

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

Deise dos Santos Pretto

**CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL:
PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE
LONGA PERMANÊNCIA**

**Santa Maria, RS
2016**

Deise dos Santos Pretto

**CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÃO DE
TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

Aprovado em 3 de fevereiro de 2016

Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra
(Presidente/Orientadora)

Jairo da Luz Oliveira, Dr. (UFSM)

Leila Mariza Hildebrandt, Dr^a (UFSM-CESNORS)

Daiana Foggiato da Siqueira, Ms (suplente).

Santa Maria, RS, Brasil
2016

RESUMO

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

CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

AUTORA: Deise dos Santos Pretto

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MARLENE GOMES TERRA

COORIENTADOR: PSIC. MS. FÁBIO BECKER PIRES

COORIENTADORA: ENF^a Md^a AMANDA DE LEMOS MELLO

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 03 de Fevereiro de 2016. Turma do Ique -
UFSM

Introdução: A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como principal característica a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental. No entanto, devido a ausência e/ou fragilidade de serviços de base comunitária, essa realidade não tem se concretizado conforme preconizado. Assim, quando exauridos pelo cuidado disponibilizado, familiares recorrem a alternativas como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Nesse sentido, o presente Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação teve como **objetivo** analisar a percepção dos trabalhadores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos sobre o cuidado às pessoas com transtorno mental neste espaço. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos do interior do Rio Grande do Sul. Participaram 19 trabalhadores, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, gravada e respeitando os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A partir da Análise Temática proposta por Minayo foram construídas três categorias temáticas: cuidado às pessoas com transtorno mental no olhar dos trabalhadores; desafios dos trabalhadores no cotidiano de cuidar; sentimento dos trabalhadores frente ao processo de cuidar. Os **resultados** demonstraram percepções de cuidado voltado à humanização, ao incentivo à autonomia das pessoas com transtorno mental, e, ainda, um cuidado fundamentado no controle e monitoramento. Evidenciou-se também um despreparo teórico-prático do trabalhador para o cuidado na saúde mental. **Conclui-se** que a percepção de cuidado pelos trabalhadores da instituição em estudo é polissêmica e, ainda, necessita de um aprofundamento teórico-prático no que tange às questões relacionadas à saúde mental.

Descritores: saúde mental; cuidado; transtorno.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian Psychiatric Reform has as main feature the deinstitutionalization of people with mental disorder. However, due to the absence and / or weakness of community-based services, this reality has not materialized as predicted. So when exhausted the available care, family resort to alternatives such as long-stay institutions for the elderly (LTCF). In this sense, the Graduate Completion Work This aimed to analyze the perception of workers in a long-stay institution for the Elderly on the care of people with mental disorders in this space. **Method:** Qualitative, exploratory and descriptive study in an institution of long-stay to the interior of Rio Grande do Sul Elderly Participated 19 workers, whose data were collected through semi-structured interviews, recorded and respecting the ethical principles of Resolution 466 /12 of the National Health Council from the thematic analysis proposed by Minayo were built three thematic categories: care for people with mental disorders in the eyes of workers; challenges of workers in the care of daily; feeling of workers across the care process. The results showed care perceptions aimed at humanization, encouraging the autonomy of people with mental disorders, and also a reasoned care in the control and monitoring. It also showed a theoretical and practical unpreparedness worker for care in mental health. We conclude that the perception of care by the institution workers study is polysemic and also requires a theoretical and practical deepening with respect to issues related to mental health.

Keywords: Mental health; caution; disorder.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	6
2 RESULTADOS.....	8
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE	29
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	29
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	31
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	32
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	33
ANEXO C – NORMAS DA REVISTA	36

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para compreender as contradições e determinações existentes na humanidade, é importante conhecer a historicidade dos fenômenos sociais. A loucura sempre existiu, assim como o lugar de se tratar os loucos: domicílios, instituições, prisões. Todos que apresentavam um comportamento diferente, agitados e agressivos eram considerados loucos no século XVIII. O então doente mental era afastado dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade. Tratar do doente mental foi então sinal de exclusão, de reclusão e asilamento (BRASIL, 2004).

Entretanto, o cuidado em saúde mental passa por um processo de transformação de paradigmas. Esse processo inicia no Brasil na década de 1970 em meio ao movimento de Reforma Psiquiátrica, com objetivo de superação do manicômio enquanto local de segregação e isolamento. A Política de Saúde Mental baseada na Lei 10.216/2001 direciona a atenção à pessoa com transtorno mental ao atendimento em serviços extra-hospitalares, com ênfase no atendimento no território e compreendendo o sujeito em suas subjetividades, promovendo a inclusão social (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011).

Uma das estratégias que auxiliam na inclusão e na autonomia da pessoa que sofre com algum tipo de transtorno mental é a elaboração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que, dentre suas diretrizes, está a oferta do cuidado integral e assistência multiprofissional, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária. E, como potencializador da estratégia de desinstitucionalização, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa, que são importantes instrumentos que contribuem para a rede de saúde mental. Esses fazem parte da reinserção de egressos de Instituições de Longa Permanência ou longas internações em Hospitais Psiquiátricos, na família e comunidade (BRASIL, 2011). Essas estratégias, ao passo que colaboram com a reinserção das pessoas com transtorno mental nas famílias, contribuem com a corresponsabilização do cuidado compartilhado entre o usuário, família, sociedade e Estado.

Em situações que se percebe fragilidade dos vínculos familiares e sociais, o profissional Assistente Social desenvolve ações com direção socioeducativa, refletindo sobre as condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários. Dentre as principais atividades a serem desenvolvidas por este profissional está a construção de um perfil socioeconômico do usuário e da família na intenção de formular estratégias de intervenção no contexto familiar; conhecer e mobilizar a rede de serviços a fim de viabilizar direitos sociais;

e ainda o fortalecimento de vínculos familiares, incentivando-os a tornarem-se sujeitos do processo de promoção, proteção, recuperação, e reabilitação da saúde (CFESS, 2010).

Trabalha-se no sentido de empoderar a família a tornar-se sujeito de suas ações, amparados por rede socioassistencial, proporcionando subsídios a fim de evitar a institucionalização de pessoas com transtorno mental. Contudo, devido a situações estressantes e ausência de suporte social, quando exauridos pelo cuidado disponibilizado, familiares recorrem a alternativas como as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI. No entanto, percebe-se, pela vivência profissional em uma Unidade de Internação Psicossocial enquanto residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, que este fato é cada vez mais frequente visto a fragilidade dos vínculos familiares ou inexistência do mesmo, baixo suporte social para compartilhar o cuidado, além de estes ambientes serem organizados para o cuidado às pessoas idosas.

Nessa perspectiva, essa pesquisa torna-se fundamental para conhecer os significados de cuidado na perspectiva dos trabalhadores que atuam nestes espaços. Assim, têm-se como **questão de pesquisa**: que significados os trabalhadores que atuam em uma ILPI atribuem ao cuidado às pessoas institucionalizadas com transtorno mental? E, como **objetivo**: conhecer os significados do cuidado atribuído pelos trabalhadores que atuam em uma ILPI às pessoas institucionalizadas com transtorno mental.

2 RESULTADOS

O Trabalho de Conclusão de Programa será apresentado na forma de um artigo científico, de acordo com as normas de submissão da revista *Ciência & Saúde Coletiva* a qual será submetido à apreciação após atendimento das contribuições da banca examinadora.

CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA¹

Deise dos Santos Pretto²
 Zaira Letícia Tisott³
 Francine Gonçalves Freitas⁴
 Marlene Gomes Terra⁵
 Amanda de Lemos Mello⁶
 Fábio Becker Pires⁷

RESUMO

Objetivou-se conhecer os significados do cuidado atribuído pelos trabalhadores que atuam em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos às pessoas institucionalizadas com transtorno mental. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos do interior do Rio Grande do Sul. Participaram 19 trabalhadores, cujos dados foram coletados, no período de junho a setembro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, de acordo com os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A partir da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo, emergiram três categorias, sendo elas: *cuidado às pessoas com transtorno mental no olhar dos trabalhadores; desafios dos trabalhadores no cotidiano de cuidar; e sentimento dos trabalhadores frente ao processo de cuidar*. Os resultados evidenciaram cuidado voltado à humanização, ao incentivo a autonomia das pessoas com transtorno mental e, ainda, um cuidado fundamentado no controle e monitoramento. Evidenciou-se também um despreparo teórico-prático do trabalhador para o cuidado na saúde mental. Conclui-se que o cuidado é percebido pelos trabalhadores da instituição em estudo de modo polissêmico, e, ainda, necessita de aprofundamento teórico-prático no que tange as questões relacionadas à saúde mental.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Cuidado.

ABSTRACT

The objective was to know the meaning of care given by workers who work on a long-stay institution for elderly people institutionalized with mental disorder. qualitative, exploratory and descriptive study in an institution of long-stay to the interior of Rio Grande do Sul Elderly. Participated 19 workers, whose data were collected in the period from June to September 2015, through semi-structured interview, respecting the ethical principles of the National Health Council Resolution 466/12. From the operational analysis proposed the thematic analysis by Minayo emerged three categories, as follows: care for people with mental disorders in the eyes of workers; challenges of workers in the care of

¹ Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ênfase em Saúde Mental (PRMS - ênfase em Saúde Mental) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Assistente Social, Residente do (PRMS - ênfase em Saúde Mental) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Enfermeira, Residente do (PRMS - ênfase em Saúde Mental) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Terapeuta Ocupacional, Residente (PRMS - ênfase em Saúde Mental) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Enfermeira, Orientadora, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento e Pós Graduação em Enfermagem e do (PRMS - ênfase em Saúde Mental) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁶ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁷ Psicólogo, co-orientador, Mestre em Psicologia, Preceptor de Campo do (PRMS - ênfase em Saúde Mental) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

daily; and feelings of workers across the care process. The results showed of care focused on the humanization, encouraging the autonomy of people with mental disorder and also a reasoned care in the control and monitoring. It also showed a theoretical and practical unpreparedness worker for care in mental health. It is concluded that care is perceived by the institution workers study polysemic way, and also requires theoretical and practical deepening regarding issues related to mental health.

Keywords: Mental Health; Institution for the Aged; Caution.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Reforma Psiquiátrica, regulamentada pela Lei Federal nº 10.216 de abril de 2001¹, provêm de uma mobilização social da Luta Antimanicomial, que teve início na década de 1970 e objetiva a reformulação das políticas públicas de saúde mental, com o intuito de repudiar o modelo asilar, considerado discriminador e privativo de liberdade às pessoas com transtorno mental². A partir deste movimento, o trabalho no campo da saúde mental implicou a necessidade de compreender o conceito ampliado de saúde, com vistas a repensar a saúde para além da visão biológica. Para tanto, seria necessário (re)pensar estratégias afim de superar a visão assistencialista e objetivar a valorização do diálogo com a sociedade, das singularidades e dos desejos de cada indivíduo³.

Entre essas estratégias, cita-se a elaboração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual tende a auxiliar na inclusão e na autonomia da pessoa que sofre com algum tipo de transtorno mental e que, dentre suas diretrizes, está a oferta do cuidado integral e assistência multiprofissional, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária. E, como potencializador da estratégia de desinstitucionalização, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa. Sendo considerados mecanismos que podem vir a auxiliar e contribuir para rede de saúde mental, pois fazem parte da reinserção de pessoas, egressas de Instituições de Longa Permanência (ILPI) e de longas internações hospitalares, na família e comunidade⁴. Além de favorecerem a reinserção das pessoas com transtorno mental nas famílias ao passo que contribuem com a corresponsabilização do cuidado compartilhado entre o usuário, família, sociedade e Estado.

No que se refere à reinserção ou à permanência do usuário no seio familiar, apontam-se alguns aspectos positivos e negativos. Os aspectos positivos envolvem o acolhimento, o ambiente familiar permeado pelo vínculo e carinho, a corresponsabilização pelo cuidado além de compreensão sobre a doença mental tratada no sentido de diminuir os preconceitos existentes na sociedade. E quanto aos aspectos negativos, a sobrecarga dos familiares no

amparo às pessoas com transtorno mental na vida cotidiana, relacionados a fatores comportamentais, financeiros, de relacionamentos, desgastes físicos e emocionais^{5,6}.

Assim, quando exauridos pelo cuidado disponibilizado, familiares recorrem a alternativas como as ILPI para acolher os jovens que possuem transtorno mental. Percebe-se, pela vivência profissional em uma Unidade de Internação Psicossocial, que este fato é cada vez mais frequente visto a fragilidade dos vínculos familiares ou inexistência do mesmo, e um baixo suporte social para compartilhar o cuidado.

Nessa perspectiva, essa pesquisa torna-se fundamental com vistas a conhecer o significado do cuidado para os trabalhadores de saúde de uma ILPI às pessoas menores de 60 anos com transtorno mental, visto que estes serviços acolhiam apenas pessoas idosas. Vale ressaltar que segundo a Resolução nº 283, de setembro de 2005, as ILPI devem ser "instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania"⁷. No entanto, a realidade evidencia que essas instituições passam a asilar adultos jovens com transtorno mental.

Diante disto, tem-se como questão de pesquisa: que significados os trabalhadores que atuam em uma ILPI atribuem ao cuidado às pessoas institucionalizadas com transtorno mental? E como objetivo: conhecer os significados do cuidado atribuídos pelos trabalhadores que atuam em uma ILPI às pessoas institucionalizadas com transtorno mental.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes⁸. Em relação a ser exploratória, foi em virtude de obter uma visão mais abrangente acerca do fenômeno, proporcionar maior familiaridade com o problema, com o objetivo de torná-lo mais explícito. E descritiva, pois busca definir características de determinada população ou fenômeno e também pode direcionar a procura de opiniões de populações⁹.

O cenário da pesquisa foi uma ILPI com número relevante de pessoas com transtorno mental que não são idosas morando no local. Justifica-se a escolha desse serviço para a

pesquisa, visto ser a única ILPI do município e região que está de acordo com as normas e regulamentada pelo Ministério Público. Atualmente, residem na instituição 32 pessoas de ambos os sexos, com idades entre 19 e 90 anos.

Na pesquisa qualitativa alguns aspectos referentes à estratégia de entrada em campo são importantes, como: apresentar-se, relatar a pesquisa, saber a quem procurar para isso, bem como por meio de quem e com quem estabelecer os primeiros contatos¹⁰. Assim, a inserção das pesquisadoras no cenário ocorreu durante a fase inicial do projeto com o intuito de apresentar a proposta e discutir com a representante da instituição a necessidade e a importância do estudo. Além disto, informar o modo de participação dos trabalhadores na pesquisa. Anterior ao início das coletas de dados, as pesquisadoras inseriram-se na rotina do serviço, de forma a acompanhar o trabalho que era realizado.

No primeiro momento buscou-se observar e compreender como ocorria o processo de trabalho da equipe, as relações interpessoais nesse processo e suas implicações frente aos usuários. Nessa rotina de trabalho, foi-se dialogando com os profissionais sobre a pesquisa em desenvolvimento, aproximando-os tanto das pesquisadoras quanto ao tema e objetivos da pesquisa.

Foram convidados a participar da pesquisa os trabalhadores da equipe multiprofissional (técnicos de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, médicos, fonoaudiólogo, nutricionista e cuidadora de idosos) e cuidadoras que atuam nesta ILPI e realizam o cuidado às pessoas com transtorno mental. Para seleção dos participantes, elegeu-se como critérios de inclusão: possuir vínculo empregatício com a instituição em estudo de no mínimo três meses e trabalhar pelo menos uma vez por semana no serviço, pois se compreende que esse período possibilita maior interação entre os trabalhadores e moradores. E como critérios de exclusão: os trabalhadores que estivessem em licença para tratamento de saúde, licença maternidade ou em férias no período da coleta de dados.

Sendo assim, no período estipulado para a coleta de dados (realização das entrevistas), de um total de 37 trabalhadores, quatro (4) desistiram de participar, cinco (5) estavam afastados para tratamento de saúde, duas (2) gozavam da licença maternidade, dois (2) estavam de férias, três (3) possuíam vínculo empregatício com a instituição há menos de três meses, um (1) atende a domicílio (não possui contato com pessoas com transtorno mental), um (1) foi demitido durante a coleta de dados. Desta forma, participaram da pesquisa 19 trabalhadores de ambos os sexos convidados intencionalmente pelas pesquisadoras.

A produção de dados ocorreu no período de junho a setembro de 2015, em uma sala no próprio local de trabalho que preservava privacidade do trabalhador, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas pelas pesquisadoras. As entrevistas eram norteadas por um roteiro composto por dados de caracterização dos participantes e de uma questão disparadora: como é para você cuidar de pessoas com transtornos mentais? O tempo de duração média das entrevistas foi de 30 minutos.

Para operacionalizar a participação do trabalhador na entrevista, foram realizados os agendamentos conforme sua disponibilidade. O trabalhador, quando concordava em participar da pesquisa, foi solicitado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma ficou com as pesquisadoras.

Os dados foram analisados por meio da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Este tipo de análise segue três etapas: a **pré-análise**, a qual 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 consiste essencialmente em uma operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto, buscando-se encontrar categorias; e a terceira e última etapa consiste no **Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação**, em que o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, bem como abrindo outros eixos em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas¹⁰.

A pesquisa contemplou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹¹ e foi Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o nº 44616715.5.0000.5346. A fim de garantir o anonimato, os participantes foram identificadas com a letra "T" (trabalhador) seguida de um número (T1, T2, T3, e assim consecutivamente), o que não correspondia necessariamente à ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados, emergiram três categorias, sendo elas: cuidado à pessoa com transtorno mental no olhar dos trabalhadores da ILPI; desafios dos trabalhadores no cotidiano de cuidar; sentimentos dos trabalhadores frente ao processo de cuidar.

Cuidado às pessoas com transtorno mental no olhar dos trabalhadores da ILPI

Os diferentes modos de cuidado às pessoas institucionalizadas com transtorno mental subsidiaram a construção dessa temática. Dentre estes se destacam o cuidado humanizado, autonomia das pessoas institucionalizadas, inclusão social e história de vida. Além disto, ressalta-se que emergiu como modo de cuidar realizado pelos trabalhadores o controle e o monitoramento das pessoas com transtorno mental.

Sendo assim, a maioria dos trabalhadores apontou a importância de atividades recreativas como rotina da instituição, de conversar com as pessoas institucionalizadas, bem como dar carinho, atenção e conhecer os seus desejos e vontades como sendo importantes durante o cuidado. Assim, evidencia-se o cuidado realizado pelos trabalhadores, baseado no afeto e na atenção.

O cuidado pode ser considerado como um jeito de viver, de expressar-se e contribuir com o bem-estar geral, de modo a promover potencialidades e a dignidade humana. Considera-se importante ainda a natureza e as implicações do cuidado nos relacionamentos humanos (saúde, afetos, educação)¹². Isto é evidenciado na fala de T6:

Talvez a maior medicação neste processo é a afetividade. Então, eu ligo muito o cuidado à questão da afetividade. (T16)

O trabalhador compreende o afeto como expressão do cuidado, em que é possível potencializar a dignidade das pessoas institucionalizadas, as compreendendo como seres humanos, pois o processo de cuidar abrange não só os sintomas clínicos. Envolve as modificações nos seres humanos que abalam sua totalidade, ou seja, considera os aspectos da sua individualidade com o meio em que vive¹³.

Nessa perspectiva, a inserção de atividades de lazer torna-se facilitadora do processo de cuidar, a partir do momento em que são reconhecidas como atividades de ocupação e de inserção social. Os trabalhadores percebem sua importância no processo de cuidado, estreitando vínculos com os usuários no momento em que se oportuniza espaços de lazer.

Nas caminhadas eles geralmente vão e no piquenique também foram todos. Foi bem bom. (T7)

E, eu achava interessante assim, lá em cima que foi fechado [sótão da casa] fazer uma sala de leitura para eles ler, para quem gosta de ler. Televisão, colocar filme, música é uma boa coisa, é uma coisa boa e acalma. (T10)

Eu acho que deveria ter mais atividades, não uma grande atividade. [...] convidei eles para dançar na sala, acho tão importante isso. Acho bem importante isso para eles e para nós. (T13)

Essas atividades de lazer e entretenimento, por vezes, perpassam pelo sentido de inclusão social dos moradores da instituição. Ao compreender que inclusão social é estabelecer relações de trocas não apenas com a família e o ambiente de moradia, mas também com outras pessoas¹⁴, os trabalhadores poderão perceber a composição de uma rede social ampliada e diversificada. Nesse sentido, eles visam em suas atividades externas com as pessoas institucionalizadas proporcionar a inclusão social, por meio da ocupação de espaços públicos.

Eles vão aos atendimentos da saúde mental, eles vão ao grupo da igreja. No caso os que têm essa vontade de participar da religião, os que têm participam do grupo de alcoólicos do AA [Alcoólicos Anônimos] ou os que querem vão ao centro, pelo menos uma ou duas vezes por semana. Então, eles estão se identificando com os grupos dentro da sociedade. (T09)

A ocupação destes espaços reafirma o preconizado pela Lei Federal da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001 quando diz em seu artigo 2º, inciso II que “é direito da pessoa com transtorno mental ser tratada com humanidade e respeito, visando alcançar sua recuperação pela inserção na comunidade”¹. É um importante meio de inseri-los na sociedade, de ter contato com diferentes pessoas, ter trocas sociais, conhecer novos espaços de convivência. Além de ser importante momento de fortalecimento de vínculo entre as pessoas institucionalizadas e trabalhadores.

Nesse sentido, o estímulo à autonomia das pessoas com transtorno mental é percebido pelos trabalhadores como importante, apesar de que devido à rotina do serviço contendo tarefas que devem ser cumpridas (higiene, alimentação, medicação...) e por poucos trabalhadores, eles não conseguem trabalhar, por vezes, nessa perspectiva.

Às vezes, pelo tempo elas acabam dando banho, mas a gente sempre cobra isso, a independência deles. (T7)

A gente tenta também trabalhar com eles a independência nas atividades de vida diária: no banho, na escovação. A maioria deles é bem independente. (T8)

Eu acho que ele é um homem, e ele precisa, pelo menos da higiene dele cuidar. (T13)

Às vezes, é mais fácil tu dar o banho do que tu ensinar ... esse estigma da loucura que as pessoas não acreditam que o louco é capaz de fazer as coisas e daí tu faz por ele. (T16)

Esse estímulo à autonomia necessita ser pensado com vistas a promover a equidade e a oportunidade para as pessoas com transtorno mental, de modo a favorecer a redução do estigma e do preconceito. Isto implica repensar suas atividades diárias, no cuidado com o

corpo, por exemplo, a higiene, bem como nas atividades de lazer que são realizadas fora do ambiente da instituição. É importante repensar a rotina do serviço para que cada vez mais seja estimulada a autonomia desses sujeitos.

Entende-se por autonomia como a capacidade de compreender sobre si mesmo e sobre o mundo. O grau de autonomia mede-se pela capacidade de autocuidado, de compreender o processo saúde/doença, de usar o poder e de estabelecer compromissos com os outros¹⁵. Reforça-se na importância de buscar relações de cuidado que favoreçam o exercício da autonomia por parte das pessoas institucionalizadas e que criem alternativas ao modelo de cuidado baseado na tutela. Viabilizar um cuidado voltado às potencialidades dos sujeitos e não apenas às dificuldades vivenciadas.

O cuidado envolve ainda atitude, comportamentos e atos, que podem variar conforme as situações e relacionamentos estabelecidos. Desse modo poderá variar na intensidade e na forma de como há o envolvimento com o cuidado e, nesta situação, com o sujeito, motivo de atenção do cuidado¹⁶. Os trabalhadores referiram-se ao acolher, escutar, dar atenção, conhecer as necessidades, os desejos e vontades como um modo de cuidar e reportaram-se a esse tratamento dispensado como cuidado humanizado.

Paciente tem que ser visto, escutá-lo, humanização, saber o que eles gostam. (T1)

Se tu fizer um carinho tu conquista eles. (T11)

Porque eu trato eles bem. Eu abraço, eu converso, porque eu não tenho nojo, porque eu dou uma bala, porque na madrugada, “eu estou com fome, eu quero leite, uma bolacha”. Não custa descer e pegar. (T13)

Acho que eles precisam muito de atenção. Muita atenção! (T14)

Fazer eles se sentirem bem, cuidar. O importante eu acho que é fazer com que eles se sintam bem. (T17)

O importante é passar confiança para eles. (T19)

As falas apresentam o cuidado como relação de confiança, compromisso e vínculo entre equipe e morador, em situações pautadas na escuta e no acolhimento. A Política Nacional de Humanização (PNH) traz como uma de suas diretrizes – acolhimento e escuta, reforçando o reconhecimento do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Essas representações opõem-se à violência e maus-tratos físicos e psicológicos. Nesse contexto, cuidar do outro exige esforço em superar diferenças e zelar para que exista um diálogo harmonioso com o próximo¹⁷.

O acolhimento e a escuta são recursos importantes para a humanização dos serviços. O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e construção de vínculo. Sem acolher e vincular, não há produção de responsabilização e nem impacto nos processos sociais de produção da saúde.

O cuidado é um modo de ser-no-mundo que perpassa as relações que se estabelecem com todas as coisas¹⁸. O saber cuidar solicita compreender a realidade em que se está inserido, as possibilidades e limitações. Nesta perspectiva, o que emergiu das entrevistas é o quanto as pessoas institucionalizadas são monitoradas e controladas na instituição.

A gente já sabe quem que gosta de fugir. Então, a gente já fica mais de olho neles. (T7)

Deixa ir, mas tu tendo o controle deles. Agora saíram, mas sempre alguém acompanhando junto. (T10)

Esse controle é justificado pelo risco de fuga que algumas das pessoas institucionalizadas com transtorno mental possuem, por estarem no local devido a ordem judicial, bem como pela ausência de autonomia de alguns para determinadas atividades. Com isso, o cuidado envolve controlar e monitorar as pessoas as quais têm seus espaços restritos dentro da instituição, incorporando-se a pequenas atividades do cotidiano.

Ao refletir sobre a Reforma Psiquiátrica, que nega a exclusão da pessoa com transtorno mental, é necessário estar atento para não recorrer a uma atualização de um modelo já existente. Ou seja, atualiza questões estruturais do modelo tradicional, mas não transforma o cerne do modelo, a partir do momento que não permite trocas entre os envolvidos¹⁹.

O mecanismo de controle, sob o encargo do trabalhador, que aplica um poder sobre a pessoa com transtorno mental não possibilita um diálogo entre envolvidos, considerando apenas um lado da relação, o trabalhador de saúde. O outro lado, a pessoa com transtorno mental, é neutralizada e desconsiderada no tratamento¹⁹. Portanto, a efetivação da Reforma Psiquiátrica realmente emancipatória implica a produção de diálogo e compreensão de aspectos da doença mental.

Desafios dos trabalhadores no cotidiano de cuidar de pessoas com transtornos mentais

Nesta categoria destacaram-se questões relativas à falta de conhecimentos sobre a saúde mental, inexistência de treinamentos e capacitações, o que leva a dificuldades dos

trabalhadores no cuidado às pessoas com transtorno mental que se encontram institucionalizadas.

Na produção do cuidado, utilizam-se tecnologias leves, duras e leve-duras. As leves compreendem as relações interpessoais, como produção de vínculo e acolhimento; as leve-duras, os saberes estruturados como a clínica médica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, considerando neste caso a medicação e as instalações do serviço²⁰.

Assim, ao refletir acerca do cuidado realizado pelos trabalhadores dessa instituição, percebe-se algumas dificuldades quanto à estrutura e instalações da instituição, ou seja, tecnologias duras.

A gente tinha muito medo da questão da casa ser aberta, devido risco de fuga, do risco de se machucar. Porque a gente não tem todos aqueles cuidados com relação a toda a uma estrutura de um lugar apropriado de um paciente psiquiátrico. (T9)

Esses vidros não podem ter, podem machucar. (T12)

E, isso, me preocupa um pouco. Tu vê que é um lugar aberto, não tem grades nas janelas ainda. (T18)

As falas dos trabalhadores reproduzem o discurso manicomial, arraigadas nos conceitos históricos da loucura: local fechado, sem vidros, com grades. São relatos sobre a inquietação dos trabalhadores devido a instituição ter um pátio amplo, no entanto, aberto, de livre acesso. Isso os preocupa no sentido de que há riscos das pessoas com transtorno mental fugir, por estar no local por Ordem Judicial, em sua maioria, e de forma involuntária. Esta perspectiva ocasiona aflição nos trabalhadores que precisam estar atentos a todo momento, o que pode dificultar criação de vínculos e insegurança entre eles. Além disto, essa atenção fica prejudicada, pois conforme seus relatos há fragilidade da equipe, com escassez de recursos humanos ao considerar a demanda da instituição. Também por ser a maioria dos trabalhadores da instituição mulheres as quais se sentem fragilizadas perante as crises das pessoas institucionalizadas.

No que se refere a tecnologia leve, os trabalhadores referem a necessidade de aprender mais sobre como cuidar das pessoas institucionalizadas com transtorno mental, mostrando a importância de capacitações a fim de qualificar o cuidado.

Não é nem paciência. Acho que é capacitação mesmo para entender um pouco eles. (T8)

Acho que falta um pouquinho de capacitação. (T9)

A gente precisa desse treinamento para poder saber com agir. (T10)

Pessoas orientar os colegas para trabalhar com esses pacientes. (T13)

As falas dos trabalhadores expressam suas fragilidades no que concerne ao cuidado na saúde mental e atribuem à falta de capacitação. Assim, percebe-se a importância de desenvolver na instituição com os trabalhadores, a Educação Continuada. Esta pode ser compreendida como um conjunto de atividades educativas para atualização do trabalhador, em que é oportunizado o seu desenvolvimento, assim como sua participação eficaz no cotidiano da instituição²¹. Essa estratégia visa auxiliar os trabalhadores a aproximarem-se da realidade social que vivenciam, oferecendo subsídios para compreenderem as necessidades de saúde das pessoas institucionalizadas, bem como contribuir para a organização do serviço.

Essa necessidade de compreender acerca da saúde mental pode justificar as diferentes maneiras que os trabalhadores utilizam para abordar essas pessoas assim como de compreendê-las.

Preciso dar atenção para ele, que seja naquela hora. (T1)

O importante é a paciência [...] quando a gente está sem paciência acaba dificultando mais em se relacionar com eles. (T7)

Impor respeito, mas não querer ser agressivo. (T10)

Conversar, pois tem uns que viajam completamente e a gente entra na viagem deles. (T14)

Tu tens que conversar. Eu boto regras, mas também converso. (T19)

Os trabalhadores consideram que dentro do processo de cuidar, está a troca de atenção, de carinho, o respeito, a conversa, ressaltando a importância do cuidado humanizado praticado por eles. No entanto, há trabalhadores que consideram o “gritar” com as pessoas seja uma intervenção importante e a maneira mais fácil de serem compreendidos:

Não pode mostrar medo. Tem que gritar e ser firme. Isso que eu aprendi com as gurias, grito só de longe. (T04)

Na fala acima, percebe-se a incompreensão por parte do trabalhador sobre o que é ser firme. O cuidado às pessoas quando se encontram agitadas inclui estratégias terapêuticas coercivas e medidas não coercivas. O tratamento não coercitivo implica em intervenções precoces como estabelecer boa relação com o paciente, o ambiente deve estar tranquilo e seguro para ambos (trabalhador e usuário do serviço). Como intervenções comportamentais e ambientais não coercitivas, a implementação de protocolos e rotinas para serem realizados

com as pessoas quando se encontram agitadas, treinamentos constantes da equipe. E como intervenção verbal cita o respeito ao espaço da pessoa institucionalizada, não ser provocativo, estabelecimento de limites claros e escuta cuidadosa²².

Há, também, medidas coercitivas que consistem em utilizar de meios físicos ou farmacoterápicos²². Contudo, ressalta-se que essa técnica deve ser utilizada apenas quando as técnicas não coercitivas forem ineficazes ou quando há risco à integralidade física dessas pessoas e dos trabalhadores. Quanto a essa técnica, alguns profissionais possuem essa compreensão, possível de ser observada nas falas abaixo:

Eu primeiro tento conversar assim, ver qual a situação, se ele aceita a minha conversa e minha presença. Se não eu deixo um pouco assim. (T8)

Deixa acalmar, se não der, a gente tenta os outros meios, tipo de contenção (T10)

Tu passar confiança. Confiar neles e eles confiar em ti. (T11)

Tentar acalmar eles, tirar os que tão ali na roda, tem as medicações. (T12)

Só naquele momento que ele tá correndo risco de se machucar e nós [contenção física]. E depois faz o se necessário para controlar aquele momento. (T13)

Eu tento manejar o máximo possível verbalmente, mas nem sempre é possível, tem que avaliar a situação, principalmente da agressividade. (T16)

Diante da insegurança dos trabalhadores quanto ao agir, muitos têm a compreensão de, inicialmente, conversar com a pessoa que está agitada ou agressiva, pois mesmo sem protocolos, alguns percebem a importância de conversar e passar segurança. Além disto, percebem que a contenção precisa ser utilizada nos momentos de crises a fim de evitar danos para as pessoas institucionalizadas e para os próprios trabalhadores.

Entretanto, percebe-se que os trabalhadores da instituição apresentam dificuldades para desenvolverem o cuidado, devido à falta de rotinas e de protocolos. Eles desejam orientações qualificadas sobre saúde mental, consideradas importantes para que haja qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos e da subjetividade das pessoas com transtorno mental. Possuem algumas dificuldades estruturais, mas são levantadas quando pensadas no quesito segurança como, por exemplo, o pátio aberto (sem portão), há riscos de fugas, janelas sem grades. Mas, o que chama a atenção é a questão da inexistência de protocolos de manejo na instituição, o que leva os trabalhadores a realizarem suas atividades do modo como que consideram ser o adequado, havendo em alguns momentos conflitos de opiniões.

Entretanto, uns dos maiores desafios à instituição está em acolher esse novo público, com demandas particulares que deveriam ser acolhidas em serviços de saúde especializados,

com equipe preparada para o tratamento necessário. Diferente do propósito da ILPI que é destinadas a domicílio coletivo de idosos, e não a tratamento de saúde. E como desafio ao município em que foi realizada a pesquisa, está ampliação de espaços para tratamento de pessoas com transtorno mental, e implementação de Serviços de Residenciais Terapêuticos, visto serem dispositivos legítimos para o tratamento desse público, visando a reinserção social.

Sentimento dos trabalhadores frente ao processo de cuidar de pessoas com transtornos mentais

Os sentimentos dos trabalhadores no que se refere ao convívio com as pessoas com transtorno mental institucionalizadas, foi o tema que permeou esta categoria. Esses sentimentos são relacionados às situações de agressividade de alguns moradores, ao medo de sofrer agressões e, à frustração, visto a não cura da doença psiquiátrica.

Além disso, a noção da instabilidade do quadro emocional das pessoas institucionalizadas com transtorno mental pode gerar medo. Também, é significativo o sentimento de frustração perante as pessoas institucionalizadas, considerando o seu trabalho como paliativo, bem como tensão ao trabalhar, o desgaste físico e emocional.

As dificuldades encontradas no cotidiano pelos trabalhadores, em decorrência das situações de crise das pessoas institucionalizadas com transtornos mental com manifestações como agressividade, delírios e alucinações, têm relação com o desgaste físico e emocional para manter os cuidados.

Eu trabalho tensa. (T14)

Por uns 10 dias o médico me afastou daqui e agora em agosto eu vou fazer tratamento com psiquiatra. (T15)

Tu tá aqui pra cuidar e eu sei que eu corro esse risco [de agressão]. (T16)

As profissões relacionadas à saúde, especificamente à saúde mental, demandam maior contato interpessoal. Assim, deparam-se com pessoas com dificuldades emocionais, necessitando de atenção e cuidado às suas necessidades de saúde, mas com comprometimento da satisfação em relação ao trabalho²³. As autoras apontam ainda que o trabalho em saúde mental é considerado de vulnerabilidade para sobrecarga emocional.

Fatores como o risco de sofrer agressões dos moradores e falta de segurança na instituição torna o trabalho desgastante, ao ponto de trazer sofrimento ao trabalhador.

Segundo análise realizada pelo Ministério da Previdência Social (MPS)²⁴ no período de 2000 a 2011, cerca de 5% do total de afastamentos de trabalhadores é em virtude de transtornos mentais. Como estratégia, a instituição poderia utilizar de ações de educação continuada como palestras e treinamento em serviço, que resultariam em melhoria na qualificação profissional. E ainda, a utilização de reuniões de equipe e encontro de confraternização entre os trabalhadores²⁵. Essas estratégias tornam-se determinantes para o alívio das tensões, no aumento da qualidade do cuidado prestado e na valorização do trabalhador.

Outro sentimento presente nas falas dos trabalhadores é a frustração.

Às vezes eu fico meio frustrada, porque eu não sei muito o que fazer. (T7)

É um trabalho que é frustrante, muitas vezes bem difícil. (T16)

O sentimento de frustração, abordado nas falas dos trabalhadores, é acompanhado de sentimento de impotência e envolvimento emocional com as pessoas institucionalizadas. Estudo realizado com profissionais de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) mostra que formação e capacitação insuficientes, acompanhadas de sentimentos de frustração e impotência deixam os trabalhadores em situação de vulnerabilidade, muitas vezes, tal como os usuários atendidos por eles. E como estratégias, utilizam-se de espaços coletivos, troca de experiência e conhecimentos, para superar as dificuldades²⁶. Esses momentos são importantes para que se perceba, como trabalhadores, as dificuldades vivenciadas e realizar tentativas de superação das mesmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado, pode-se concluir que os trabalhadores possuem diversas percepções sobre o cuidado à pessoa institucionalizada com transtorno mental. Alguns compreendem a importância de atividades recreativas como facilitadora no processo de cuidar, considerando um espaço para criação e fortalecimento de vínculos entre trabalhadores e moradores. Além de ser importante meio de proporcionar a inclusão social dos moradores, estabelecendo relações com o meio exterior a ILPI. Apresentou-se também por vários trabalhadores a importância do carinho, afeto, atenção e o conhecer as vontades e desejos dos moradores, dessa forma viabilizando o cuidado humanizado preconizado pela Política Nacional de Humanização.

No viés de promover a equidade, favorecer a redução do estigma e preconceito, a ILPI tenta trabalhar com a promoção da autonomia dos moradores, por meio do incentivo do autocuidado (higienização, vestuário). No entanto, a maioria dos trabalhadores acredita em um cuidado baseado no controle e monitoramento do morador, possivelmente justificável pela situação de estarem na ILPI por ordem judicial. Contudo, isso acaba por restringir a autonomia dos moradores em determinados momentos.

No que se refere ao processo de trabalho na instituição, observou-se a falta de aperfeiçoamento de tecnologias leves e duras. As duras no sentido de dificuldades encontradas no dia-a-dia pelos trabalhadores, como falta de medicação de urgência e a estrutura da instituição. Quanto às tecnologias leves, emergiu a necessidade de aperfeiçoamento/conhecimento dos trabalhadores para trabalhar com pessoas com transtorno mental. Por meio dessa tecnologia, os trabalhadores podem compreender a importância do manejo dos pacientes, percebendo que não há necessidade de gritar ou ser agressivo com os moradores. E, dessa forma, os sentimentos relacionados ao medo e frustração poderão ser minimizados, visto que empoderados sobre o tema terão segurança em suas atitudes, bem como proporcionarão confiança dos moradores. Assim como uma rotina estabelecida com protocolos viabilizará um ambiente terapêutico aos moradores.

Conclui-se que é indispensável à ILPI a ampliação de espaços para estudo e aperfeiçoamento da equipe no que tange ao cuidado às pessoas com transtorno mental com vistas a melhor atender esse público. Há necessidade também de oferecer aos moradores oportunidades de aproximarem-se dos serviços de saúde mental de base comunitária. E por fim, proporcionar que essa ILPI seja um espaço terapêutico, com dignidade e bem estar, tanto aos moradores quanto aos trabalhadores.

Contudo, sendo um serviço voltado ao acolhimento de idosos, com a finalidade de proporcionar bem estar e abrigo, considera-se inapropriado para o tratamento de pessoas com transtorno mental. Esses deveriam ser acolhidos em serviços de saúde especializados, com equipe de saúde necessária para suprir as demandas desse público. E, local onde as políticas públicas alcancem e sejam atuantes e permanentes.

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. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

3. GAMA, CAP; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza; **Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento.** Rev. Latinoam. psicopatol. fundam. [online]. 2014, vol.17, n.1, pp. 69-84.
4. 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).Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 02 mar. 2015.
5. FAVA, MC; SILVA, NR; SILVA, ML. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.41, p., jul./dez. 2014.
6. CAMILO, CA, BANDEIRA, M, LEAL, RMAC, et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 82-92.
7. BRASILb. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 283 de 26 de setembro de 2005. Brasília: Diário Oficial da União, 2005.
8. MINAYO, MCS (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).
9. GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
10. MINAYO, Maria Cecilia de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.
11. BRASIL. Resolução nº 466 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12, em 13 de junho de 2013, Seção 1, 2013a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 de fev. 2015
12. BOFF, L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. Petrópolis, RJ: Vozes. 2012.
13. CARVALHO, EEde; ROCHA, SS da; SILVA, NFda; SILVA, KP; CARVALHO, EE de; RODRIGUES, DS. O Saber cuidar do Ser Humano: uma abordagem para o cuidado de enfermagem na perspectiva de Leonardo Boff. Revista de Enfermagem UFPE online, Recife, mar., 2013.
14. SALLES, MM; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2129-2138,July 2013 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Oct. 2015.
15. JORGE, MSB; PINTO, DM; QUINDERÉ, PHD; PINTO, AGA; SOUSA, FSP; CAVALCANTE, CM. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011.
16. WALDOW, VR; BORGES, RF. Cuidar e Humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm., 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS. Brasília, 2004.
18. BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra. 10ª Ed. São Paulo: Vozes; 2004.
19. AMARANTE, P. (org) Escritos selecionados em Saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Gramond, 2005.
20. FRANCO, TB; MERHY, EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2012.
21. CORTEZ, EA. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enfermería Global*, n. 29, p. 324, 2013.

22. QUEVEDO, J; CARVALHO, AF. (orgs.). Emergências Psiquiátricas. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 336p.
23. SANTOS, AFO; CARDOSO, CL. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 15, n. 2, p. 245-253, Jun 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 Out. 2015
24. Brasil. Ministério da Previdência Social. 1º Boletim quadrimestral de benefícios por incapacidade. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2014/04/saude-e-seguranca-do-trabalho-estudo-da-previdencia-social-indica-mudanca-nas-causas-de-afastamento-do-trabalho/>> Acesso em: 15 out 2015.
25. KESSLER AI, KRUG SBF. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):49-55.
26. KANNO, NP; BELLODI, PL; TESS, BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da compreensão do processo histórico, político e social que a Reforma Psiquiátrica Brasileira vivenciou e vivencia, é possível perceber os atuais avanços da política de saúde mental do país. Pessoas com comportamento diferente do esperado pela maioria da população eram afastadas do convívio. Com o processo de Reforma Psiquiátrica, houve a redução destes espaços de isolamento, de modo a promover a inclusão social das pessoas com transtorno mental em seus territórios.

A atual política de saúde mental prevê a existência de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como base para o atendimento das pessoas com transtorno mental na comunidade. Essa rede seria parte da corresponsabilidade do Estado pelo cuidado desses sujeitos, no entanto, mesmo diante de avanços, notam-se fragilidades no que tange a saúde mental. Há uma rede de atenção complexa, mas no município onde foi realizada a pesquisa, apenas alguns serviços de saúde mental existem, como o CAPS e Ambulatório de Saúde Mental.

Deste modo, retrocessos que se evidenciam, são pessoas com transtorno mental voltando ao isolamento ao qual eram submetidos pré-Reforma Psiquiátrica devido a fragilidade do suporte social. Isso ao considerar a inexistência de Programas, como o Serviço de Residencial Terapêutico e o Programa de Volta para a Casa, que efetivem o direito de saúde, habitação e dignidade a essas pessoas com recursos do Estado.

Em vista da presente realidade, a pesquisa alcançou os seus objetivos ao compreender a percepção sobre o cuidado de pessoas com transtorno mental a partir da visão dos trabalhadores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Notou-se despreparo teórico-prático no que diz respeito ao cuidado dispensado, evidenciando a necessidade de serviços e trabalhadores com qualificação em saúde mental no município. O estudo corrobora com a necessidade de aproximação desse serviço de residência com serviços de saúde mental de base comunitária. Pessoas institucionalizadas com transtorno mental e trabalhadores dessas instituições ganhariam com esta aproximação. Os institucionalizados, pois teriam contato com um serviço especializado, onde promoveriam a inserção social e autonomia. E os trabalhadores da ILPI por estar em contato com profissionais especializados, proporcionando um espaço de troca de saberes importante para o cuidado desses sujeitos.

Pode-se afirmar que as discussões sobre esta temática são indispensáveis, sendo urgente que o cuidado de pessoas institucionalizadas com transtorno mental sejam incorporadas aos serviços de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Mas,

principalmente, pauta de discussões e aprimoramentos no âmbito de Gestão da Saúde Mental do município e Estado, de modo a atentar para a realidade local.

Nesse sentido, sugerem-se novos estudos nesta temática que complementem e aprofundem estas discussões, para que novas evidências sejam apontadas e fundamentem as ações profissionais voltadas para a promoção do cuidado à pessoa com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

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. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

_____. 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).Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 02 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Centro Cultural da Saúde. Memória da Loucura. Apostila de monitoria. Brasília, 2004.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetro para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2010.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio, OLSCHOWSKY, Agnes. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jul-ago.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Cuidado a pessoas com transtorno mental: percepção de trabalhadores de uma Instituição de Longa Permanência

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra

Residentes Pesquisadoras: Deise dos Santos Pretto, Francine Gonçalves Freitas e Zaira Letícia Tisott.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029 ;(55) 3220-8105 - Avenida Roraima, 1000, prédio26, sala 1445, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Longevitá – Hospedagem Assistida LTDA. Rua Padre Kentenich, 280. Cerrito, Santa Maria/RS

Você está sendo convidado/a para participar de forma voluntária desta pesquisa intitulada “Cuidado a pessoas com transtornos mentais: percepção de trabalhadores de uma Instituição de Longa Permanência”, que possui como objetivos: conhecer os significados do cuidado atribuídos pelos trabalhadores que atuam em uma ILPI às pessoas com transtorno mental institucionalizadas e oportunizar uma roda de conversa aos trabalhadores que atuam em uma ILPI, a partir dos resultados obtidos no estudo. Mas antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação:

- Acreditamos que ela seja importante para que possamos perceber como é realizado o cuidado com as pessoas com transtorno mental em ILPI em nosso município. E pelo fato de que, ao buscar na literatura publicações em artigos originais não observamos as ILPI como cenário de estudo, sendo a maioria deles direcionados as práticas e reflexões dos profissionais de enfermagem.

- A sua participação neste estudo consistirá em responder as perguntas das pesquisadoras acerca do objetivo supracitado. Durante a entrevista será utilizado um gravador digital, para que não haja perda de informações, e para que possamos lhe dar mais atenção, não precisando anotar. Mas se você preferir, ele não será utilizado. Após, as suas informações gravadas serão transcritas, pela pesquisadora, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.

- É possível que aconteçam alguns desconfortos, como mobilização emocional, visto que poderá lembrar de fatos de seu cotidiano. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida e a situação minimizada. A pesquisadora também poderá orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da sua escolha.

- A sua participação não acarretará em ônus ou gratificação financeira. Você tem total garantia de plena liberdade, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Ainda, a não participação na pesquisa não irá afetar no seu trabalho desenvolvido na Instituição, dessa forma, você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

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 Conselho de Ética em Pesquisa. Conselho de Ética em Pesquisa. CEP – UFSM Av. Roraima, 1000. Prédio da Reitoria – 7º Andar – campus universitário – 97105-900 – Santa Maria, RS. Tel.: (55)3220-9362. Email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

- É importante que você compreenda que as informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. No entanto, quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, será adotada a letra 'T' referente à Trabalhador para sua identificação, seguida de um número que não corresponde a sequência de sua participação na pesquisa (T1, T2, T3 e assim sucessivamente). Assim, ninguém poderá descobrir quem é você e sua identidade ficará protegida, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. -As informações serão mantidas durante cinco anos em um arquivo confidencial no computador, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável na sala 1445, do prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, da UFSM, no endereço completo citado no início do documento. Após este período os dados serão destruídos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este Consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

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 Conselho de Ética em Pesquisa. Conselho de Ética em Pesquisa. CEP – UFSM Av. Roraima, 1000. Prédio da Reitoria – 7º Andar – campus universitário – 97105-900 – Santa Maria, RS. Tel.: (55)3220-9362. Email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Projeto de Pesquisa: “Cuidado a pessoas com transtorno mental: percepção de trabalhadores de uma Instituição de Longa Permanência”.

Orientadora: Prof^ªDr^a Marlene Gomes Terra

Autoras: Deise dos Santos Pretto, Francine Gonçalves Freitas, Zaira Letícia Tisott.

Roteiro de entrevista com os trabalhadores de saúde:

I - Caracterização

Função: _____

Especialização: () Sim () Não Área: _____

Experiência anterior em saúde Mental: () Sim () Não Tempo: _____

Tempo de trabalho na ILPI: _____

II - Questões orientadoras:

Como é para você cuidar de pessoa com transtorno mental?

Como você se sente para trabalhar nesse serviço?

O que você considera importante no cuidado a pessoa na área da saúde mental?

Como vocês agem com as tentativas de suicídios?

Como vocês agem nos momentos de agressividade?

Quais são as atividades de lazer e cultura que a instituição possui?

Quais os meios de comunicação que as pessoas têm acesso na instituição?

Como são realizadas as visitas das pessoas na instituição?

Como são realizadas as informações a respeito da doença e de tratamento das pessoas com transtorno mental? Quem passa essas informações?

Como são realizadas as atividades diárias das pessoas relacionadas a higiene pessoal, alimentação e vestuário?

Como são os cuidados com a segurança das pessoas na Instituição? Como é a sua relação com os moradores da casa?

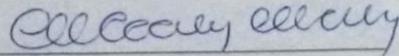
O que você espera a partir do cuidado que realiza?

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Maria Cecília F. M. Paes Barreto, abaixo assinada, da LongeVita Hospedagem Assistida LTDA, autorizo a realização do estudo **“Cuidado a pessoas com transtorno mental: percepção de profissionais e cuidadoras de uma Instituição de Longa Permanência”**, a ser conduzida pelas pesquisadoras Prof^{Dr} Marlene Gomes Terra, Enf. Zaira Tisott, A.S. Deise Pretto, T.O Francine Freitas.

Fui informado, pelos responsáveis do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso de resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

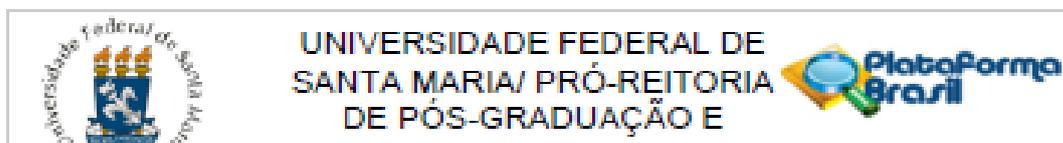
Santa Maria, 23 de abril de 2015.



Maria Cecília F. M. Paes Barreto

Responsável Técnica - LongeVita Hospedagem Assistida LTDA

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO A PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Pesquisador: Marlene Gomes Terra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44616715.5.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.060.343

Data da Relatoria: 12/05/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será realizada em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos de ordem privada de Sta Maria em funcionamento desde o ano de 2000. Esta Instituição recebe pessoas encaminhados por familiares que custelam a mensalidade e outras que são carentes com ordem do Ministério Público, pagas pelo Município e/ou Estado.

As ILPIs são locais destinados a idosos sem rede familiar de apoio e em situação de vulnerabilidade, esses espaços devem oferecer serviços nas áreas social psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional e outras atividades específicas para este segmento social.

O estudo tem por objetivos conhecer os significados que os trabalhadores que atuam em uma Instituição atribuem ao cuidado às pessoas com transtorno mental, bem como oportunizar uma roda de conversa aos trabalhadores que atuam em uma ILPI, a partir dos resultados obtidos no estudo.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que será realizada com 10 trabalhadores em que será utilizada a entrevista semiestruturada. A coleta de dados ocorrerá de junho a agosto de 2015. A proposta operativa de análise temática de Minayo será utilizada para tratamento dos

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

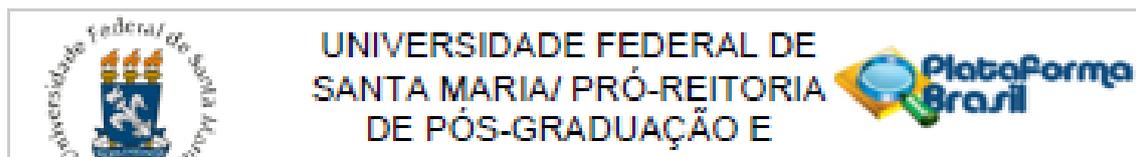
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9382

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.099.243

dados. Os princípios éticos da pesquisa com seres humanos serão respeitados conforme a resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: conhecer os significados do cuidado atribuídos pelos trabalhadores que atuam em uma ILPI às pessoas com transtorno mental Institucionalizadas.

Objetivo secundário: oportunizar uma roda de conversa aos trabalhadores que atuam em uma ILPI, a partir dos resultados obtidos no estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: será esclarecido que a participação do sujeito na pesquisa não oferece, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social ou cultural. Entretanto, alguns sentimentos poderão ser mobilizados, pois no decorrer das entrevistas os participantes poderão refletir acerca de seus cotidianos e suas vivências. Caso isso ocorra, as pesquisadoras interromperão a entrevista ou a observação para que seja atenuado este momento, e, além disto, poderá orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da escolha do participante da pesquisa.

Benefícios: os participantes não obterão benefícios diretos. Estes estão relacionados com a qualificação da assistência prestada aos usuários, bem como uma maior clareza acerca do cuidado realizado pelos profissionais e cuidadores com o usuário com transtorno mental da ILPI.

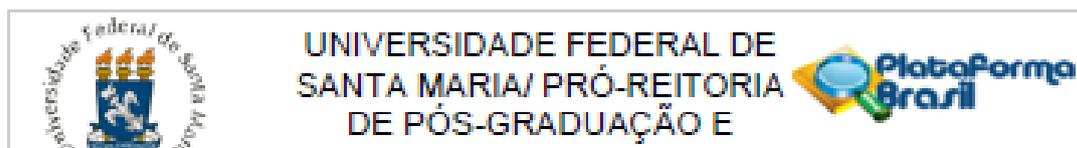
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Autorização Institucional, Termo de Confidencialidade, TCLE, Folha de rosto, registro no GAP, bem como orçamento, cronograma e roteiro de entrevista semi-estruturada de modo suficiente.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)5220-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Contribuição do Parecer: 1.000.343

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:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 12 de Maio de 2015

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)3220-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA



Revista Ciência e Saúde Coletiva

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.

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 interpares 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.
- 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.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

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.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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 texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras 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 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.).

Revista Ciência e Saúde Coletiva

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), 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. 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-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

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. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. 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

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos com 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, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

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.

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 ...
ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade..."
- As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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 (<http://www.nlm.nih.gov/>).

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)

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; 84:15.

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; 347:1337.

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 Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

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.

14. Material audiovisual

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