à gestão, traz-se a falta de interesse nos investimentos das estruturas dos serviços, na logística para haver integralidade do cuidado, na falta de profissionais para dar conta das demandas e dos fluxos que não ocorrem por conta de empecilhos que são elencados pelos profissionais:

É a desinformação e desinteresse dentro das esferas dos três poderes. Vamos dizer mais a nível de município talvez, porque é eles que gerenciam as verbas. Mas isso é desinteresse, um descaso. (Begônia).

A gente faz o Plano, tudo, mas depende muito dessas ideias estarem alinhadas com as ideias da gestão. Eu vejo também que “ah, é só a gente planejar e colocar os serviços”, mas precisa de área física, precisa de pessoal para constituir esses serviços. (Gérbera).

A Rede é fundamental! Especificamente na saúde, ela é fundamental para um bom atendimento, de qualidade, resolutividade e ganho de tempo, e tudo isso vai refletir em qualidade de vida para o usuário e em menos custo para o Estado. (Lótus).

Às vezes não tem funcionário. É muita demanda. Então eu acho que investimento na saúde mental é muito pouco para tanta demanda e, as coisas vão se desfazendo se não tem gente que lute por aquele espaço ele vai se perdendo. (Antúrio).

Eu sempre vi muita dificuldade. É muito bonito e seria muito legal se fosse como traz a teoria, pois, na prática existem muitos empecilhos, talvez até em função da grande demanda da Rede. (Azélia).

PROCESSO DE TRABALHO

Engajamento dos trabalhadores

Um aspecto relevante apontado nas falas, se refere ao engajamento dos trabalhadores da saúde mental para a construção de uma RAPS potente.

Mas quem faz a Rede somos nós, eu, você... Então nós temos que todo dia lutar. (Crisântemo).

A parte boa é a disponibilidade da equipe. Agora estamos com uma equipe boa, sempre pronta para vir, acolher, pegar junto. E as Unidades de Saúde quando precisamos temos um bom apoio. (Hibisco).

Você percebe o trabalho que os outros profissionais fizeram com o paciente lá fora, você fala: “Caramba! Até a maneira como ela articula o discurso é diferente, e isso eu consigo

perceber que é a atuação da Rede de apoio em conjunto, que vai ocasionando essa mudança. (Margarida).

Ressalta-se o engajamento e inserção da Residência Multiprofissional em Saúde e a contribuição para os serviços.

Acho que está funcionando, tanto que a gente escuta as gurias [residentes multiprofissionais] falando, depois da alta como é que está... só que eu acho que infelizmente a gente como enfermeiros do serviço não conseguiu se inserir dentro desse trabalho que eu acho que seria importante sim. (Violeta).

Eu acho que a comunicação entre as instituições é vocês [residentes multiprofissionais] que fazem muito [...]. Se aqui [serviço] tenta se no [serviço] não tem gente, não tem funcionário suficiente para tanta demanda que tem. Não é uma via de mão dupla. (Antúrio).

Contrapondo as falas anteriores, alguns trabalhadores referem que faltam engajamento e comunicação para a RAPS acontecer.

A partir do momento que eles [os trabalhadores] se reorganizam, tem essa possibilidade de fazer essa interligação e poder se ajudar mais, mas hoje em dia eu ainda vejo muita falha nisso, essa falha de comunicação, principalmente entre os serviços. (Tulipa).

Na maior parte das vezes, quando recebemos um usuário o tratamento dele está meio zerado, [...]. Eu não sei se isso é porque as coisas não estão acontecendo mesmo, se é porque o cuidado está muito fragmentado ou se isso acontece só porque a comunicação não é tão boa. É muito comum a pessoa que a gente contata não saber nos dar informação na hora, ficar de consultar alguém que sabe, retornar e não retorna. Ou, nos informa alguma coisa bastante superficial que nos dá a impressão que o usuário está meio “solto”, que o cuidado estava fragmentado, que estava meio interrompido. (Lantana).

Não tem quem coordene o cuidado em saúde mental, não tem quem faça esses caminhos junto com as pessoas e daí até a gente, às vezes, acaba se perdendo de conseguir fazer as altas assistidas, fazer as ligações [...]. (Hortênsia).

Pois quando se quer troca existe uma dificuldade muito grande. (Dália).

Importância da formação do trabalhador de saúde mental

A qualificação dos trabalhadores demanda a busca pelo aperfeiçoamento pessoal, bem como, o compromisso do serviço de ofertar educação permanente. O comprometimento com o cuidado humanizado também deve estar presente no dia a dia durante o trabalho.

Falta muito o comprometimento dos profissionais de toda a Rede. O profissional estuda, se forma, mas não é formado para trabalhar com o humano lá fora. Ele é formado só para executar as tarefas, para executar uma profissão. (Madressilva).

[...] a questão também da capacitação de recursos humanos, porque muitas vezes os profissionais estão super esgotados nesses serviços e com poucos profissionais e são os mesmos há muito tempo, e não recebe nenhum tipo de aperfeiçoamento também. Então seriam esses dois pontos, a impressão do serviço e educação permanente, ampliação dos profissionais. (Hortênsia).

Talvez... capacitar os profissionais. (Miosótis).

Eu penso que um atendimento mais especializado para Saúde Mental contemplaria em um atendimento melhor para os usuários e também daria mais amplitude para a equipe.... Precisaria ter uma formação mais especializada na Saúde Mental. (Gérbera).

[...] aumentar o investimento mental ou pessoal se qualificar, mais cursos para nós que a gente possa aproveitar na Saúde Mental. (Rosa).

Discussão

A RAPS, de acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS^{7,8}. Desta forma, os resultados da pesquisa evidenciam uma Rede em construção, trazendo suas fragilidades e suas potencialidades.

Uma rede eficaz depende da formação de vínculos estabelecidos entre trabalhadores, usuários e serviços, assim como com a gestão, conselhos e outros. Para isso, há de se direcionar estratégias e métodos de articulações de saberes de todos os atores, ações, práticas, garantindo assim uma atenção integral, resolutiva e humanizada¹³.

Alguns dos aspectos mencionados nas falas dos trabalhadores foram voltados à necessidade de ampliação e criação de novos serviços, tendo em vista o funcionamento da RAPS. Alguns entrevistados já fazem parte da área da saúde mental muito antes da criação da Portaria 3.088, esse aspecto mostra a necessidade de mudança de pensamento, pois os mesmos atuaram em um outro contexto de Políticas e serviços de saúde mental, ou seja, seu fazer profissional está fortemente influenciado pelo modelo hospitalocêntrico. Nesse sentido, a construção da RAPS depende de pessoas com um olhar integral e qualificadas, aptas a atuar com a subjetividade e complexidade do sofrimento psíquico¹⁴.

A complexidade da saúde mental, historicamente, foi desconsiderada pela sociedade como um todo. Tratada como loucura, as pessoas sendo desprezadas, isoladas socialmente, animalizadas, dentre outros.

Mesmo em avanços registrados, as marcas da visão da sociedade foram impregnadas em instrumentos legais e formais no atendimento, sendo possível dizer que a loucura extrapola o nível de doença física, para ser considerada como um mal social¹⁵ (p.63)

Ou seja, todo um estigma foi sendo construído e estruturado socialmente para com a saúde mental, tornando-a invisível e subjugada. Desta forma, precisa-se avançar, objetivando romper barreiras da exclusão de pessoas, que ainda são tratadas de forma inadequada, não vistas¹⁵ em uma Rede também invisível.

Essa invisibilidade da RAPS foi intensificada com a pandemia da COVID-19, sendo que os serviços de saúde mental vêm enfrentando prejuízos e perdas na garantia da assistência integral aos usuários. Exemplos de tais dificuldades e descontinuidade no trabalho são exemplificadas como: a dispersão dos usuários, uso irregular das medicações ou não uso das mesmas, abandono do tratamento, situações de crise, manejo inadequado da crise, recaídas ao uso de drogas e uso do serviço de emergência constante¹⁶.

O estigma é um aspecto relevante para ser trabalhado em serviços de saúde e com a população no geral, visto que, debater o mesmo, pode contribuir para a corresponsabilização e desmistificação do cuidado na saúde mental. Evidência mostra que as pessoas podem deixar de procurar um serviço de saúde para não ser rotuladas por um diagnóstico de saúde mental, acarretando em sérios problemas futuros por não buscarem a ajuda imediata¹⁷.

Ainda, este dado preocupante mostra o quanto o estigma pode afetar o bem estar da pessoa, que continua a sofrer sem buscar auxílio ou orientação sobre sua condição psicossocial. Por esse motivo, as pessoas ficam sem ter um “nome”, tornando-as invisíveis para quem de fato não os quer ou tem receio de entender e resolver¹⁷.

A gestão é fundamental para que os serviços funcionem e para que o cuidado seja realizado de uma forma adequada. Percebe-se nos resultados da pesquisa que existem lacunas em relação a serviços necessários para que a Rede funcione. Pode-se exemplificar pelo número de habitantes do município em questão, que há uma baixa cobertura territorial, e ainda, a ausência de CAPS III visto que é um serviço para municípios com população superior a 200.000

habitantes, mesmo sendo possível a implementação de acordo com a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Outro serviço com funcionamento prejudicado devido sua estrutura física no município é um Centro de Convivência, que são unidades públicas com vistas à inclusão de pessoas com transtornos mentais e pessoas usuárias de álcool e outras drogas, fazendo-se um espaço de convívio para essa parte da população. E o SRT com moradias inseridas na própria comunidade, acolhendo pessoas com longos períodos de internação (dois anos ou mais), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, dentre outros. O SRT compõe a estratégia de desinstitucionalização na RAPS, sendo um instrumento de recuperação de cidadania¹⁸. Sem mencionar a sobrecarga de pacientes nos serviços existentes.

Ainda, cabe destacar a infraestrutura necessária para o cuidado integral, visando a importância do matriciamento, o cuidado no território, as visitas domiciliares, para além dos atendimentos restritos somente aos serviços especializados. Além disso, a intersetorialidade vem como uma estratégia para que seja alcançado os moldes da rede, ampliando o cuidado em saúde para uma abrangência na educação, justiça, assistência social, segurança, dentre outras¹⁹.

Segundo um estudo realizado com coordenadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi demonstrado que os CAPS ainda são vistos como principal local de cuidado para pessoas com sofrimento psíquico, sendo esse serviço identificado como principal ponto de atenção da rede. Considerando a atual política de saúde mental, o cuidado deve ser voltado para o território, sendo os CAPS pontos estratégicos do cuidado na rede. Porém, o que se observou foi um forte estreitamento de visão, deixando de lado os demais dispositivos e recursos que poderiam ser utilizados no próprio território²⁰.

Outro estudo realizado no RS apontou que os processos de gestão envolvem vários modos e espaços de comunicação, como o uso do telefone, visitas a outros serviços e reuniões de equipe, o que corrobora com os resultados encontrados²¹.

A partir disto, pode-se refletir que:

Uma gestão pautada pela democracia é uma escolha política, no entanto, também é uma necessidade, de modo que processos de gestão que coordenam uma linha de cuidado, planejando, avaliando e produzindo cuidado através de ações comunicativas, se configuram em modos de emancipação, como capacidade de não se limitar, não depender do que está posto, do que já foi alcançado ou normatizado, enfim, capaz de produzir livremente²¹ (p. 4190-4191)

Ainda, tratando-se de cuidado integral, é de importância que os trabalhadores da saúde mental possam estar engajados em um cuidado longitudinal, trabalhando com a intersectorialidade. Para que seja estruturada uma RAPS onde exista participação efetiva de todos os envolvidos, os profissionais devem refletir de forma crítica e compreender as mudanças sociais e as políticas atuais¹¹. Visto isso, para uma RAPS resolutiva, que contemple o cuidado integral, é necessário que a saúde mental seja uma prioridade da gestão e que a mesma não fique no esquecimento.

Os resultados apontam a importância de uma equipe multiprofissional inserida nos serviços, demonstrando o engajamento e interesse dos residentes na comunicação entre os serviços da RAPS, bem como a exemplificação de como se dá essa relação de trabalho.

A integração entre as equipes dos serviços e a equipe da residência multiprofissional potencializa a aproximação entre os diferentes campos dos saberes, e é entendida como uma modalidade realizada por meio de trabalho coletivo, construída por meio de uma relação recíproca, ou seja, de via de mão dupla, entre múltiplas intervenções técnicas, além das interações dos profissionais de diferentes áreas, configuram-se, através da comunicação, a na articulação das ações e, ainda, na cooperação²².

A fragilidade da integração dos trabalhadores e serviços da RAPS destacou-se dentre os resultados, principalmente no que diz respeito a comunicação efetiva. A comunicação entre os

profissionais é de importância para formulação de um PTS mais eficaz. Por meio disso, quando os usuários são avaliados e encaminhados de forma correta, há uma maior aderência e motivação no tratamento, fazendo com que os demais serviços da Rede sejam acionados, desviando o foco apenas dos serviços especializados²³.

Diante disso, evidencia-se que a Residência Multiprofissional contribui para favorecer a comunicação e articulação da RAPS, em conjunto com as demais equipes de residentes alocados nos demais campos, assim como contatos com os demais serviços, criando laços na Rede onde não existiam ou estavam fragilizados. Por meio de telefonemas e até mesmo visitas institucionais os elos são formados e os vínculos fortalecidos, proporcionando um maior encaminhamento para o usuário da Rede.

Outro ponto a ser discutido é a qualificação dos profissionais diante de sua formação em saúde mental, além do compromisso dos serviços em disponibilizar a educação permanente para seus trabalhadores. Esses processos ditos anteriormente, deveriam ser estruturados a partir de uma problematização dos profissionais envolvidos na equipe, sobre o seu processo de trabalho. Isso contribui para que a educação permanente seja realizada a fim de transformações das práticas profissionais, seguido da organização do trabalho, contribuindo para as referidas necessidades da população, da gestão setorial e do controle social em saúde²⁴.

A educação permanente vem na lógica de ser descentralizadora, crescente e transdisciplinar. Sendo assim, essa forma de abordagem propicia uma democratização institucional, o desenvolvimento por meio da aprendizagem, a capacidade de docência, além do enfrentamento por meio de uma forma criativa de analisar as situações de saúde; do trabalho em equipes matriciais, melhorando dessa forma a qualidade do cuidado à saúde, constituindo práticas técnicas com visão crítica, éticas e humanísticas²⁴.

Nota-se um forte olhar para a capacitação e qualificação dos profissionais. Percebe-se desta forma o quanto faz falta essa abrangência no foco da educação, para além do trabalho

tecnicista e operativo, onde os mesmos tenham a possibilidade de uma continuidade nessa abordagem, fazendo com que o processo de trabalho da própria equipe seja seguro e humanizado.

Como limitações do presente estudo, destaca-se a impossibilidade de acessar alguns profissionais devido férias, ou recusa à participação.

Considerações finais

Os resultados evidenciaram que a RAPS do município está em construção e é avaliada como frágil, bem como as Políticas Públicas e a gestão municipal. As falas apontam a invisibilidade e estigma historicamente associados à saúde mental. Todavia, a comunicação e o engajamento dos profissionais, tiveram opiniões ambíguas. Ressalta-se que a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde apareceu como um aspecto que favorece a comunicação e articulação da RAPS.

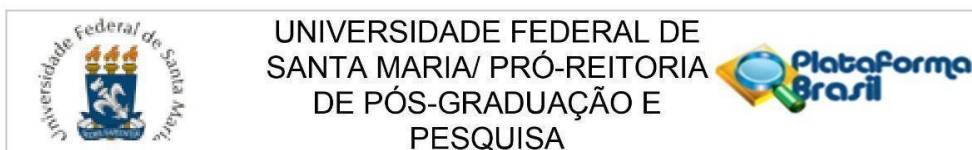
Referências

1. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
2. Fonte E. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. *Estudos de Sociologia* [periódico na Internet] 2012; [acessado 2022 Jan 18];1(18). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>
3. 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. Brasília: 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
4. Jardini Mäder B, Furtado Holanda A, Izidio da Costa I. Pesquisa qualitativa e fenomenológica em saúde mental: mapeamento como proposta de método descritivo. *Psic.:*

- Teor. e Pesq.* [Internet]. 2019 [acessado 2022 janeiro 18];35. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/23442>
5. Brasil. *Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
6. Brasil. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
7. Brasil. *Portaria no 3.088, de 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. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
8. Brasil. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
9. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2018 [acessado 2022 Jan 18];23(6):2067-2074. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>
10. Delgado PG. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis* 2015;25(1):13-18.
11. Peres GM, Crepaldi MA, Motta CCL da, Grigolo TM. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. *CBSM* [Internet]. 2018 [acessado 2022 janeiro 18];10(27):34-52. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69033>
12. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
13. Brasil. *Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
14. Marcolino TQ, Fantinatti EM, Gozzi APNF. Comunidade de prática e cuidado em saúde mental: uma revisão sistemática. *Trab. Educ. Saúde* [periódico na Internet]. 2018 [acessado 2022 Jan 18];16(2):643-658. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/cNX8SYGXVJsdDv65rfZNhLP/?format=pdf&lang=pt>
15. Moura DS, Gila RLA, Costa SC, Ribeiro LLG. Condição da loucura: invisibilidade e preconceito. *SEMIOSES: Inovação, Desenvolvimento e Sustentabilidade*, 2019;13(3).

16. Sena UO, Caldas NM, Santos VTC dos, Anjos SDS dos, Souza RC de. Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante pandemia de COVID-19. *CONJ* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jan 18];21(3):711-24. Disponível em: <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/191>
17. Sousa JF. O estigma da saúde mental. *Psicologia.pt* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2022 Jan 18]. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1120.pdf>
18. Massa PA, Moreira MIB. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu* [periódico na Internet]. 2019 [acessado 2022 Jan 18];23, e170950:1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7sjKsVhV7m7Y6d9ShQYgyXt/?format=pdf&lang=pt>
19. Barbosa VFB, Caponi SN; Verdi MIM. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saúde Soc.* [periódico na Internet]. 2018 [acessado 2022 Jan 18];27(1):175-184. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Y5bZbVtfVNpHTD6yPs8hzmz/?format=pdf&lang=pt>
20. Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2022 Jan 18];38(1):e60973. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>
21. Meirelles MCP, Kantorski LP. Ação Comunicativa: um olhar sobre processos de gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2021 [acessado 2022 Jan 18];26(9):4183-4192. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.16342020>
22. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, [periódico na Internet]. 2001 [acessado 2022 Jan 18];35(1):103-9, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>
23. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2022 Jan 18];3(2):399-407. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>
24. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2022 Jan 18];14(1):41-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Daiana Foggiato de Siqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49775621.2.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

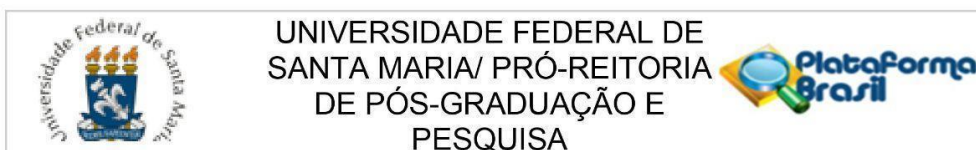
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.897.477

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.897.477

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

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

Objetivo da Pesquisa:

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

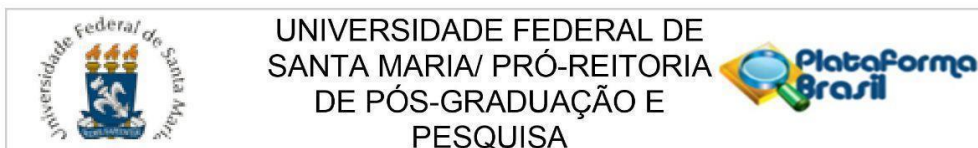
Objetivo secundário: identificar como ocorre o planejamento da gestão do cuidado pelos profissionais de saúde mental, a partir do Projeto Terapêutico Singular; Descrever as potencialidades e as dificuldades relativas à construção do Projeto Terapêutico Singular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
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
PESQUISA**

Continuação do Parecer: 4.897.477

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No TCLE:

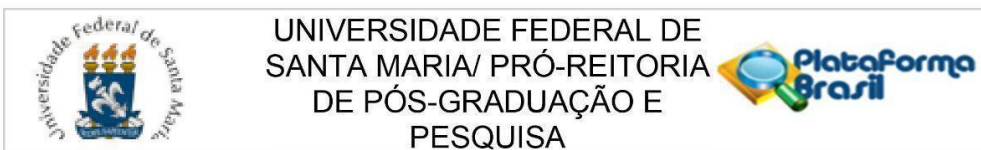
- 1 - Pagar conforme o modelo disponível na página do CEP/UFSM. Ex: página 1 de 3.
- 2 - Descrição dos riscos e benefícios deve ser igualmente apresentado nos documentos: TCLE, Projeto e Registro na PB.
- 3 - Página 1 do TCLE, item Procedimento, recomenda-se especificar a temática das questões norteadoras, conforme apresentado no projeto: Projeto Terapêutico Singular, Rede de Atenção Psicossocial, Saúde Mental: sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista contendo questões norteadoras.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1790598.pdf	16/07/2021 15:35:14		Aceito

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
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
PESQUISA**

Continuação do Parecer: 4.897.477

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 10 de Agosto de 2021

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

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Projeto Terapêutico Singular: percepção dos profissionais de saúde mental

Pesquisadora/orientadora responsável: Profa. Enfa. Dra. Daiana Foggiano de Siqueira

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Enfermagem

Contato: (55) 3220-8427/ daianasiqueira@yahoo.com.br

Local da coleta de dados: CAPs II ad “Caminhos do Sol” e UAP “Paulo Guedes”/HUSM

Você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa intitulada “Projeto Terapêutico Singular: percepção dos profissionais de saúde mental” de autoria de Cleci Raquel Antonio, Juliane Rigo, Priscila de Melo Zubiaurre alunas do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação da Profa. Enfa. Dra. Daiana Foggiano de Siqueira. Serão respeitados seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Porém, antes de concordar e participar da pesquisa é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Além disso, você tem o direito e a garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

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

Procedimento: sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista contendo questões norteadoras, com o auxílio de dispositivo digital será registrada a conversa. Caso você não desejar que o gravador seja utilizado, sua vontade será respeitada. O dia e horário para realização da entrevista será marcado com você conforme a sua disponibilidade. O que você falar será digitado (transcrito) e será guardado por cinco anos, por determinação ética da pesquisa sob a responsabilidade da Profa. Enfa. Dra. Daiana Foggiano de Siqueira em um armário exclusivo para pesquisa, chaveado, que está na sala 1445, 4º andar do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (Avenida Roraima, 1000, Prédio 26). Após este período, os dados (transcrições) serão destruídos de forma sustentável.

¹ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM; **Endereço:** Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar, sala 763; **Bairro:** Cidade Universitária – Camobi **CEP:** 97.105-900 **UF:** RS **Município:** Santa Maria **Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com Web: www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/

Benefícios: não haverá custos ou benefícios financeiros pela participação na pesquisa. Os benefícios estão relacionados ao fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular no cuidado em saúde mental, incremento do conhecimento científico e aprimoramento da Rede de Atenção Psicossocial do município.

Riscos: não estão vinculados riscos diretos, contudo você poderá sentir desconfortos emocionais, durante as entrevistas por lembrar de alguma situação vivenciada ou relacionada à sua prática no ambiente de serviço. Caso isso venha acontecer, a entrevista poderá ser interrompida e suas angústias acolhidas pelo entrevistador. Caso não seja suficiente, serão realizados os encaminhamentos necessários na tentativa de minimizar e/ou solucionar os eventuais desconfortos. Ainda, a não participação na pesquisa, bem como a desistência, será respeitada e não acarretará prejuízo ao seu trabalho. Ficando garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. A sua identificação pessoal será preservada, e na pesquisa os seus depoimentos serão referenciados pela letra “P”, que é a inicial da palavra profissional seguida de um número (P1, P2, P3, e, assim sucessivamente). Este termo será assinado em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com os pesquisadores. Os pesquisadores, se comprometem em seguir as Resoluções Nº466/2012 e Nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Durante todo o processo de coleta de dados, serão seguidas as orientações do Ministério da Saúde, disponibilizadas na Portaria nº 1565 de 18 de junho de 2020, que apresenta medidas a serem adotadas individualmente pela população e por todos os setores de atividades referentes a prevenção, controle e à mitigação da transmissão da COVID-19 com a retomada segura das atividades e convívio social (BRASIL, 2020). Assim, a entrevista ocorrerá em ambiente limpo e ventilado onde a distância de 2 metros seja respeitada, com uso de máscara e álcool 70%. Salienta-se que durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos¹.

¹ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM: **Endereço:** Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar, sala 763; **Bairro:** Cidade Universitária – Camobi. **CEP:** 97.105-900 **UF:** RS **Município:** Santa Maria **Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com. **Web:** www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Autorização

Eu, _____ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Santa Maria, de de 20.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Daiana Siqueira

Prof^a Dr^a Daiana Foggiato de Siqueira

¹ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM: Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar, sala 763; **Bairro:** Cidade Universitária – Camobi. **CEP:** 97.105-900 **UF:** RS **Município:** Santa Maria **Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com. **Web:** www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/

ANEXO 3 - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio



dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O

documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados

apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria N^o 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ (p.38).
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.



Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

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

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.