

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

GRADUAÇÃO EM MEDICINA

AMANDA ALECRIM DA ROCHA CERQUEIRA RÔDE

**O ACESSO À SAÚDE MENTAL NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NA
ATENÇÃO BÁSICA EM MARAU/RS: NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

PASSO FUNDO/RS

2022

AMANDA ALECRIM DA ROCHA CERQUEIRA RÔDE

**O ACESSO À SAÚDE MENTAL NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NA
ATENÇÃO BÁSICA EM MARAU/RS: NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Trabalho de Curso de medicina apresentado como
requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel
em Medicina na Universidade Federal da Fronteira
Sul Campus Passo Fundo, RS.

Orientador: Prof. Me Rogerio Tomasi Riffel

Coorientadora: Prof. Dra Priscila Pavan Detoni

PASSO FUNDO/RS

2022

AMANDA ALECRIM DA ROCHA CERQUEIRA RÔDE

**O ACESSO À SAÚDE MENTAL NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NA
ATENÇÃO BÁSICA EM MARAU/RS**

Trabalho de Curso de Medicina apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Passo Fundo, RS.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 22/11/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Rogério Tomasi Riffel
Orientador

Prof. Ma. Bruna Chaves Lopes

Prof. Dr^a. Vanderléia Laodete Pulga

Dedico a todas as pessoas que me fizeram
ver que a vida é boa, apesar de difícil.

AGRADECIMENTOS

Por muito tempo a sensação de estar sempre me preparando para fazer ou mostrar algo, condicionou meu viver presente a realizações futuras, e adiou resoluções de problemas que acabaram por ficar contidos como memórias e não demandas importantes de serem resolvidas. Os transtornos de ansiedade e de estresse pós-traumático fizeram parte da minha vida e durante a minha atual graduação eles foram intensificados, principalmente na prática da medicina, na psiquiatria. Nós vivemos e estudamos tudo isso, e ao contrário do esperado, podemos não perceber as patologias que estudamos em nós mesmos, e depender do olhar e cuidados das pessoas que nos rodeiam. A importância do autocuidado não exclui e nem diminui a importância de ser cuidado. Eu tive professores e colegas que me deram essa atenção e me ofereceram esse cuidado, com paciência e dedicação, e o tema que escolhi abordar no meu trabalho de curso tem tudo a ver com o quanto é essencial para um profissional de saúde enxergar seus pacientes, querer entendê-los e ajuda-los, principalmente na Atenção Primária em Saúde, que recebe uma grande demanda em saúde da população brasileira e costuma ser a porta de entrada para ela.

Estudar a perspectiva dos profissionais sobre a expressão dos transtornos mentais e quadros de violência nas mulheres me ajudou na construção da profissional que desejo ser e mudou a maneira como eu via a relação médico-paciente, pra melhor, então esse trabalho que inicialmente eu via como mais um requisito para passar de semestre, redirecionou minha formação para um caminho melhor. Pensei que essa parte poderia ser a mais difícil de escrever no meu TC, mas no final eu percebi que tinha muito mais a dizer do que pensava. Agradeço às pessoas que fizeram parte dessa caminhada nada estável:

Aos meus orientadores e professores, Priscila Detoni e Rogério Riffel, que acompanharam, apoiaram e me guiaram na escrita do trabalho com paciência e cuidado.

A minha família, especialmente a minha mãe e o meu avô, que sempre acreditaram em mim e foram os grandes responsáveis pelas coisas boas que conquistei, e ao meu namorado pela família que estamos construindo e que se tornou o melhor lugar do mundo pra mim.

Aos meus colegas pelos bons momentos que tornaram mais leve a graduação.

Ao meu psicólogo por me ajudar a me restabelecer tão rápido.

Aos profissionais de saúde que entrevistei e ofereceram um pedaço muito importante da sua vivência.

E por fim, feliz por ter continuado e pelo trabalho que escrevi.

Antes de ser médica eu sou paciente e usuária do Sistema Único de Saúde, e quero ser para os outros a médica que precisei nos meus piores momentos.

Just a world that we all must share
It's not enough just to stand and stare
Is it only a dream that there'll be
No more turning away?

Pink Floyd

APRESENTAÇÃO

Esse é um Trabalho de Curso (TC), elaborado pela acadêmica Amanda Alecrim da Rocha Cerqueira Rôde, como requisito parcial para a obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo – RS, que segue com o objetivo de compreender o acesso da mulher à saúde mental a partir da Atenção Primária em Saúde como porta de entrada em Marau, RS. Tem como orientador o Prof. Me Rogério Tomasi Riffel e como coorientadora a Prof. Dr^a Priscila Pavan Detoni e foi desenvolvido ao longo de três semestres do curso de Medicina da UFFS. Ao longo do segundo semestre de 2021 foi construído o projeto de pesquisa, durante o componente curricular (CCr) de Trabalho de Curso I. O relatório de pesquisa foi desenvolvido no primeiro semestre de 2022 no CCr Trabalho de Curso II, e abrange a coleta de dados, sua análise e compilação no artigo final. No CCr de Trabalho de Curso III no segundo semestre de 2022, por fim, foi produzido o artigo científico, resultado da aplicação prática do projeto de pesquisa. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde em Marau, no Rio Grande do Sul, que está em conformidade com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento de TC do curso.

RESUMO

A saúde da mulher costuma priorizar as questões reprodutivas e sexuais, como as ligadas à maternidade, enquanto a saúde mental desse grupo ainda demanda cuidados integrais. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é analisar o acesso das mulheres aos cuidados em saúde mental, através de consultas da Atenção Primária em Saúde (APS), e analisar os indicativos para encaminhamentos realizados na rede psicossocial, vistos pela óptica dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e com base em itinerários terapêuticos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que participam do atendimento da mulher na APS no município de Marau, no norte do Rio Grande do Sul (RS), para entender o itinerário de saúde dessas mulheres nos cuidados à saúde mental. Os impactos em saúde mental podem estar ligados a desigualdades de gênero vividas por mulheres em diferentes ambientes, tornando necessário a identificação e a notificação dessas violências.

Palavras-chave: Saúde mental. Saúde da mulher. Gênero. Atenção Primária.

ABSTRACT

Women's health tends to prioritize reproductive and sexual issues, such as maternity complications, while the mental health of this group still requires comprehensive care. Thus, the objective of this study is to analyze women's access to mental health care, through consultations in Primary Health Care (PHC), and to analyze the indications for referrals made in the psychosocial network, seen from the perspective of health professionals. This is a qualitative, descriptive study based on therapeutic scripts. Data were collected through semi-structured interviews with health professionals who participate in the care of women in PHC in the municipality of Marau, in the north of Rio Grande do Sul (RS), to understand the health script of these women in mental health care. Impacts on mental health may be linked to gender inequalities experienced by women in different environments, making it necessary to identify and report such violence.

Keywords: Mental health. Women's health. Genre. Basic attention.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DESENVOLVIMENTO	12
2.1	PROJETO DE PESQUISA	12
2.1.1	Tema	12
2.1.2	Problemas	12
2.1.3	Hipóteses	12
2.1.4	Objetivos	12
2.1.4.1	Objetivo geral.....	12
2.1.4.2	Objetivos específicos.....	12
2.1.5	Justificativa.....	13
2.1.6	Referencial teórico.....	14
2.1.7	Metodologia.....	18
2.1.7.1	Tipo de estudo.....	17
2.1.7.2	Local e período de realização da coleta.....	17
2.1.7.3	População e amostragem.....	17
2.1.7.4	Variáveis e coleta de dados.....	18
2.1.7.5	Processamento, controle de qualidade e análise dos dados.....	19
2.1.7.6	Aspectos éticos.....	20
2.1.8	Recurso	21
2.1.9	Cronograma	21
2.1.10	Referências	23
2.1.11	Apêndices	24
2.1.12	Anexos	28
2.2	RELATÓRIO DE PESQUISA	32
3	ARTIGO CIENTÍFICO	34
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
5	ANEXO B – NORMAS DA REVISTA	56

1 INTRODUÇÃO

A saúde feminina, ao longo dos anos, sempre esteve muito ligada à questão reprodutiva (RENNÓ JR *et al* 2005), concentrando as políticas governamentais nesse campo. Ao longo do tempo, a saúde mental passou a receber mais atenção no mundo, e por consequência a saúde mental feminina começou a ser delineada, estando incluída no Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2009). E assim particularidades foram ressaltadas em relação ao resto da sociedade, e estudos foram desenvolvidos para entender melhor essas singularidades.

Em muitos momentos a biologia reprodutiva feminina foi usada como base para teorias psiquiátricas, que mais discriminavam do que de fato tratavam, um exemplo é o conceito de histeria que tem como origem a palavra em francês “*hysterie*” (e este do grego *hysterikos*, útero), usado para definir uma condição médica feminina ligada a perturbações do útero (BELINTANI, 2003). Essa concepção biologizante e reducionista limitou o avanço de estudos e descobertas sobre o tratamento de transtornos mentais mais prevalentes em mulheres. No mesmo contexto da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, o movimento feminista incluiu o debate de gênero na saúde mental, com as particularidades femininas tanto biológicas, como as variações hormonais proporcionadas pelo ciclo menstrual, como sociais, relacionados a papéis de gênero e violências relacionadas a ele (SANTOS, 2009).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as mulheres costumam realizar consultas anuais ou buscar cuidados para suas famílias, o que faz desse, um local privilegiado para promoção, prevenção e acompanhamento de tratamentos de saúde, bem como identificação de demandas integrais como a saúde mental, visto que essa necessidade aparece como uma das principais, e se exacerbou diante da crise pandêmica e social. Nesse trabalho, o objetivo será analisar o acesso das mulheres aos cuidados em saúde mental, através de consultas da atenção primária em saúde, e os indicativos para encaminhamentos realizados na rede psicossocial nos municípios de Marau, no norte do Rio Grande do Sul (RS). Os impactos em saúde mental podem estar ligados a desigualdades de gênero vividas por mulheres em diferentes ambientes, o que faz necessária a identificação e notificação dessas violências. Esse projeto se insere junto a pesquisa institucionalizada “Saúde da Mulher na Atenção primária no

planalto riograndense” e Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Saúde, Mulher e Gênero (GEPISMUG), entre os campi de Chapecó e Passo Fundo.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

O acesso e à saúde mental no cuidado a saúde da mulher na atenção básica em Marau/RS: Na percepção dos profissionais de saúde.

2.1.2 Problemas

Qual o itinerário prescrito para as mulheres com demandas em saúde mental através da saúde da mulher na atenção básica?

Qual a percepção dos profissionais sobre como a mulher percorre o itinerário prescrito nos casos de demanda em saúde mental percebida na ABS?

Quais as dificuldades desses profissionais na percepção dos sinais de transtornos mentais?

Quão efetivos são os encaminhamentos? Como acontece a referência e contrarreferência?

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo geral

Analisar os itinerários terapêuticos no acesso à saúde mental através da saúde da mulher na atenção básica em Marau/RS através da visão dos profissionais de saúde.

2.1.4.2 Objetivos específicos

Identificar o itinerário prescrito para as mulheres com demandas em saúde mental através da saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde.

Desvendar a percepção dos profissionais sobre como a mulher percorre o itinerário prescrito nos casos de demanda em saúde mental percebida na APS.

Analisar as dificuldades dos profissionais de saúde que atuam na saúde da mulher no reconhecimento de sintomas e alterações na saúde mental em suas usuárias, relacionando suas diferentes abordagens de acolhimento.

Entender a visão do profissional sobre os fluxos nos cuidados a saúde da mulher e a efetividade dos encaminhamentos para a saúde mental, avaliando, assim, a evolução das usuárias na rede, além de compreender o encaminhamento e o referenciamento no itinerário terapêutico das usuárias desses serviços.

2.1.5 Justificativa

Entender a forma como o encaminhamento à saúde mental ocorre por meio de acolhimentos à saúde da mulher na atenção básica na rede pública, com o objetivo de encontrar possibilidades de cuidado e fragilidades na perspectiva da saúde integral. Geralmente, as mulheres buscam mais os serviços da APS, vale destacar que ao menos uma vez por ano ou a cada dois anos como preconiza o Ministério da Saúde (MS), as mulheres devem realizar a consulta ginecológica e por conta de sua recorrência, é uma importante ferramenta de reconhecimento de outras demandas, como as de saúde mental, visto que mulheres adoecem mais por depressão e ansiedade do que homens (CURY, RODRIGUES, MATIJASEVICH, 2021) (OPAS, 2022), e parte dessas doenças estão relacionadas tanto a questões fisiológicas particulares ao sexo feminino (ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006) como também as socioculturais, como a desigualdade de gênero, sobrecarga das tarefas domésticas, jornadas triplas, violências físicas, sexuais, psicológicas, morais e patrimoniais (MEDONÇA, LUDERMIR, 2016) (ZANELLO, COSTA, 2015) (ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006).

A relevância do presente estudo se mostra pelo grande número de mulheres portadoras de transtornos mentais que demoraram de terem consciência sobre este diagnóstico e, conseqüentemente, de receber o devido tratamento (CURY, RODRIGUES, MATIJASEVICH, 2021). Além do fato de que as mulheres em idade adulta representarem uma grande parcela da sociedade e serem um grupo historicamente oprimido, que carregam sequelas desse processo, e merecem atenção especializada. Esse trabalho pretende entender a complexidade dos atendimentos na Atenção Primária em Saúde pelo SUS, a trajetória dessas mulheres pela rede, e sua efetividade.

Existem sinais e sintomas de alerta para os profissionais identificarem durante a consulta e a partir da decisão quanto ao encaminhamento, entender a trajetória da mulher ao acesso a esse campo de saúde integral. Ao reconhecer demandas da saúde mental abririam-se caminhos para a produção de encaminhamentos para o reconhecimento mais rápido de um possível transtorno, diminuindo o sofrimento da mulher em decorrência da possibilidade da cronificação desse ou de doenças secundárias ao transtorno.

2.1.6 Referencial teórico

O século XX foi palco para várias mudanças na história brasileira, com destaque para as conquistas de direitos por diversas classes e movimentos sociais. A saúde foi sendo compreendida como direito universal e a concepção do processo de doença se alterou e passou a ver o ser humano como um todo, com o paradigma biopsicossocial. Nesse contexto, a concepção de saúde mental também passava por mudanças; houve a reforma psiquiátrica, com a pretensão de mudar a forma como o paciente psiquiátrico era tratado na saúde pública em uma tentativa de desospitalização da psiquiatria (DEVERA E COSTA-ROSA, 2007) que costumava isolar e afastar completamente os pacientes da sociedade, além de tratamentos preconceituosos sem base científica. Ainda nesse período, os movimentos feministas avançavam na reivindicação de direitos, como maior participação na vida pública e segurança (PINTO, 2009).

Todas essas mudanças influenciaram as modificações na saúde pública e a criação da atenção básica em saúde no Brasil, culminando no surgimento de políticas específicas para cada grupossocial, como os trabalhadores, indígenas e mulheres. O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1983, antes disso haviam programas mais isolados com grande enfoque na regulação da saúde reprodutiva e intervenção no corpo da mulher. A proposta do PAISM era de romper com a centralização tradicional da saúde reprodutiva e enxergar a mulher por outras perspectivas (OSIS, 1998).

Essa política pública continua passando por redefinições: incluiu e se comunicou com outras políticas, como a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSST). Integrou, dessa forma, diversas necessidades da mulher e não apenas as ligadas à sua biologia reprodutiva, mas, também a questões construídas socialmente relacionadas a papéis de gênero.

Apesar das conquistas das políticas em saúde, a saúde mental da mulher sofre até hoje

com paradigmas e estigmas seculares. A associação de quadros mentais com a biologia feminina, que na Grécia antiga deu origem ao termo histeria por Hipócrates, serviu para erroneamente reforçar estereótipos de gênero que conduziram a forma como a medicina foi praticada ao longo dos anos, principalmente no território da psiquiatria (NUNES, 2010). Essa, ao emergir no Brasil em meados do século XIX, usou de conhecimentos atrelados a esses estereótipos disfarçados de ciência para tratar e estudar a saúde mental das mulheres brasileiras. A Histeria é um conceito patológico (uma condição médica feminina ligada a perturbações do útero) que passou por diversas alterações e discussões na história. Apesar de ter surgido atrelada ao sexo feminino, no século XX ela passou a ser desassociada do gênero e as internações psiquiátricas de mulheres por histeria caiu para menos de 2% (FACCHUINETTI, RIBEIRO, MUNÓZ, 2008). Apesar dessa mudança, uma outra patologia passou a ser fortemente associada ao sexo feminino e a biologia do seu ciclo reprodutivo: o Transtorno maníaco-depressivo decorrente de alterações hormonais, que se tornou o principal diagnóstico e causa de internações de mulheres nos hospitais psiquiátricos (NUNES, 2010).

Como visto, foi sempre necessário explicar a loucura feminina que, muitas vezes, foi definida apenas por fugas dos padrões sociais de feminilidade e maternidade que lhes eram impostos, sendo essa fuga diagnosticada como histeria, ameaçando a ordem social (NUNES, 2010). Esses papéis de gênero em partes eram pautados na questão reprodutiva e em parte baseados em teorias sobre diferenças biológicas entre os sexos que não se restringiam ao sistema reprodutor, como diferenças físicas e neurológicas que justificariam a fragilidade e inferioridade intelectual e física feminina (GIFFIN, 1991). Apesar desse determinismo biológico, o empoderamento feminino e sua posterior conquista de espaço nas ciências permitiram que várias dessas teorias fossem superadas. Atualmente, estudos indicam que não existem diferenças suficientemente grandes para inferiorizar o cérebro feminino, portanto não deve existir a categorização do órgão em dois sexos distintos, uma vez que os cérebros são mosaicos únicos de características, assim como os seres humanos (JOEL, 2015).

Apesar da constante superação de estigmas, conceitos e barreiras, as sementes plantadas por essas teorias continuam a gerar frutos na sociedade atual e a conduzir e influenciar os hábitos socioculturais, fortalecendo práticas misóginas (BOEFF E SOUZA, 2018). No meio da saúde não é diferente: as relações e especificidades de gêneros que devem ser consideradas afim de melhorar atendimentos também são empregadas para

sustentar preconceitos que podem afastar as mulheres desses serviços e impossibilitar seu alcance a saúde, o que faz com que o sistema de atenção em saúde replique essas ideias (ZANELLO, 2014). Os profissionais em saúde, mesmo com uma formação acadêmica que proporcionou um olhar clínico, são afetados por questões de gênero durante a leitura dos sintomas, podendo alterar o diagnóstico, fazendo-o de forma errônea ou com sub diagnósticos. Além de produzir diferenças em relação às impressões em consultas com pacientes homens, exemplo dessa circunstância a constatação de uma grande diferença no sintoma “choro” entre prontuários de homens e mulheres, sendo neles a ocorrência de 1,4% e nas mulheres de 25%, com a adição do “imotivado” para adjetivar esse sintoma (ZANELLO E SILVA, 2012).

Toda a carga mental trazida pela condição de ser mulher em uma sociedade construída em torno de sua inferiorização e silenciamento, proporciona a essas, uma vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais. Essa vulnerabilidade, ao contrário do que foi definido por muitos cientistas em séculos passados, não se origina apenas de fatores biológicos, mas também de fatores advindos da desigualdade de gênero, com sobrecarga doméstica, violências e baixa escolaridade (SENICATO, AZEVEDO E BARROS, 2016).

Com isso, após a conquista de direitos trabalhistas e políticos, as mulheres passaram a expandir seus papéis sociais, porém sem deixar a questão doméstica e a maternidade de lado, culminando em duplas jornadas de trabalho diárias (PIMENTA E LOPES, 2014), responsáveis por grande parte do estresse e exaustão. Em Santos, (2009), se analisa a experiência do sofrimento psíquico em homens e mulheres, e foi observado que em um contexto familiar, a mulher sempre será responsável pelos cuidados dos familiares incapacitados, sejam eles homens ou mulheres, seja como mãe, irmã, filha e/ou esposa, cenário esse que pode ser responsável por uma menor internação feminina em hospitais psiquiátricos, pois essas teriam uma rede de apoio familiar menor para conduzi-las ao hospital do que os homens, além de estarem ainda mais ocupadas com essas atividades.

Ainda que as mulheres enfrentem barreiras de disponibilidade para acessar a saúde pública, como as duplas e triplas jornadas e o preconceito em torno dos transtornos mentais, elas buscam mais atendimento em saúde do que os homens (GOMES, DO NASCIMENTO, ARAUJO, 2007). Isso também se deve a questão reprodutiva, já que ela requer acompanhamento regular em vários momentos da vida, além de que os programas de assistência em saúde da mulher estão bem estruturados atualmente. Acerca disso se tem um

fato importante, que é a adesão da mulher e sua maior preocupação com a saúde, porém não basta ter atitude por parte dessas e não ter uma rede bem preparada para acolhe-las e contribuam para sua permanência, que é imprescindível para a resolutividade de problemas patológicos agravados pelo social e pandemia.

Quanto a parcela de responsabilidade do profissional no cuidado a saúde da mulher, se destaca a importância não apenas da percepção de suas necessidades e exploração de sintomas e sinais, mas também, ao percebe-los, como nos sinais de violência, fazer a notificação. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (ANEXO A), disponibiliza uma ficha para notificação de violência sexual, doméstica e outras, que ainda não é devidamente preenchido (MASAGÃO et al, 2020), provocando uma subnotificação da violência e diminuindo o alcance das políticas acerca delas na população afetada. Os prováveis motivos para esse problema seriam a falta de preparo dos profissionais diante das situações percebidas de violência ou a decisão de não se envolver com o caso (SALIBA et al, 2007).

Com isso, a responsabilidade do profissional de saúde é de extrema importância no cuidado a usuária da rede de saúde, e assim sua visão cultural e sociopolítica afeta diretamente no tratamento que eles oferecem a elas. Alguns estudos abordam a percepção do profissional de saúde sobre diversos recortes no campo da saúde, especialmente com recorte de gênero e de saúde mental, como o presente estudo. Em Pereira et al (2020) fica claro que dentre os profissionais o sentimento de despreparo sobre a abordagem do paciente em saúde mental é bem presente e prejudica a integralização na rede de saúde. Além do despreparo, a medicalização é abordada como sendo muitas vezes a única alternativa de tratamento dentro das Unidades de Saúde, apontando para a permanência de resquícios do antigo modelo psiquiátrico. Já em Teixeira e Paiva (2021), foram encontrados discursos de culpabilização da mulher em situações de abuso doméstico e violências, visão essa que prejudicaria a abordagem e acolhimento a essa paciente por profissionais com percepções semelhantes. No mesmo estudo, também se percebeu que alguns profissionais entendem os transtornos mentais como oriundos de fatores biológicos, sem relacioná-los a relações sociais e culturais, e essa falta de relação certamente limita a capacidade de compreender todo o contexto problemático em que as mulheres estariam envolvidas, além de fragmentar o tratamento, fugindo da abordagem biopsicossocial.

Essas questões limitam a capacidade da Atenção Básica em reconhecer as

necessidades em saúde mental de seus usuários, além de também dificultar a efetividade do tratamento, pois há um despreparo profissional que se segue por insegurança e preconceitos enraizados que agem como uma barreira ao acolhimento da mulher.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de delineamento qualitativo com base em itinerários terapêuticos e descritivo.

2.1.7.2 Local e período de realização

O trabalho será realizado entre março de 2022 e dezembro de 2022, no município de Marau, RS, em UBSs onde ocorrem as práticas do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.

2.1.7.3 População e amostragem

A população estudada abrangerá os/as profissionais de saúde envolvidos/as no atendimento das mulheres na Atenção Básica em Saúde em Marau, RS. Serão profissionais que participam de consultas na ABS, como médicas, enfermeiras, fisioterapeutas, técnicas de enfermagem, e assistentes sociais, entre outros.

Amostra e amostragem

Serão entrevistados, no mínimo 8 profissionais de saúde, com o objetivo de obter informações mais detalhadas sobre o tema pesquisado nas UBS Santa Rita e UBS São José, pois são UBSs que possuem vínculo direto com as práticas da no ensino da saúde coletiva da graduação de Medicina no município de Passo Fundo/RS e de residência multiprofissional em Marau/RS. A seleção desses profissionais será intencional, tendo o propósito de priorizar a diversidade profissional e feita através de convite. Essa escolha refere para evitar a circulação demasiada nos serviços e políticas públicas de saúde, diante da realidade sanitária ainda em pandemia.

Critérios de inclusão: Profissionais que tenham contato com as mulheres na atenção básica em saúde, que realizem atendimentos e procedimentos.

Critérios de exclusão: Profissionais que estejam em substituição, férias ou

afastamento de saúde.

2.1.7.4 Instrumentos e coleta de dados

Será enviada uma carta com requisição de anuência e autorização para a secretaria de saúde do município participante da pesquisa, informando sobre o projeto e a possibilidade de participação dos profissionais dos locais na pesquisa. Após isso, se aguardará a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue para leitura aos participantes, e após sua aceitação por esses, as entrevistas serão iniciadas.

Então será aplicado o roteiro de entrevista semiestruturado (MINAYO, 2013) (Apêndice A) elaborado com base em conhecimentos de itinerário terapêutico em saúde. Com perguntas abertas, esse formato de entrevista permite que o pesquisador obedeça a um roteiro, assegurando a cobertura das hipóteses de pesquisa, mas não se limitando totalmente a ele, pois nessa modalidade de entrevista há a possibilidade de uma melhor exploração do tema pelo entrevistado que poderá discorrer sobre o tema com maior liberdade. Os roteiros serão aplicados pela autora do presente projeto, na modalidade presencial, de acordo com a disponibilidade do entrevistado e as condições sanitárias referentes a pandemia do COVID-19, mediante assinatura do TCLE (Apêndice D).

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise de dados

Os dados correspondentes as respostas das entrevistas semiestruturadas aplicadas serão gravados e, posteriormente, transcritos para um arquivo *libreoffice* para organização, conferência, análise e comparação das informações coletadas com a literatura revisada no presente estudo. A preferência pelo método qualitativo se deve pela sua vantagem e explorar melhor a subjetividade da visão humana dos acontecimentos (MINAYO, 2011). Além disso, a pesquisa qualitativa vem crescendo no contexto médico, apesar de lentamente, vem ganhando maior confiança e ocupa principalmente a área da saúde mental e serviços de saúde, ambos temas abordados nessa pesquisa (TAQUETTE, MINAYO, 2014). Já que cada entrevistado conduzirá sua prática profissional de acordo com experiências vividas e contexto cultural em que estaria inserido, tornando importante a análise através de questionários com perguntas abertas que ampliem as possibilidades de respostas de acordo com essas particularidades individuais.

Após a análise do conteúdo serão montadas as possibilidades em itinerário terapêutico mais prescritos ou visualizados pelos profissionais entrevistados, sendo esses itinerários definidos como uma constituição de todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos no cuidado e preservação da própria saúde, mobilizando unidades de saúde na rede do SUS, ou outros cuidados como os religiosos e grupos de conversa (CABRAL et al., 2011). A visão do profissional sobre os encaminhamentos prescritos, referência e contrarreferência são essenciais na formação desses itinerários percorridos pelas usuárias da atenção básica em saúde até o acesso a cuidados em saúde mental.

2.1.7.6 Aspectos éticos

Este estudo será feito de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e então será submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS), através do sistema eletrônico Plataforma Brasil. Após a aprovação do CEP, a coleta de dados se iniciará através de entrevistas semiestruturadas feitas em modalidade presencial sob a condição de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contido no Apêndice B, o qual será impresso e oferecido ao entrevistado no início do contato. Somente os/as participantes que assinarem o termo serão entrevistados.

Os dados serão armazenados desde o início da coleta em junho de 2022, em formato de áudio e texto e em memória interna do computador da estudante responsável por esse trabalho, que é protegido por senha e fora de qualquer plataforma virtual. Até 5 anos após a conclusão do período de pesquisa, todo o material será removido, de forma definitiva, da memória interna do computador. Apesar disso, admite-se o risco de vazamento de informações. Para diminuir essa possibilidade, os nomes serão fictícios e cada entrevista, gravada em áudio, será intitulada numericamente. Caso, no momento da entrevista, sejam citados nomes de terceiros, estes serão censurados e substituídos por nomes também fictícios.

Durante o processo de entrevista, admite-se o risco de desconforto e constrangimento por parte do entrevistado ao responder alguma pergunta. Desse modo, no início do contato serão feitas orientações quanto a não obrigatoriedade de resposta de todas as perguntas, além da escolha de um local privado e confortável para ambos, entrevistado e entrevistadora.

Os benefícios envolvidos na participação envolverão uma possível reflexão sobre os atendimentos realizados por esse profissional e sua conduta acerca deles, além da satisfação

em compartilhar seus conhecimentos em uma pesquisa que será utilizada para melhorar a Atenção Básica em Saúde para os profissionais, estudantes da área e para as usuárias.

Com a conclusão da pesquisa, será feita uma devolutiva em forma de cartilha virtual como restituição da pesquisa para qualificação e educação em saúde para o acolhimento das mulheres na Atenção Básica em Saúde, baseadas nas informações encontradas e processadas durante o trabalho. A cartilha será distribuída para os serviços participantes e estudantes da UFFS.

A relevância do presente estudo se mostra pelo grande número de mulheres portadoras de transtornos mentais que demoraram de terem consciência sobre este diagnóstico e, conseqüentemente, de receber o devido tratamento. Além do fato de que as mulheres em idade adulta representarem uma grande parcela da sociedade e serem um grupo historicamente oprimido, que carregam sequelas desse processo, e merecem atenção especializada. Esse trabalho entenderá a complexidade dos atendimentos na Atenção Básica em Saúde pelo SUS, a trajetória dessas mulheres pela rede, e sua efetividade. Os resultados obtidos servirão para conduzir mudanças nas formas de acolhimento e atendimento dessas redes, e também como apoio para outros estudos semelhantes.

2.1.8 Recursos

ITEM	QUANTIDADE EM UNIDADE	CUSTO UNITÁRIO EM REAIS	CUSTO TOTAL EM REAIS
Notebook	1	2300,00	2300
Gravador	1	60,00	60
Prancheta	1	4,70	4,70
Impressão	100	0,25	25
Pacote de folhas A4	1	5,00	5,00
Caneta Bic	3	1,50	4,50
			Valor total: 2399,2

Fonte: Elaborado e custeado pela autora desse trabalho.

2.1.9 Cronograma

Revisão de literatura: 02/03/2022 a 23/12/2022

Apreciação ética: 02/03/2022 a 31/05/2022;

Coleta de dados: 01/06/2022 a 31/07/2022;

Processamento e análise de dados: 01/08/2022 a 30/08/2022;

Redação e divulgação dos resultados: 01/09/2022 a 23/12/2022;

Envio de relatório final para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: 20/12/2022 a 23/12/2022.

2.1.10 Referências

- BELINTANI, Giovani. **Histeria**. *Psic*, São Paulo, v. 4, n.2, p. 56-69, dez. 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142003000200008&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 28 nov. 2021.
- BOEFF, M. C.; DE CAMARGO, T. S. VII Seminário corpo, gênero e sexualidade. Rio Grande do Sul. **FURG** 2018. Disponível em: <http://www.7seminario.furg.br/>. Acesso em 20 Nov 2021.
- BURDEN, T. G. **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher**. [s. l.], v. 33, n. 2, p. 43–54, [s. d.]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/jrpc/a/fjvW8JgthHDhGjhyDxyVRZj/?lang=pt#>>. Acesso em 14 nov. 2021.
- CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, 2011.
- DIAS, B. et al. Transtorno mental comum e fatores associados : estudo com mulheres de uma área rural *. p. 1–8, 2017.
- FAISAL-CURY, A. *et al.* Are pregnant women at higher risk of depression underdiagnosis ? **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 283, n. February, p. 192–197, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.057>. Acesso em 28 nov. 2021.
- GIFFIN, K. M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 190–200, 1991.
- GOMES, R; DO NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres ? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. [s. l.], v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLWNMvJ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 4 Set 2021.
- JOEL, D. et al. Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 112, n. 50, p. 15468–15473, 2015.
- MARIA, A.; CALDAS, C. Articular saúde mental e relações de gênero : dar voz aos sujeitos silenciados. *Articulate mental health and social gender relations : giving voice to silenced subjects*. p. 1177–1182, [s.d.].
- MASAGÃO, S. CASTRO, T. M.; DETONI, P. P.; BOTTEGA, C. G. **Violência sexual contra mulheres: Necessidade de estabelecer um perfil**. [s. l.], v. 8, p. 122–135, 2020. Disponível em: <www.feminismos.neim.ufba.br> . Acesso em 18 out 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ficha De Notificação/ Investigação Individual De Violência Doméstica, Sexual E/Ou Outras Violências Interpessoais**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf, p. 2, 2006.

NUNES, S. A. **Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República**. v. 1717, n. 22, p. 373–389, 2010.

OLIVEIRA, I. DE; UNIVERSIDADE, C. **Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial**. Estudos de Psicologia, v. 22, n. 1, p. 68–77, 2017.

ORIGINAL, A. **Atenção à mulher em situação de violência : visão e conhecimento dos profissionais de saúde**. v. 26, n. Supl 8, p. 51–56, [s.d.].

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. DE F. DE N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. suppl 1, p. 1–17, 2020.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Revista de Sociologia e Política**, v. 18, n.36, p. 15–23, 2010.

SALIBA, O. et al. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica**. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 3, p. 472–477, 2007.

SCHIMITH, M. D. et al. **Relações entre profissionais de saúde e usuários durante aspráticas em saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 9, n. 3, p. 479–503, 2011.

SENICATO, C.; DE AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. de A. Common mental disorders in adult women: Identifying the most vulnerable segments. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 8, p. 2543–2554, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>>.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. D. S. The main characteristics of qualitative studies carried out by doctors in Brazil: A literature review. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 8,p. 2423–2430, 2015.

TEIXEIRA, J. M. S.; PAIVA, S. P. mental : **Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial**. [s. l.], v. 31, n. 2, p. 1–21, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n2/e310214/pt/>> . Acesso em 4 Set 2021.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas dosofrimento psíquico. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238–246, 2015.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014a.p. 41-58.

ZANELLO, V.; SILVA, R. N. M. C. **Saúde mental, gênero e violência estrutural**. Revista Bioética, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745>.

SIREIX, D. Histeria. **Rev. sanid. mil. argent**, [s. l.], v. 82, n. 2, p. 226–227, 1983.

2.1.11 Apêndices

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Como ocorrem os acolhimentos as mulheres no serviço?
2. No seu atendimento rotineiro você costuma abordar questões sobre a saúde mental da paciente/usuária? Se sim, quais?
3. Você se sente preparado/a para atuar diante de demandas em saúde mental? Se não, o que você sente que falta?
4. Quais sinais/sintomas mais te chamam atenção para alterações psicológicas e mentais durante o atendimento?
5. Quais sinais/sintomas mais te chamam atenção para suspeitas de violências contra as mulheres durante o atendimento?
6. Como você atua diante essas violências?
7. As mulheres costumam relatar essas informações ou apresentam mais resistência do que sobre alguma outra sintomatologia?
8. Na presença de suspeitas que indiquem a necessidade do encaminhamento da mulher para a saúde mental (como CAPS, Hospitais psiquiátricos), como é comunicado a paciente/usuária?
9. Há resistência ao encaminhamento para questões de saúde mental? Como acontecem referência e contrarreferência?
10. Há resistência ao encaminhamento para questões de violência contra a mulher? Como acontecem referência e contrarreferência?
11. Em que casos você realiza o preenchimento do SINAN?
12. Gostaria de relatar algo mais sobre o tema ou algum caso especial?

APÊNDICE B

Questionário Sociodemográfico

1. Idade:
2. Gênero: Expressão do Gênero e Sexualidade:
Lésbica, Heterossexual, Bissexual, mulheres trans, outras.
3. Raça/Cor autodeclarada: Branca, Negra, Parda, Indígena, Amarela.
4. Estado Civil:
5. Número de Filhos/as ou sem filhos/as:
6. Renda Familiar:
7. Espiritualidade/Religião:
8. Escolaridade:
9. Função ocupacional:
10. Tempo de atuação profissional:
11. Tempo de trabalho:
12. Tipo de trabalho:
13. Local de trabalho:
14. Equipe vinculada de ESF:

APÊNDICE C

Carta de Anuência Institucional

Prezado(a) Secretário(a) da Saúde do Município de Marau/RS,

Através dessa carta de anuência, solicito a possibilidade de realização da pesquisa **“O acesso à saúde mental no cuidado a saúde da mulher na atenção básica em Marau/RS: Na percepção dos profissionais de saúde”**, desenvolvida durante a Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação e responsabilidade do Prof. Me Rogerio Tomasi Riffel. Esse projeto pretende compreender os itinerários terapêuticos das mulheres na Atenção Básica em Saúde (ABS) através de relatos dos profissionais, iniciando no município de Marau, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) lócus de intervenções de estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) no Campus Passo Fundo, e das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família em Marau.

A metodologia de pesquisa consistirá em realizar entrevistas presenciais, com profissionais interessados na pesquisa. Pretende-se abordar a saúde mental da mulher para além do binômio materno-infantil, através do olhar dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento. Buscando assim entender os itinerários das mulheres através das perspectivas e condutas desses profissionais.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo o sigilo dos dados pessoais. Além disso ao término da pesquisa, como forma de devolutiva deste estudo, caso as participantes tenham interesse em ter acesso aos resultados obtidos, será pedido que elas deixem seus contatos, para que assim seja encaminhado a elas as informações mais relevantes acerca do resultado final deste estudo. Bem, como pretende-se realizar devolutivas agendadas junto as equipes de saúde de cada município.

Essa pesquisa seguirá as normas e orientações estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e com o Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS para pesquisas em ambiente virtual, e será submetido à apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS. Em relação aos participantes, os princípios éticos serão assegurados por meio de: Participação no estudo somente após leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, Garantia do direito de não participação na pesquisa sem prejuízos, garantia de sigilo sobre os dados coletados, de forma a preservar a identificação das participantes. Ainda, vale ressaltar que, os dados serão armazenados em local seguro e privativo por cinco anos e posteriormente o banco de dados será deletado.

Município, ___ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) Responsável

Rogério Tomasi Riffel – Pesquisador Responsável
Contatos: (54) 9974-1799, rogerio.tomasi@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Rua Capitão Araújo 20. CEP 99010-121 Passo Fundo – Rio Grande do Sul – Brasil.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Contato: cep.uffs@uffs.edu.br

APÊNDICE D

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O ACESSO À SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA EM MARAU/RS: NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa ‘‘O acesso à saúde mental através da saúde da mulher na atenção básica em Marau/RS: Na visão dos profissionais de saúde’’.

Desenvolvida por Amanda Alecrim da Rocha Cerqueira Rôde, discente do curso de graduação em Medicina em da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus Passo Fundo, sob orientação do Professor Dr. Rogério Tomasi Riffel e coordenação da Profa. Dra. Priscila Pavan Detoni.

O objetivo central do estudo é: Analisar os itinerários terapêuticos no acesso à saúde mental através da saúde da mulher na atenção básica em Marau/RS através da visão dos profissionais de saúde.

O convite a sua participação se deve ao fato de você fazer parte do corpo profissional de uma Unidade Básica em Saúde e participar do acolhimento e atendimento de mulheres, sua participação é de extrema importância, visto que o objetivo do trabalho é analisar os itinerários terapêuticos no acesso a saúde mental por parte dessas mulheres, sendo de grande importância a visão do profissional nessa relação.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Admite-se o risco de vazamento de informações acerca das entrevistas, e para

diminuir essa possibilidade, algumas precauções serão tomadas. Os dados, além de armazenados em local seguro, fora de qualquer plataforma virtual e na memória interna do computador da pesquisadora. Estes dados serão deletados após 5 anos de sua coleta. O áudio coletado na entrevista não será identificado com seu nome, mas apenas com a data e hora da realização da entrevista. Na digitalização dos dados, os nomes também não serão expostos, serão numerados de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Além do risco de vazamento de dados, também se admite a possibilidade de constrangimento e sensibilização emocional durante a realização da entrevista. Dessa forma a escolha do local para a entrevista será cuidadoso, afim de fornecer privacidade. Ademais, será explicado no momento inicial da entrevista sobre a possibilidade de desistência da mesma se for da vontade do entrevistado.

Sua participação não será obrigatória e você terá plena autonomia para não participar, assim como desistir de continuar a colaborar com o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem penalizações. Se ocorrer desistência durante a pesquisa, todos os dados coletados do/da participante serão imediatamente deletados.

A sua participação consistirá em responder perguntas presentes no roteiro de entrevista, durante a mesma, com duração de cerca de 40 minutos.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos.

A entrevista será gravada em áudio somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

[] Autorizo gravação [] Não autorizo gravação

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e logo após as gravações serão apagadas. Durante a pesquisa as informações ficaram armazenadas na memória interna do computador da entrevistadora, e fora de qualquer plataforma virtual.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora, apenas durante a execução da pesquisa.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de explorar a prática profissional e refletir sobre a mesma, além de ajudar no campo de pesquisas que propiciarão melhoras na saúde populacional.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. E como devolutiva no fim do trabalho, será enviada aos participantes uma cartilha digital com informações mais importantes obtidas através dessa pesquisa.

Por fim, é recomendado as participantes da pesquisa que salvem em seus arquivos pessoais uma cópia deste documento, devidamente assinada pela pesquisadora responsável e pela participante para fins de registros e posterior acesso as informações descritas neste

documento caso necessário.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

CAAE:

Número do Parecer de aprovação no CEP/UFS:

Data de Aprovação:

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Rogério Tomasi Riffel

Telefone: (54) 9974-1799

e-mail: rogerio.tomasi@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Rua Capitão Araújo 20, CEP 99010-121
PassoFundo – Rio Grande do Sul – Brasil.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFS:

Tel e Fax - 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar, bem como autorizo a gravação de áudio da entrevista.


() Aceito participar da entrevista

() Não aceito participar da entrevista

Assinatura:

2.1.12 Anexos

ANEXO A – SINAN

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS		Nº			
<p>Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.</p> <p>Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.</p>							
Dados Gerais	1	Data da Notificação	2	UF	3	Município de Notificação	Código (IBGE)
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)	
	5	Data da Ocorrência do Evento		6			Hora da ocorrência (0 - 24 horas)
	7	Nome				8	Data de Nascimento
Dados da Pessoa Atendida	9	Idade	10	Sexo	11	Gestante	
	12	Cor	13	Escolaridade	01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo 06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado		
	14	Ocupação	15				Situação conjugal
	16	Relações sexuais	17				Possui algum tipo de deficiência?
	18	Número do Cartão SUS	19				Nome da mãe
	20	UF	21	Município de residência	Código (IBGE)	22	Bairro de residência
Dados de Residência	23	Logradouro (rua, avenida, ...)			24	Número	
	25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Ponto de Referência		
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		
	30	Pais (se residente fora do Brasil)					
Dados da Ocorrência	31	Local de ocorrência					
	32	UF	33	Município de Ocorrência	34	Bairro de ocorrência	
	35	Logradouro de ocorrência (rua, avenida, ...)			36	Número	
	38	Zona de ocorrência		39	Ocorreu outras vezes?		
	41	Meio de agressão		42			Tipo de violências
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Sexual Tortura Psicológica / Moral Tráfico de seres humanos Patrimonial Negligência/ Abandono Trabalho infantil Outros		
					40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

SVS 28/06/2006

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____		44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
	Dados do provável autor da agressão	45 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Paião/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____		47 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
Em casos de violência sexual		49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei				
Evolução e encaminhamento	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			52 Se óbito pela agressão, data _____	
	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____				
54 Circunstância da lesão (confirmada) CID 10 _____		55 Classificação final 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado			

Informações complementares e observações

Disque-Saúde 0800 61 1997	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100
-------------------------------------	---	---

Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura	

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

A pesquisa teve como objetivo analisar os itinerários terapêuticos no acesso à saúde mental no cuidado a saúde da mulher na atenção básica, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, na cidade de Marau/RS. A coleta de dados foi feita através de entrevistas presenciais em Unidades Básicas em Saúde da cidade de Marau, utilizando questionários sociodemográficos e com roteiro semiestruturado. A pesquisa tem como orientador o Prof. Me Rogério Tomasi Riffel e coorientadora a Prof. Dr^a Priscila Pavan Detoni.

Essa pesquisa faz parte de um projeto maior chamado “Saúde da mulher na atenção básica do planalto riograndense” que pretende compreender os itinerários terapêuticos das mulheres. O projeto já foi enviado e aprovado pela secretaria de saúde de Marau, e depois pelo CEP em 30 de abril de 2022. Essa pesquisa foi adicionada como Emenda ao projeto aprovado, e também analisa os itinerários terapêuticos, porém, com a diferença de avalia-los em uma perspectiva profissional, e não através da visão das pacientes, e com um recorte em saúde mental.

Após aprovação, a coleta de dados foi iniciada e o transporte para a cidade de Marau foi fornecido pela Universidade Federal da Fronteira Sul. As entrevistas eram feitas após a leitura e aceitação do TCLE pelo entrevistado, e consistiam em dois questionários, um sociodemográfico e um roteiro semiestruturado. As questões são compostas por perguntas sobre a prática profissional, saúde mental da mulher, violência física e psicológica, encaminhamentos em saúde mental e desafios nessa prática. Os profissionais das unidades pesquisadas se mostraram receptivos a pesquisa e entrevista, facilitando a aplicação dos questionários. As entrevistas foram gravadas e as transcrições estão em curso no momento, para posterior processamento de dados.

Foram discutidos com o orientador e a coorientadora a organização dos dados coletados e informações mais relevantes, com o objetivo de se começar a pensar nos itinerários terapêuticos fornecidos pelos profissionais entrevistados, além de perspectivas sobre os atendimentos e desafios encontrados por eles na atenção básica em saúde. As 8 entrevistas foram realizadas entre as datas de 28 de abril de 2022 e 7 de julho de 2022 afim de obter informações suficientes para embasar a pesquisa. Durante as entrevistas muitas informações importantes foram coletadas e os entrevistados relataram se sentirem bem em serem ouvidos e poderem desabafar sobre situações difíceis em sua prática profissional. Não ocorreram intercorrências durante as gravações dos áudios e nenhum constrangimento foi relatado pelos profissionais entrevistados. Nenhuma entrevista foi descartada ou perdida.

A coleta foi um momento muito importante não apenas para a construção do trabalho de curso, mas também para pensar o meu lugar na medicina, pois tive acesso a várias perspectivas sobre as práticas na saúde com profissionais humanizados de diferentes profissões que ampliaram minha compreensão sobre o que é ser uma boa profissional e ao mesmo tempo manter o autocuidado a frente de situações desafiadoras a nossa saúde mental.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O ACESSO E O CUIDADO À SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ON ACCESS AND CARE FOR WOMEN'S MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE EL ACCESO Y LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Amanda Alecrim da Rocha Cerqueira Rôde¹

Priscila Pavan Detoni²

Rogério Tomasi Riffel³

¹Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Brasil. amandarode@hotmail.com

²Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Brasil. ppavandetoni@gmail.com

³Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Brasil. rogerio.tomasi@uffs.edu.br

RESUMO

Objetivo: Compreender as percepções dos/as profissionais da atenção primária quanto às demandas de saúde mental das usuárias mulheres. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com oito profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família de um município no interior do Rio Grande do Sul. A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas, no primeiro semestre de 2022. Para análise dos dados utilizou-se o entendimento dos itinerários terapêuticos na saúde da mulher e a análise temática.

Resultados: A oferta do tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e o fato do município ser referência de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) despontaram como potencialidades estratégias de escuta, vinculação com as usuárias e com a comunidade. Como fragilidades foi relatada a falta de profissionais e de articulação na rede matricial de saúde mental, a medicalização das demandas de saúde mental, e os desafios para esses profissionais têm sido abordar a violência de gênero e familiares que inúmeras vezes já foram naturalizadas.

Conclusão: São necessárias ações de investimento nas políticas de saúde mental, educação permanente para profissionais e constante qualificação, bem como adoção de estratégias de promoção e prevenção.

Descritores: Saúde mental. Saúde da mulher. Gênero. Atenção Primária.

ABSTRACT

Objective: To understand the perceptions of primary care professionals regarding the mental health demands of women users. **Method:** exploratory, descriptive study, with a qualitative thematic approach, carried out with eight professionals who work in the Family Health Strategy of a municipality in the interior of Rio Grande do Sul. Data collection took place through semi-structured interviews, in the first half of 2022. Thematic analysis was used for data analysis. **Results:** The offer of free treatment by the SUS and the municipality being a reference for Family Health Strategy (ESF) coverage emerged as potential strategies for listening, linking with users and the community. As weaknesses, the lack of professionals and articulation in a matrix mental health network, the medicalization of mental health demands, and the challenges for these professionals have been to address gender and family violence that have already been naturalized countless times. **Conclusion:** Investment actions in mental health policies, permanent education for professionals and constant qualification are necessary, as well as the adoption of promotion and prevention strategies.

Keywords: Mental health. Women's health. Genre. Basic attention.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las percepciones de los profesionales de atención primaria sobre las demandas de salud mental de las usuarias. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo y análisis temático, realizado con ocho profesionales que actúan en la Estrategia de Salud de la Familia de un municipio del interior de Rio Grande do Sul. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas, en el primer semestre de 2022. Para el análisis de datos, se utilizó la comprensión de los itinerarios terapéuticos en salud de la mujer y el análisis temático. **Resultados:** La oferta de atención gratuita por parte del Sistema Único de Salud (SUS) y el hecho de que el municipio sea referencia para la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) surgieron como estrategias potenciales de escucha, vinculación con los usuarios y con la comunidad. Como debilidades, la falta de profesionales y articulación en la red matriz de salud mental, la medicalización de las demandas de salud mental, y los desafíos de estos profesionales han sido abordar la violencia de género y familiar que ya se ha naturalizado innumerables veces. **Conclusión:** Son necesarias acciones de inversión en políticas de salud mental, educación permanente de los profesionales y capacitación constante, así como la adopción de estrategias de promoción y prevención.

Palabras clave: Salud mental. La salud de la mujer. Género. Atención Primaria.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher foi historicamente vinculada a uma questão reprodutiva, e com isso as políticas de saúde pública seguiu esse padrão por muitos anos, resultando em uma política bem organizada de rastreios de cânceres ginecológicos, pré-natal e puericultura, que são responsáveis por uma grande parte dos atendimentos a mulher na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2017).

Diante deste cenário, a APS, que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), também se torna um local privilegiado para promoção, prevenção e acompanhamento de tratamentos de saúde, bem como identificação de demandas integrais como a saúde mental. Por ser uma porta de entrada, a APS recebe situações de violência e transtornos mentais, e deve estar preparada para acolher as especificidades desses casos, mas quando a resolução é impossibilitada na unidade, as demandas devem ser encaminhadas ou compartilhadas com a rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III e IV).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004) foi criado em 1983, antes disso haviam programas mais isolados com grande enfoque na regulação da saúde reprodutiva e intervenção no corpo da mulher. A proposta do PAISM era de romper com a centralização tradicional da saúde reprodutiva e enxergar a mulher por outras perspectivas (OSIS, 1998). Essa política pública, que segue sendo modificada, incluiu e comunicou-se com outras políticas, como a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (BRASIL, 2001), e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSST) (BRASIL, 2011), integrando assim diversas necessidades da mulher, não só apenas ligadas à sua biologia reprodutiva, mas também a questões construídas socialmente relacionadas a papéis de gênero.

Apesar das conquistas advindas das reformas sanitária e psiquiátrica, a saúde mental da mulher sofre até o presente, com estigmas seculares. Estudos comprovam que não existem diferenças suficientemente grandes para inferiorizar o cérebro feminino, e além disso, que não

devem ser categorizados em dois grupos por sexo, já que os cérebros são mosaicos únicos de características, assim como os seres humanos (JOEL, 2015). Apesar da constante superação de barreiras, as sementes plantadas por essas teorias ainda geram frutos na sociedade atual, continuam conduzindo e influenciando os hábitos socioculturais e fortalecendo práticas misóginas (BOEFF; SOUZA, 2020). No meio da saúde não é diferente, as relações e especificidades de gêneros que devem ser consideradas a fim de melhorar atendimentos, também são empregadas para sustentar preconceitos que podem afastar as mulheres desses serviços e impossibilitar seu alcance a saúde, o que faz com que o sistema de atenção em saúde replique essas ideias (ZANELLO, 2014). Os profissionais em saúde, mesmo com formação acadêmica que proporciona um olhar clínico, são afetados por questões de gênero durante a leitura dos sintomas, o que pode resultar em subdiagnósticos. Exemplo disso é a diferença de percepção de um mesmo sintoma em homens e mulheres como o sintoma “choro”, que difere tanto em quantidade como em qualidade entre os gêneros, sendo que a ocorrência é de 1,4% nos homens e 25% nas mulheres, além de que com essas últimas, o choro muitas vezes é qualificado como imotivado (ZANELLO; SILVA, 2012).

Toda a carga mental trazida pela condição de ser mulher em uma sociedade construída em torno de sua inferiorização e silenciamento, proporciona a essas, uma vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais. Essa vulnerabilidade, ao contrário do que foi defendido por muitos cientistas em séculos passados, não se origina apenas de fatores biológicos, mas também de fatores resultantes da desigualdade de gênero, como a sobrecarga doméstica, violências e baixa escolaridade (SENICATO, AZEVEDO; BARROS, 2016). Foram reverberados discursos de culpabilização da mulher em situações de abuso doméstico e outras violências, sendo um entendimento que prejudica a abordagem e o acolhimento por profissionais com percepções semelhantes (TEIXEIRA; PAIVA, 2021). No mesmo estudo, alguns profissionais entendem os transtornos mentais como oriundos de fatores biológicos, sem considerar as relações sociais e culturais, o que limita a capacidade de compreender o contexto problemático que as mulheres estão inseridas, além de fragmentar o tratamento, fugindo da abordagem biopsicossocial. Essas questões limitam a capacidade da APS em reconhecer as necessidades em saúde mental de suas usuárias, além de dificultar a efetividade do tratamento, pois há um despreparo profissional provocado por inseguranças e preconceitos enraizados que dificultam o acolhimento da mulher.

Ademais, outras adversidades aparecem quando se estuda a condição da saúde mental brasileira, que além dos estigmas de gênero, também sofre com questões políticas e econômicas. Estudos mostram que as reformas sanitárias e psiquiátricas não ocorreram efetivamente em todo o território, o que reflete um subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua

concepção, agravado pela crise econômica, social e política (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Em decorrência disso, observa-se indícios de um possível retorno ao modelo manicomial em alguns locais, onde o indicado para a coordenação nacional de saúde mental foi o mesmo que dirigiu uma instituição que mantinha gravíssimas irregularidades durante o seu funcionamento nos anos 2000 (CARNEIRO, 2016). Por influência disso, a dificuldade de aplicabilidade dos programas de saúde mental e da mulher tem fatores multifatoriais.

Assim, para mitigar os problemas relacionados ao acesso à saúde mental da mulher dentro da APS, os profissionais que atuam na rede precisam estar capacitados para não apenas perceber sinais e sintomas como possíveis alterações no estado mental e/ou violências, como também para orientar essas usuárias diante das situações. Assim se faz necessário um estudo sobre a atuação profissional nestas demandas, como se faz o acolhimento, como e quais os itinerários terapêuticos são traçados e percorridos por essas usuárias.

Este estudo, justifica-se pela oportunidade de compreender os itinerários terapêuticos das mulheres que adentram a atenção primária em saúde com demandas em saúde mental, sob o olhar dos profissionais de uma cidade de cerca de 40 mil habitantes no interior do Rio Grande do Sul. Tem o objetivo de conhecer os itinerários terapêuticos traçados pelas mulheres na APS no cuidado à saúde mental, assim destacar potencialidades, fragilidades e desafios. Além disso, os questionamentos aos profissionais de saúde quanto às suas percepções de sinais e sintomas de violência e transtornos mentais, assim como as técnicas de atendimento, vínculo e escuta, podem auxiliar no traçado de novas maneiras de enxergar o atendimento na APS e formular novas possibilidades de capacitação profissional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e de delineamento qualitativo com base em itinerários terapêuticos (GERHARDT et al, 2016). A preferência pelo método qualitativo se justifica pela sua vantagem em entender e explorar a subjetividade humana, valorizando as percepções e relações estabelecidas (MINAYO, 2014) (MINAYO, 2012) (MINAYO, 2006) (GOMES; DESLANDES; MOREIRA, 2020).

A pesquisa foi realizada em um município onde a Universidade Federal da Fronteira Sul oferece o programa de residência multiprofissional em saúde, em ESFs onde se realizam os estágios em medicina da saúde da família. Obteve-se a participação de 8 profissionais de saúde, mediante a convite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Este

estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob o parecer nº 5.320.334.

As áreas de atuação dos participantes foram: medicina, psicologia e enfermagem. A média de idade foi de 30,6 anos, um grupo jovem, sendo 2 participantes casados, 1 em união estável e 5 solteiros, apenas 3 deles com filhos. Dos participantes, apenas um se autodeclarou negro e os demais, brancos. Em média atuam há 6,5 anos na área da saúde e 2,25 anos na ESF e possuem uma média salarial de 7093 reais, além disso são em sua maioria mulheres, contando com apenas um profissional do sexo masculino.

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2022, a partir de autorização da secretaria da saúde, conforme conveniência e consentimento dos participantes. As entrevistas ocorreram em seus locais de trabalho, com respeito à privacidade e seguindo um roteiro semiestruturado, o qual continha perguntas abertas sobre a atuação profissional na APS na saúde da mulher, percepções de transtornos mentais, a rede psicossocial e desafios enfrentados. As equipes das UBS são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico administrativo e agente de saúde (BRASIL, 2017), mas nas UBS pesquisadas contava-se além desses profissionais, com psicólogas, farmacêuticas e dentistas.

Utilizou-se o método de análise temática (MINAYO, 2014) para organização e processamento dos dados. Após as transcrições das falas, descrição de dados sociodemográficos dos participantes, realizou-se a análise temática, foram encontradas três categorias com base na repetição de temas nas entrevistas que marcaram os itinerários terapêuticos das usuárias da APS com demandas em saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados de maior relevância encontrados nas entrevistas foram sistematizados a partir de núcleos de sentido (MINAYO, 2014), sendo esses a atuação dos profissionais na saúde mental na APS, as falhas na rede psicossocial e a naturalização da violência de gênero. As falas dos participantes são identificadas com a letra P seguida por um número de 01 à 08 a fim de preservar o anonimato.

Falhas na rede psicossocial: Estigmas, precarização e medicalização da saúde mental

A saúde mental é uma área que ainda passa por constantes mudanças, precisando incorporar o recorte de gênero. A saúde mental da mulher foi alvo de estigmas, pois ao longo

da história a loucura feminina foi definida muitas vezes por fugas dos padrões de feminilidade e maternidade impostos socialmente (NUNES, 2010). Além disso, muitas das causas dos transtornos mentais em mulheres têm origem nas consequências da desigualdade de gênero, como a sobrecarga das duplas ou triplas jornadas de trabalho e violência de gênero (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2016). Essas causas ainda são naturalizadas para as usuárias e dificultam a aceitação do próprio quadro de saúde de transtorno mental. Os estigmas que giram em torno da saúde mental geram preconceitos que atuam como barreiras na procura por ajuda em demandas desse tipo, o que aparece frequentemente nas falas dos profissionais. Ainda que a própria ESF conte com psicólogos, o encaminhamento de pacientes para eles é dificultado por preconceitos e estigmas antigos relacionados aos problemas mentais. Alguns participantes falam sobre a resistência para aceitar o tratamento psicoterápico em detrimento da medicação, sendo um desafio a ser enfrentado principalmente por profissionais da APS que sugeriram a necessidade dele:

"Muitas vezes quando a gente fala 'ah que tal conversar um pouco com a psicóloga?' elas dizem que não precisam e que estão bem, como se só vai para a psicóloga quando tá mal ou é um 'louco' como dizem, então não é aquela coisa desmistificada ainda. Já aconteceu de encaminhar a usuária para o psicólogo, ela aceitar, entender, mas não vir." - P05

"Tem pessoas que resistem, quando a gente fala psicólogo as pessoas acabam 'ah eu não sou louca' ai a gente diz 'olha, psicólogo não precisa ser pra louco, é pra nos ajudar a ver alternativas' dependendo a situação, olha por muito tempo eu também fiz acompanhamento com psicólogo, acho bem importante, às vezes a pessoa já diz 'odeio psicólogo' se a pessoa diz isso não adianta encaminhar para o psicólogo, então vemos quais alternativas, um plano, para a gente não abandonar essa pessoa e que ela siga a vida assim." - P06

A partir dos itinerários terapêuticos das mulheres que buscam a APS e são encaminhadas para serviços especializados em saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou ala psiquiátrica de hospital geral, identificou-se a dificuldade da compreensão da necessidade de tratamento além da retirada das medicações na farmácia da Unidade Básica de Saúde (UBS). Visto que as ESF não podem atender todas as demandas em saúde mental, uma rede precisa estar articulada e preparada para receber e tratar a complexidade pautada pela forma como as mulheres têm adoecido em relação aos transtornos mentais. Contudo, a APS se configura como um espaço importante para detectar essas demandas, mas não possui estrutura, financiamento e equipe suficiente para sua resolução sem estar integrada com outros serviços da rede, como identificou-se nos seguintes relatos:

"Aqui temos um CAPS mas que não funciona como um, então os casos graves que seriam encaminhados para o CAPS, acaba vindo para nós" - P01

Além disso, constatou-se a falta de profissionais nos serviços:

"O CAPS está sem psiquiatra, para conseguir conversar com um, o paciente tem que estar com idealização suicida ou já quase tentando, uma situação de emergência, aí o município custeia. Às vezes dá impressão que tem que esperar piorar..." - P03

Dessa forma, o CAPS não está em pleno funcionamento, o relato demonstra que esse não tem a equipe mínima, apontando para um subfinanciamento pelo estado. Em outro estudo o CAPS aparece como o principal destino de encaminhamentos nas UBS, o que demonstra sua importância para a rede de saúde mental e torna urgente o seu pleno funcionamento (SILVA *et al*, 2019). Assim, quando um ou mais componentes da rede se torna disfuncional todo o processo de cuidado das usuárias se compromete, e esse processo é um dos frutos do desmonte da saúde mental pública brasileira (CRUZ *et al*, 2020). Nos relatos dos profissionais essas disfuncionalidades aparecem no processo de matriciamento:

"Eu nunca encaminhei, não sei se eu encaminharia pro CAPS, mas o CAPS encaminha pra gente." - P01

"...no CAPS tinham 2 psiquiatras, que saíram, tentaram contratar um deles novamente e ele não ficou nem 2 semanas." - P03

"Sou de outra cidade e as UBS são mais precárias lá, aqui as ESF são muito boas com equipes bem grandes, mas ainda sim a questão da saúde mental tem grande retrocesso, CAPS não opera como deveria ser, a parte de internação no hospital da psiquiatria é bem precária e pequena, se eu tivesse lá também teria vontade de fugir (risos)" - P01

"...e são limites que são quebrados, essa questão do CAPS mesmo, tá muito inverso, a gente tá assumindo uma responsabilidade que seria atendimentos que são deles, grupos, coisas que seriam papel deles e acabamos assumindo porque não tem o que fazer, a gente tem que conseguir manter os limites que ainda conseguimos. A responsabilidade está muito focada no ESF, demanda escolar, demanda do CAPS, conselho tutelar, demandas espontâneas que chegam." - P02

As falas demonstram uma possível inversão de funções na rede, e funcionamento da RAPS, com o CAPS, que deveria ser um apoio e uma opção de encaminhamento para um

tratamento psiquiátrico longitudinal, sobrecarregando as ESF com suas próprias demandas. O cuidado em saúde mental deve ser construído no território através da rede de atenção psicossocial, onde a articulação entre os serviços é essencial e evita a sobrecarga de responsabilidade. Outro estudo questiona a função de cada equipamento no trabalho em rede, mostrando que há uma desarticulação e uma ausência de direcionamento público e que se o caso não puder ser manejado na ESF e não for grave o bastante para ser recebido no CAPS, costumam ficar sem acompanhamento, demonstrando a importância do funcionamento desse (DELFINI; REIS, 2012). Já na presente pesquisa, percebe-se um problema de subfinanciamento, comunicação e falta de profissionais da psiquiatria nesses CAPS, o que parece estar por trás de parte dos problemas, assim o matriciamento se torna disfuncional. Além das questões citadas, outros serviços fora da rede psicossocial podem estar contribuindo para o problema:

"É muito mais amplo do que culpar uma rede de saúde, acho que já começa no sistema educacional." - P02

Aqui o sistema educacional do município também foi citado como uma instituição que produz encaminhamentos de demandas em saúde mental para o ESF, sendo mais um fator para a sua sobrecarga. Além de diversas demandas externas, a ESF também fica responsável pela administração de medicamentos por conta de um problema logístico que dificulta o acesso das usuárias ao CAPS:

"Geralmente elas mesmas vêm abordando a situação delas, e a maioria que já vem pra mim, já passou pelo CAPS, aí eu só administro a medicação, no CAPS eles aplicam os remédios, mas se eles não podem ir no CAPS, não tem transporte, então a enfermeira do CAPS traz as medicações aqui, como o Haldol que é intramuscular." - P07

Sobre a medicalização do sofrimento psíquico, se vê uma boa aceitação por parte das pacientes, mas uma baixa taxa de resolutividade dos problemas, já que a medicação sem um acompanhamento longitudinal tem sua eficácia comprometida no processo terapêutico (CAVALANTE *et al*, 2021) e eleva o risco de dependência com o uso desassistido (CAMPOS, BEZERRA e JORGE, 2018), (FREITAS, AMARANTE, 2015). Em alguns relatos observa-se o desânimo dos profissionais em relação à medicalização excessiva e o desinteresse das usuárias em aderir a outras alternativas terapêuticas:

"Eles têm mais resistência com a terapia do que com a medicação." - P01

"Aqui na região se tem muito a questão de medicalização, e se fosse atrelada a um acompanhamento psicológico tudo bem né, não dá para demonizar a medicação, mas geralmente não é assim. Por exemplo, vai em um atendimento de 15 ou 20 minutos em um psiquiatra e já sai com a medicação e sem encaminhamento para a psicologia, e o paciente só volta em 3 meses para o psiquiatra, e em 3 meses muita coisa pode acontecer, qual a efetividade disso? Já ouvi bastante relatos de falhas tanto na rede pública como no particular. Precisaria de um atendimento mais longitudinal." - P02

"Percebo que vem aumentando o número de pacientes que só querem remédio para depressão e ansiedade, querendo uma resolução rápida. É um pouco frustrante quando eles vêm querendo só medicação." - P03

"Elas não costumam ter muita resistência a utilizar a medicação, apenas quando nunca usaram antes: "será que não vicia?", "não queria tomar", medo da dependência da medicação, geralmente não é benzodiazepínico, é mais pra ansiedade e depressão, então dizemos que vai ajudar e vai deixá-las mais tranquilas." - P04

Dessa forma, entende-se que a medicalização desassistida, desinformada e na maioria das vezes sem complemento de psicoterapia, pode ser prejudicial para a saúde mental, e através das falas se vê que ocupa um lugar de destaque na ESF, o que é reforçado por outro estudo, que também destaca a importância da construção do pensamento crítico acerca dos benefícios e riscos das medicações por parte das usuárias da APS (LÍBIO; DETONI; SCHWINGEL, 2021).

Além do CAPS, outros serviços amparam as usuárias em relação a saúde mental e enfrentamento violência, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e Organizações Não Governamentais (ONGs) de proteção e apoio às mulheres vítimas de violência como a Rede de Enfrentamento e Atendimento Especializada às Mulheres e Meninas em Situação de Violência (Rede Lilás). Essa última foi formada pela secretaria de políticas para as mulheres e que integra vários órgãos e instituições a serviço da proteção a mulheres vítimas de violência, como o centro de referência da mulher, delegacia da mulher, patrulha Maria da Penha e órgãos de justiça como a defensoria pública. Somado a isso, há carência de espaços de escuta e uma incompreensão percebida pelas usuárias principalmente nos órgãos públicos de segurança, no que diz respeito a situações de violência vivenciadas e denunciadas (SILVA, 2017).

Como alternativas na pesquisa aparecem múltiplas intervenções para dar conta dessas demandas de saúde mental:

"A gente tenta fazer esses momentos em grupo, estamos reiniciando o grupo de mulheres, tem o grupo de caminhada, o grupo de gestantes, mas muitas vezes tem a resistência da mulher em vir em atendimentos em grupo, pois tem a supervalorização do atendimento clínico, às vezes o constrangimento, mas vai um tempo para que elas se sintam a vontade de falar." - P06

"A gente sempre tenta se conectar com a rede pra entender qual é a melhor possibilidade para aquele caso, às vezes precisamos contatar o conselho tutelar ou a rede de atenção à mulher no município. Aqui a gente tem a rede lilás que é uma rede guarda-chuva que atua na proteção dessas mulheres em situação de violência, então eles têm advogado, psicólogo que já são para esse espaço." - P05

Esses relatos apontam para uma série de problemas que atrasam e até impedem o sucesso terapêutico no tratamento de transtornos mentais, como a desarticulação da rede, subfinanciamentos e preconceitos em torno dos transtornos mentais. Mas também percebe-se uma melhora na capacitação profissional para o enfrentamento dessas demandas, demonstrando melhor dimensão da complexidade dos fenômenos psíquicos pelos profissionais (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2016) diferindo do esperado e encontrado em outras literaturas onde o reducionismo médico ainda é revelado (TANAKA e RIBEIRO, 2006). Nota-se a repetição de problemas na rede psicossocial que são similares e reforçados por outras bibliografias, como a falta de longitudinalidade/continuação do atendimento, desarticulação e falta de diálogo entre os serviços (DELFINI, REIS, 2012). A espera do agravamento da situação das usuárias para conseguir uma consulta psiquiátrica na rede foi uma situação constatada nas entrevistas e que também foi notada em outro estudo, o que além de ser por si só uma omissão do cuidado, pode estar provocando uma peregrinação desnecessária que sobrecarrega repetidamente outros serviços e continuarão sem resolução. Isso aumenta a demanda por especialidades médicas, aumentando também os custos da rede pública de saúde, já que os transtornos mentais podem causar patologias em outros sistemas, além de agravar outras doenças já existentes, principalmente as cardiovasculares (LOURES et al, 2002). Dessa forma, o transtorno mental poderia ser tratado ainda no início, de forma menos custosa e mais eficiente, evitando uma demanda por profissionais especialistas. A APS participa tanto desse tratamento inicial dos transtornos mentais como também previne esses e outras doenças com a conscientização de fatores de risco, grupos de apoio e consultas de rotina, sendo a medicina preventiva de suma importância nesse contexto (OLIVEIRA et al, 2021).

A naturalização da violência de gênero e saúde mental

Além dos problemas estruturais da rede, também se encontram barreiras socioculturais no atendimento das mulheres com agravos em saúde mental. A naturalização da violência de gênero é uma delas, formada por estigmas mantidos por gerações e ainda reforçado em outros ambientes como escolas e igrejas (ZANELLO, 2018). Isso faz com que o processo de encaminhamento por questões de violência seja dificultado pela não aceitação/entendimento da mulher da gravidade do seu quadro de saúde mental, principalmente se a violência for psicológica, o que foi notado como ainda mais difícil de se perceber por elas (artigo). Assim se demonstra nas falas dos profissionais as tentativas de conscientizar e encaminhar essas mulheres:

"Eu tento sempre conscientizar elas que isso é uma violência. A maioria é violência psicológica, então tento fazer elas pensarem que isso também é uma forma de violência, mas tem que ser devagar, pois a maioria das pacientes são recentes." - P01

"Às vezes a gente nota algum hematoma ou algum indício, recentemente eu atendi uma paciente que tinha alguns sinais e a gente perguntou e realmente era, e ela disse que foi uma brincadeira, de muito tempo... elas ainda tentam mascarar os sinais" - P05

"Outra situação muito marcante foi um dia que eu estava atendendo uma paciente e eu perguntei 'quando foi sua primeira relação' e ela respondeu 'que eu quis, com 17 anos', e aí ela respondeu que foi abusada com 11 ou 12 anos na casa dos patrões da mãe, que teve um filho muito cedo e que foi tirado dela, então esse momento é muito propício para a mulher, pois ela sente que o profissional está disposto a ouvir a história dela e ela se propõe a falar." - P06

"Tem as que resistem, tem as que prontamente denunciam, acho que é algo muito pessoal, tem muito a ver com a história de vida, a cultura, passaram a vida vendo as mães assim, então é muito difícil que tomem essa postura e queiram se separar pois tem ainda essa coisa do casamento ligado a religiosidade, na saúde e na doença." - P06

Em um outro estudo, parte dos profissionais entrevistados não mostram ter consciência da dimensão das causas do adoecimento das mulheres, principalmente quando oriundo de violência doméstica (TEIXEIRA; PAIVA, 2021). No presente estudo, observa-se, através das falas dos profissionais, que os mesmos percebem essas circunstâncias e entendem a necessidade de ajudar as usuárias no desprendimento dessas imposições para exercer o autocuidado e aceitarem o tratamento médico e psicológico quando necessário, o que desponta como uma

potencialidade no cuidado das ESF pesquisadas e torna a conduta profissional resolutiva, como mostram as falas a seguir:

"A gente tenta construir junto com a usuária um momento em que ela também perceba que precisa de ajuda, e a gente diz 'olha pra gente estar te ajudando nesse momento precisaremos da ajuda de outros profissionais que estarão mais capacitados, que tenham um olhar específico sobre isso, porque aqui a gente cuida da pessoa como um todo e a gente gostaria de estar acionando outras pessoas da equipe". - P06

"Sinto que é desafiador pra mim, medo de dar uma alternativa que dê errado pra ela pois não sabemos o que vai acontecer. Aqui em Marau não tem casa para as mulheres. Então se ela denuncia, ela vai para onde? A gente sempre discute em equipe, respeitando o sigilo, esses casos mais delicados" - P03

Necessita-se maior aplicação na promoção e na prevenção no enfrentamento advindos das violências psicológicas e morais, que só passam a ser registradas quando se tornam violências físicas e sexuais (BRASIL, 2006). Por isso, a equidade e a integralidade são pilares fundamentais nesse arranjo de linhas de cuidado para as mulheres na região, ainda marcada por traços culturais machistas e sexistas. Essa região apresenta muitos casos de violências domésticas e de gênero que acabam chegando nas demandas de saúde das ESF:

"Tem o caso de uma menina que tem 13 anos e eu reparei que um cara que vem e que tem uma idade bem avançada, faz ela fazer o teste de gravidez, vejo que ela está pressionada psicologicamente, sai e entrega o teste pra ele, e eu quero ver essa semana se eu pego ele e vejo quem é, eu já perguntei pra ela quem ele é e ela só diz 'eu preciso levar o resultado pra ele ver que não é mentira'. Eu tento perguntar, mas ela escapa de todas as perguntas e respostas, pois eu pergunto se ela é casada se tem um namoradinho. Tem que ter um cuidado, ir com calma e conversar, e eu disse a ela que não era só vir fazer os testes que tinha que ver como estava a saúde dela, ir ver o doutor, mas ela só quer os testes, não pode obrigar ela a passar por um médico. A gente discutiu em equipe o caso dessa menina, vimos o estatuto da criança pra ver se a gente conseguia fazer ela se consultar com o médico sem autorização" - P07

Essa fala reforça a importância da aplicação das leis citadas e a necessidade de articulação dos órgãos de saúde com os de proteção à criança e violência contra a mulher. O papel dos profissionais de saúde na ESF se estende para além do previsto no contexto do processo de saúde e doença, os profissionais são assim agentes sociais de promoção de

igualdade e proteção das comunidades onde atuam, sendo assim essenciais na manutenção dos direitos das crianças e adolescentes (ECA, 1990).

A atuação dos profissionais na saúde mental da APS: a escuta e a interconsulta como estratégias

Dentre as temáticas, a atuação dos profissionais em demandas de saúde mental foi abordada com grande ênfase na APS e dele surgiram subcategorias temáticas como a importância da escuta, a percepção de sinais e sintomas de alterações no estado mental e o sentimento de autoeficácia profissional. Alguns dos participantes são psicólogos que atuam na APS, tendo em sua formação um preparo com enfoque nesse tipo de demanda, diferente de outros que a depender da época da sua formação e direcionamento profissional, poderiam não estar preparados para estas. Em outros estudos com temática similar, encontrou-se relatos de sentimentos de despreparo entre os profissionais para lidar com essas demandas (PEREIRA et al, 2020), enquanto no presente estudo os participantes, em sua maioria, demonstram sentimentos de preparo e segurança, principalmente por mérito do modelo de atuação da equipe dos ESF, onde existe um trabalho interdisciplinar dos casos. Para alguns profissionais a discussão dos casos em equipe proporciona segurança para tomadas de decisões, pois a visão de outras áreas contribui para o atendimento (DELFINI; REIS, 2012). Quando questionados se se sentiam capacitados/aptos para enfrentar demandas complexas:

"Depende da demanda, às vezes não podemos resolver completamente aquele problema. Mas eu me sinto sim, tento ter uma escuta boa bem atenta, e vamos trabalhando o problema em consultas seguintes, também peço ajuda para as psicólogas, converso sobre o caso." - P03

"Eu me sinto muito à vontade por ter uma equipe por trás, então sempre quando a gente se sente muito insegura em dar uma conduta em saúde mental, sempre procuramos partilhar para não carregar tudo sozinha, temos que dividir com os colegas, então me sinto mais tranquila. Das primeiras vezes eu me assustada, agora, claro que não é bom, mas me sinto mais segura e tento ajudar da melhor forma possível, talvez a gente não consiga tudo né" - P04

"Algumas pessoas vêm com umas queixas pessoais procurando uma salvação na gente, me sinto de mãos atadas, tem coisas que não estão no nosso alcance" – P08

"A receber sim [sobre receber a demanda em saúde mental], a questão de dar conta é algo muito maior e a gente precisa de um trabalho em equipe, então enquanto equipe eu acho que sim, a gente consegue tratar. " - P06

"Parcialmente, acredito que no ponto de identificar esse problema e fazer os devidos encaminhamentos e trabalhando de forma multidisciplinar, sim, agora para dar continuidade no cuidado de saúde mental, já acho que foge um pouco da minha alçada. A escuta ativa, escutar as demandas delas, isso sim." - P05

Percebe-se pelas falas que pertencer a uma equipe proporciona uma maior segurança na atuação dos profissionais, como a realização da interconsulta feita entre profissionais de duas áreas diferentes (CHIAVERINI, 2011). A construção do modelo da ESF preconiza uma equipe multidisciplinar, assim como estimula a interdisciplinaridade do cuidado, dessa forma se vê a importância da efetividade prática desse modelo na atuação profissional. A segurança de poder contar com profissionais de outras áreas para formular uma conduta mais adequada para cada usuário surge como uma vantagem que pode melhorar a resolubilidade de demandas ainda na APS. Apesar disso, alguns ainda se sentem inseguros para lidar com questões de saúde mental, principalmente quando estão relacionadas com violência de gênero:

"Olha muitas vezes a gente é pega de surpresa, muitas coisas a gente não tá preparada, todo dia de trabalho é um desafio..." - P07

"...vira uma sala de atendimento psicológico, como a gente tá vendo o íntimo delas, o físico, elas acabam trazendo muitas coisas... Já teve consultas de preventivo que ela (paciente) ficou mais de uma hora e ela contou toda a vida dela, a gente conversou e encaminhou ela para a psicóloga" – P08

"...é mais essa questão de ver tantos casos complexos e entender que o caso não vai se resolver só comigo, pois antes eu atendia casos mais leves que as vezes só o psicólogo já resolvia, e os casos aqui envolvem toda uma rede e você não vai fazer milagre e uma das maiores dificuldades pra mim é saber que não vou conseguir lidar com todos os lados, sentimento de impotência." - P01

A falta de uma rede preparada para atender mulheres vítimas de violência provoca insegurança nos profissionais de saúde, já que para atender as necessidades dessa população, os encaminhamentos que são necessários não podem ser propostos apenas como se a demanda fosse unicamente de saúde mental. As limitações na rede, fazem com que os profissionais tentem utilizar de habilidades como a escuta com criação de vínculo e acolhimento para ajudar mulheres em sofrimento psíquico (CAMPOS, BEZERRA e JORGE, 2018). Esta habilidade aparece com frequência nos relatos como sendo importante para a manutenção de uma boa

relação com a usuária, essencial em vários modelos institucionais na área da saúde, principalmente nas ESF que propõe um atendimento longitudinal.

" Eu acredito muito na minha escuta, às vezes a questão do manejo eu me sinto um pouco desafiada, é um pouco difícil pois temos nossas limitações, mas confio no meu poder de escutar, pois vejo como é difícil em outros processos, eles trazem feedbacks de outros espaços (atendimentos em saúde mental) que não foram escutados, então às vezes eu me preocupo mais em escutar do que pensar em uma intervenção porque é mais limitado" - P02

"...a gente pode viabilizar alternativas né, mas só o fato de ouvir, deixar essa porta aberta, essa é a nossa função e considerando enquanto atenção básica, as nossas principais ferramentas de trabalho são as tecnologias leves, o vínculo, a pessoa sentir que o profissional se importa e tem a intenção de cuidar e ouvir." - P06

"São muitas situações ao longo desse meu tempo na atenção básica, mas o que eu penso assim e tento reafirmar ao longo do meu dia e com meus colegas, é que a gente realmente se importe com o usuário, dar o melhor, procure atender, ouvir, olhar, cuidar da maneira que a gente gostaria ser cuidado" - P06

Com essas habilidades referentes às tecnologias leves, como a escuta e postura de acolhimento, desenvolvidas ao longo da formação profissional e atuação na área da saúde, os profissionais tornam-se aptos a identificar problemas mais discretos (CAMPOS, BEZERRA e JORGE, 2018). A observação de inquietação, falta de contato visual, uma postura fechada em pacientes aparece com frequência durante as entrevistas, já em outras situações, foi necessária uma observação ainda mais atenta e treinada:

"Quando vejo uma menina calada ou muito quieta, eu abro meu olho, discuto os casos com o pessoal da psicologia. Tento organizar a vida pra tentar entender o que está acontecendo ali. Não fazer contato visual também, por exemplo, tem paciente adolescente com cicatrizes no pulso e nos braços, a gente sabe o que acontece, se for um caso que ela dá certa abertura, eu pergunto sobre, onde ela se machucou. Elas tentam esconder com a roupa, vem com manga comprida em todas as consultas. São mais resistentes a se abrir, principalmente adolescentes, ainda mais se acompanhadas da família, eu tento evitar perguntar na frente deles. Eu no exame físico palpo o pulso radial para tentar notar algo, mas algumas se cortam mais para cima." - P03

Os participantes apontam como percebem sinais e sintomas que indiquem que a usuária possa estar em sofrimento psíquico ou vivenciando alguma situação de violência. Para

reconhecer esses sinais, é importante que os profissionais da saúde se conscientizem sobre as desigualdades de gênero e as consequências que ela produz para a saúde da mulher, rejeitando a naturalização da violência e posturas sexistas diante desses casos (VILLELA *et al*, 2011). Entender o processo de culpabilização, constrangimento, negação em torno de quadros de violência, além da sobrecarga emocional e física advinda das duplas ou triplas jornadas de trabalho das mulheres, torna-se crucial para além de perceber sinais específicos de alterações na saúde dessa população, também saber estabelecer um vínculo e uma conduta adequada. Isso aponta para a necessidade de capacitação profissional de caráter político e não só técnica e de enfoque biomédico, proporcionando a esses profissionais parte da responsabilidade pela transformação social no cuidado das usuárias (ALMEIDA *et al*, 2011). As falas a seguir exibem a importância de uma formação profissional orientada ao cuidado das usuárias na percepção de sinais de transtornos e violências:

" Já vi automutilação nos braços, sintomas de ansiedade clássicos, tricomanias, vejo os locais com menor quantidade de cabelo" - P02

"...às vezes alguns pacientes a gente já conhece e quando vemos que chegam abatidos e percebemos que a gente não conversa tanto e vem com falas que não conseguem mais lidar com a vida ou até violência quando falam que tem maridos agressivos, mas é mais verbal, marcas eu nunca vejo." - P04

"Eu já costumo observar desde a postura, a forma como a pessoa fala, observar as entrelinhas, claro que às vezes algumas coisas passam despercebidas, mas eu busco ter um olhar mais atencioso, ainda mais conforme vai se desenrolando a conversa." - P05

"Inquietação, muitas já verbalizam e trazem no próprio momento que chegam, algumas são um pouco mais evasivas, às vezes a conduta de observar tudo, ser um pouco mais desconfiada, ou muitas são até mais reservadas e não falam tanto, mas você observa os sinais mais inquietantes delas. É comum ver choro nas consultas, não é tão frequente, mas é comum em casos com histórico familiar de violência, de perdas, porque nesse momento acabamos abordando histórico familiar, então esse é o momento que elas acabam trazendo as demandas delas e muitas vezes está relacionado a perdas e doenças então é um momento que acaba tendo o choro." - P05

"Muitas vezes não haver contato visual, a pessoa ficar cabisbaixa, respostas com monossílabos, quando se faz perguntas abertas e a pessoa dá uma resposta muito curta ou então o choro em vários momentos, então a gente pergunta ‘ah como eu está pra dormir e se

alimentar'' e aí ela responde que não e que está preocupada. Outra coisa que é importante a gente ficar atento é quando a mulher chega e está com a pressão alta, '' sim ela é hipertensa? Ou não, que será que ouve que sua pressão tá alta hoje?'' e ela responde que andou se incomodando, está estressada, então são essas questões assim que a gente tá tentando, perguntas de como vai a vida, como vai o casamento, e no momento de testes rápido perguntamos o que elas sabem sobre as doenças, se usam camisinha e aí muitas vezes vem o ''a gente não usa porque ele não quer, ele não aceita''. - P06

A partir dos relatos acima, fica evidente o esforço da equipe das ESF em identificar sinais que apontam para o enfrentamento à violência de gênero e a consequência do adoecimento psíquico das usuárias. Apesar de sua natureza técnica do serviço em saúde, conseguem ser resolutivos pela atenção disposta pelo profissional. Isso porque a capacitação e a prática os sensibilizam a enxergar além da técnica e do previsto para o momento do atendimento, com a habilidade de questionar e criar o vínculo com as usuárias, são capazes assim, de identificar demandas em saúde mental, mesmo que a usuária não verbalize essa demanda. Além da própria prática profissional, por si só, contribuir nas habilidades clínicas e sociais, também se faz necessário que essa conscientização acerca da dimensão social do adoecimento mental esteja presente na formação profissional (MOREIRA et al, 2018).

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde trouxeram percepções sobre as fragilidades na rede psicossocial, pelos Estigmas que torno de identificação e tratamento das doenças mentais, precarização no financiamento e nas equipes profissionais da RAPS e medicalização da saúde mental como via principal solicitada pelas usuárias. Como potencialidades destaca-se a atuação dos profissionais na saúde mental da APS, através da escuta e da interconsulta como estratégias para sanar as dificuldades, pois contempla a lógica do cuidado integral e interdisciplinar, uma vez que a rede de referência e contrarreferência para questões de saúde mental mostra dificuldades para dar conta da demanda crescente.

A oferta do tratamento gratuito pelo SUS e o município ser referência de cobertura da ESF despontaram como potencialidades, além de estratégias de escuta, vinculação com as usuárias e com a comunidade, e a interdisciplinaridade do cuidado. Contudo ainda existem pontos de fragilidade na rede de saúde mental. A disfuncionalidade da RAPS, com o subfinanciamento e equipe incompleta, mostrou-se como fator de sobrecarga na APS e na vulnerabilização das usuárias portadoras de transtornos mentais e vítimas de violência.

Outros problemas de origem sociocultural estão presentes, como o preconceito quanto ao quadro de doença mental e tratamento psicoterápico, naturalização da violência de gênero e medicalização da saúde mental, que foram citados pelos profissionais como recorrentes durante os atendimentos e se constituem como barreiras de acesso ao cuidado à saúde. Os desafios para esses profissionais têm sido abordar a violência de gênero e familiares que inúmeras vezes já foram naturalizadas. Para tanto, são necessárias ações de investimento nas políticas de saúde mental, educação permanente para profissionais e constante qualificação, bem como adoção de estratégias de promoção e prevenção. A pesquisa apresenta limitações relacionadas à composição dos dados coletados, como o viés de memória.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luana Rodrigues de *et al.* **A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica.** *Saúde em Debate*. 2011;35(90):396-404. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341766007>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, **estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan.** Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/> Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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, Diário Oficial Eletrônico, 9 abr. 2001.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.** Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, São Paulo, v. 48, p. 3-4, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, 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 (SUS).

BORSA, J.; FEIL, F.; FEIL, C. **O PAPEL DA MULHER NO CONTEXTO FAMILIAR: UMA BREVE REFLEXÃO.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>>.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira, GONÇALVES, Renata Weber, DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde. 2020, v. 18, n. 3, e00285117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em 14 out. 2022.

DELFINI, Patrícia Santos; REIS, Alberto Olavo. **Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, ed. 2, p. 357-366, 20 out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LvdjWnvdMDnDThGZ9dyxwgy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

CAVALCANTE, Jaciane et al. **Medicalização da saúde mental: Análise das prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial**. Tocantins. Revista Cereus. 2021. Disponível em: <http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3324/1751>.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

FREITAS, F; Amarante, P. **MEDICALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 148p. ISBN: 978-85-7541-472-9.

GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R. FRANCESCATO, E. N., RUIZ, A. G. S. J. (Org). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde** - Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>

KUNZLER, G.; DETONI, P. P. **Os caminhos da Penha: redes de proteção às mulheres em situação de violência**. Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Direito, v. 5, n. 1, p. 112-37, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/26353> Acesso em: 18 set. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Sept. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 set 2022.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. D. S. **The main characteristics of qualitative studies carried out by doctors in Brazil: A literature review**. Ciencia e Saude Coletiva, v. 20, n. 8, p. 2423–2430, 2015.

MASAGAO, S.; CASTRO, T. M.; DETONI, P. P.; BOTTEGA, C. G. . **VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES: NECESSIDADE DE ESTABELECE UM PERFIL**. <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/37920>, v. 8, p. 122-135, 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. SP: Hucitec, 2014.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. **Femicídios: conceitos, tipos e cenários**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 9, p. 3077-86, 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002903077&script=sci_abstract&tlng=pt

MOREIRA, Lisandra Espíndula et al. **MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM ENSAIO TEÓRICO-POLÍTICO SOBRE A CASA E A GUERRA.** *Psicol. Soc. Belo Horizonte*, v. 32, e020014, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100413&lng=en&nrm=iso.

PETRUCCI, G. **Lei do feminicídio e reconhecimento: discussão crítica em torno dos remédios afirmativos para a violência de gênero.** *Estudos em Comunicação*, v. 26, n. 1, p. 311-22, 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/325640362_Lei_do_Femicidio_e_reconhecimento_Discussao_critica_em_torno_dos_remedios_afirmativos_para_a_violencia_de_genero

SALIBA, O. et al. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 472–477, 2007.

SARTI, Thiago Dias et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020, v. 29, n. 2 Acesso em 8 out. 2022. e2020166. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>>.

SCHMALFUSS, J. M.; BONADIMAN, P. O. B.; PRATES, L. A. **Cuidado de Enfermagem na saúde da mulher adulta.** In: HAMMERSCHMIDT, K. S. A. *Cuidado de Enfermagem: interfaces teóricas e práticas no ciclo vital do ser humano.* Curitiba: Editora CRV, 2015.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Indicadores da Violência Contra a Mulher - Lei Maria da Penha.** 2019. Disponível em: <https://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contra-a-mulher>.

SILVA, Camila. Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de pós-graduação em ciências sociais. **Mulheres e uma política de proteção em meio a violência: Olhares sobre a Rede Lilás na cidade de Porto Alegre, RS.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/7508/2/DIS_CAMILA_DA_COSTA_SILVA_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi, RIBEIRO, Edith Lauridsen. **Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental.** *Cadernos de Saúde Pública*, 2006, v. 22, n. 9, pp. 1845-1853. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900015>>. Acesso em 25 out. 2022.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. **Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1933–1942, jun. 2017.

TEIXEIRA, J. M. S.; PAIVA, S. P. **mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial.** [s. l.], v. 31, n. 2, p. 1–21, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/physis/2021.v31n2/e310214/pt/>> . Acesso em 4 Set 2022.

WAGNER, A. et al. **Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 21, n. 2, p. 181–186, ago. 2005.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde e Sociedade* [online]. 2011, v. 20, n. 1, pp. 113-123. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>>. Acesso em 2 de nov. 2022.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo analisar os itinerários terapêuticos no acesso à saúde mental através da saúde da mulher na atenção primária em Marau/RS através da visão dos profissionais de saúde. Ao final dele, observou-se potencialidades e fragilidades no acesso das mulheres à saúde mental na APS. Sendo a consciência social por parte dos profissionais, técnicas de escuta, conhecimento da RAPS e a ampla cobertura de ESF no município, potencialidades e a estigmatização dos transtornos mentais, medicalização da saúde mental, naturalização da violência de gênero e o subfinanciamento e desestruturalização da RAPS, fragilidades.

5. ANEXO B

NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

Debates em Psiquiatria é uma publicação contínua, de acesso aberto e gratuito, da Associação Brasileira de Psiquiatria – [ABP](#). Tem como **missão** publicar artigos de qualidade no **escopo** dos aspectos clínicos da Psiquiatria, especialmente nas áreas de epidemiologia clínica, saúde pública, intervenção psiquiátrica em desastres e problemas relevantes de saúde mental. Tem como **foco** oferecer aos associados da ABP, psiquiatras, residentes, pós-graduandos e especializandos, informação de qualidade que complemente sua atualização e educação continuada.

São aceitos para apreciação apenas trabalhos originais, em português, inglês ou espanhol, que não tenham sido anteriormente publicados, nem que estejam em processo de análise por outra revista. São aceitos pré-prints. Não são cobradas taxas de submissão e nem de publicação.

São aceitos artigos originais de pesquisa, comunicações breves, artigos de revisão, artigos de atualização, carta aos editores, casos clínicos e resenhas de livros. Os trabalhos que não atenderem às [normas editoriais](#) não serão aceitos para análise e serão devolvidos aos autores para que possam encaminhar novamente para apreciação, após as devidas reformulações.

Requisitos Técnicos

a) Arquivo editável, somente com o texto do original, em Word, digitado em espaço simples, fonte Verdana, tamanho 14, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando cada seção em uma nova página, nesta sequência: título, resumo e palavras-chave [em português, inglês e espanhol], texto iniciando na Introdução, agradecimentos/dados de financiamento/conflito de interesse, referências, tabelas, com respectivos títulos [ao alto] e figuras com legendas [abaixo].

b) Todos os dados sobre o(s) autor(es) deverão ser preenchidos, pelo autor depositante, no formulário de submissão do OJS, e não deverão constar do arquivo original da submissão.

c) Todos os autores deverão ser cadastrados em OJS com:

- nome completo dos autores, sem abreviaturas

- afiliações acadêmicas, ou institucionais, no campo Biografia do formulário, nesta ordem: nome completo da instituição/empresa, SIGLA, cidade, abreviatura do estado, país. Ex: Antonio Geraldo da Silva - Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- O autor depositante deverá incluir coautor(es) - [um a um] - digitando nome completo, sem abreviaturas, afiliação, e-mail, links de Currículo Lattes e ORCID
- deverá clicar, em seguida, nesta opção: enviar e-mail para solicitar autorização ORCID
- ORCID iD não autenticado! Por favor, solicite a autenticação do colaborador. Enviar e-mail para solicitar autorização ORCID do contribuidor
- quando o(s) coautor(es) validar(em) seu(s) ORCID, os demais campos serão automaticamente preenchidos com os dados do proprietário daquele ORCID
- marcar qual será o autor correspondente

d) São aceitos originais nos idiomas português, inglês ou espanhol, desde que os títulos, resumos e palavras-chave também sejam indicados nos outros dois idiomas

e) São aceitas submissões publicadas em repositórios de preprints [SciELO, EmeRI etc.] e/ou redes sociais acadêmicas [Figshare, ResearchGate, Academia.edu etc.], desde que seja fornecido o DOI do documento publicado anteriormente nestes repositórios, sem revisão por pares

f) Marcar no formulário de submissão a opção de permissão para reprodução do material fotográfico, ou em áudio, ou vídeo, do paciente, ou retirado de outro autor, aprovando a utilização destes arquivos em periódicos científicos. É de responsabilidade do(s) autor(es) a publicação somente de imagens, áudios e vídeos, liberados para acesso público, ou com autorização expressa por escrito do(s) paciente(s). Em havendo autorização do paciente, depositar o documento adicional, logo após a submissão do original

g) Não é obrigatório anexar, no ato de submissão, o documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), quando o original contiver pesquisas com seres humanos. No entanto, é obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

h) Anexar, no ato de submissão, um documento, assinado por todos os autores, afirmando o ineditismo do trabalho, assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado, e cedendo o direito de exclusividade de primeira publicação à Associação Brasileira de Psiquiatria. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumirem responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em:

contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados

redação ou revisão crítica do artigo em relação ao conteúdo intelectualmente importante

aprovação final da versão a ser publicada.

i) Autor depositante deverá justificar, no campo comentários ao editor, do formulário de submissão em OJS, caso o total de autores exceda a oito.

j) Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas. Caso haja necessidade, este poderá ser nomeado na seção de agradecimentos

Forma e preparação de manuscritos

As normas da Debates em Psiquiatria são baseadas no formato proposto pelo ICMJE - International Committee of Medical Journal Editors - Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals [dezembro de 2019] - com tradução para o português em 2014

Estrutura Geral do Original a ser submetido pelo sistema OJS

1. Página inicial do original deverá conter somente os seguintes dados:

a) título do original em português, inglês e espanhol, que deverá ser conciso, porém informativo;

b) título resumido, no idioma do texto, com até 50 caracteres;

c) título deverá ser grafado em minúsculas, exceto primeira letra, nomes próprios ou siglas

d) identificar o tipo da submissão: artigo original, artigo de revisão etc.

e) citar fonte(s) de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho, assim como conflito de interesse e parecer CEP. Caso não haja, indicar que são inexistentes

2. Resumo e descritores:

a) A segunda página deve conter o resumo estruturado [introdução, objetivo, método, resultado, conclusão], em português, inglês e espanhol, com no máximo 250 palavras. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significativos, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas.

b) Abaixo do resumo, especificar de três (3) a cinco (5) descritores que definam o assunto do trabalho.

c) Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme. Copie e cole seu resumo, em um dos três idiomas [português, inglês e espanhol, neste link, para selecionar os descritores mais exatos, correspondentes entre si, nos três idiomas

3. Texto:

a) Deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho.

b) Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra, por extenso, em sua primeira aparição no texto.

c) As citações devem estar referenciadas no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos entre colchetes, evitando indicar o nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser separadas por hífen [3-5]. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas [1,3,5]. Os números das citações no texto deverão ser hiperlinkados para as respectivas referências

- d) No texto poderá ser utilizado Autor et al. [3] - Nas referências deverão constar todos os autores, para que as citações sejam contabilizadas a todos eles
- e) Introdução: deve conter sucinta descrição da relevância do tema estudado, o objetivo do estudo e breve revisão da literatura que se relaciona diretamente com o tema em tela
- f) Métodos: deve descrever o modelo do trabalho, indicando qual o instrumento estatístico utilizado para análise dos resultados e, descrevendo os testes utilizados e o valor considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados
- g) Resultados: deve ser apresentado de forma lógica, sequencial, clara e concisa. As tabelas, figuras e quadros devem guardar relação direta com o texto
- h) Discussão: a discussão limitar-se-á aos resultados obtidos, com destaque para a concordância ou discordância com os dados presentes na literatura, ressaltar sua importância e significado destacando as limitações por acaso existentes e, se possível, quais as expectativas futuras que o tema estudado permite
- i) Conclusões: apresentadas em um parágrafo, com até 10 linhas, limitando-se aos dados obtidos

4. Agradecimentos:

- a) Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores
- b) agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros

5. Referências:

- a) Serão aceitas em qualquer norma. Preferencialmente, a apresentação deverá estar em conformidade com o estilo Vancouver, estabelecido na página NLM's International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References. Alguns exemplos dos principais modelos são apresentados a seguir.

- b) Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo adotado na base de dados MEDLINE (www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals).
- c) Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto
- d) Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento e outros trabalhos não publicados poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, apenas citados no texto ou em nota de rodapé.
- e) Todos os autores deverão constar da referência. Não utilizar et al. nas referências.