



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA

**ATENDIMENTO COMPARTILHADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS.**

CAMPO GRANDE - MS

2023

MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA

**ATENDIMENTO COMPARTILHADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO COM
PSICÓLOGOS.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador(a): Me Moysés Martins Tosta Storti

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2023

DEDICATÓRIA

Dedico a todas as pessoas que em toda a inquietude da Atenção Primária em Saúde se fazem “ouvidores”.

SUMÁRIO

1 MANUSCRITO COMPLETO DA PESQUISA	5
ANEXO 1 - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO CGES/SESAU	22
ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS	23
ANEXO 3 – NORMAS PARA FORMATAÇÃO CONFORME PERIÓDICO DEFINIDO COM O ORIENTADOR.....	26
APÊNDICE 4 – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	30

1 MANUSCRITO COMPLETO DA PESQUISA

ATENDIMENTO COMPARTILHADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS.

OLIVEIRA, Marina A. **Atendimento Compartilhado na Estratégia de Saúde da Família:** reflexões sobre a atuação dos psicólogos. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUI/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2023.

Resumo: A qualificação de profissionais por meio dos Programas de Residências em Saúde tem entre seus objetivos a mudança do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde. O atendimento compartilhado é uma ferramenta inovadora nos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde, em especial na atuação do psicólogo, potencializando o compromisso com a integralidade e o protagonismo do usuário em seu cuidado. O trabalho teve como objetivo analisar os atendimentos compartilhados entre os psicólogos e demais profissionais que compõem a equipe de saúde da família em uma Unidade de Saúde da Família de Campo Grande – MS que é campo de práticas para Programas de Residências em Saúde. Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa utilizando do grupo focal e diário de campo como instrumentos de coletas de dados. A partir da análise dos dados realizada seguindo a proposta da Análise de Conteúdo surgiram quatro categorias: Atuação interprofissional nos processos de trabalho; Contradições de modelos de atenção no cotidiano de práticas; Aprendizagem interdisciplinar no Matriciamento; Criação de vínculos no trabalho em saúde. O Atendimento compartilhado é uma importante ferramenta do Matriciamento, ainda que existam dificuldades relacionadas aos processos de trabalho e modelo de atenção, possibilita garantir a integralidade do usuário assim como construir e fortalecer vínculos entre profissionais trabalhadores e, destes, com os usuários. Além de promover corresponsabilização do cuidado e interdisciplinaridade no trabalho em equipe.
Palavras chaves: 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Relação Médico-Paciente. 3. Psicologia da saúde. 4. Educação em Saúde.

Abstract: The qualification of professionals through Health Residency Programs has among its objectives the change in the care model within the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). Shared care is an innovative tool in the work processes of Primary Health Care, especially in the role of the psychologist, enhancing the commitment to comprehensiveness and user empowerment in their care. The objective of this study was to analyze shared care provided by family health teams and psychologists at a Family Health Unit in Campo Grande – MS, which serves as a field for Health Residency Programs. This is a descriptive-exploratory research with a qualitative Participatory Investigation approach, using focus groups and field diaries as data collection instruments. From the data analysis, following the Content

Analysis proposal, four categories emerged: Multiprofessional performance in work processes; Contradictions in care models in daily practices; Interdisciplinary learning in Matrix Support; Building bonds in health work. Shared care is an important tool in Matrix Support, even though there are challenges related to work processes and care models. It enables ensuring the comprehensiveness of the user's care and the construction and strengthening of bonds among professionals and between them and the users. In addition, it promotes shared responsibility for care and interdisciplinary collaboration in teamwork

Key words: 1. Primary Health Care. 2. Doctor-Patient Relationship. 3. Health Psychology. 4. Health Education.

Resumen: La calificación de profesionales a través de los Programas de Residencia en Salud tiene como uno de sus objetivos el cambio en el modelo de atención en el Sistema Único de Salud (SUS). La atención compartida es una herramienta innovadora en los procesos de trabajo de la Atención Primaria de la Salud, especialmente en la labor del psicólogo, potenciando el compromiso con la integralidad y el protagonismo del usuario en su atención. El trabajo tuvo como objetivo analizar las atenciones compartidas entre los equipos de salud familiar y los psicólogos en una Unidad de Salud Familiar en Campo Grande, MS, que sirve como campo de práctica para los Programas de Residencia en Salud. Se trata de una investigación descriptiva-exploratoria con enfoque cualitativo del tipo Investigación Participante, utilizando grupos focales y diarios de campo como instrumentos de recopilación de datos. A partir del análisis de datos realizado siguiendo la propuesta del Análisis de Contenido, surgieron cuatro categorías: Actuación multiprofesional en los procesos de trabajo; Contradicciones de modelos de atención en el cotidiano de prácticas; Aprendizaje interdisciplinario en el Matriciamento; Creación de vínculos en el trabajo en salud. La atención compartida es una herramienta importante en el Matriciamento, aunque existan dificultades relacionadas con los procesos de trabajo y el modelo de atención, permite garantizar la integralidad del usuario, así como construir y fortalecer vínculos entre los profesionales trabajadores y, de estos, con los usuarios. Además, promueve la corresponsabilización del cuidado y la interdisciplinariedad en el trabajo en equipo.

Palabras clave: 1. Atención Primaria de Salud. 2. Relación Médico-Paciente.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (Esf), desde 1994, é o modelo de reorientação assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS), sustentada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, equidade e participação social. A fim de atingir a integralidade da atenção e também a horizontalidade do cuidado, as equipes de saúde da família são compostas por equipes multiprofissionais, voltadas à manutenção do vínculo e à longitudinalidade do cuidado, sendo o usuário responsável da Esf. (BRASIL, 2012)

Para que a integralidade do cuidado aconteça, compreende-se que a “integração das disciplinas e das profissões é entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença” (Peduzzi, 2009, p.421). O trabalho em equipe, portanto, é uma das ferramentas primordiais para a ampliação do cuidado e a quebra com o modelo hegemônico biomédico.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados por meio da Portaria nº 154 de 24 de junho de 2008, do Ministério da Saúde, para ampliar o escopo de ações da APS pela prática do apoio matricial. Entende-se por apoio matricial, um novo modelo de produção de saúde, fundamentado no compartilhamento de saberes entre equipe de apoio e equipe de referência por meio de suporte técnico assistencial, pedagógico e sanitário. (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007). Recentemente, houve uma mudança na nomenclatura do NASF e no modelo de incentivo financeiro através da Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, que institui a implementação das equipes Multiprofissionais (eMulti) que irão atuar de forma integrada e complementar as equipes da APS. Foi, portanto, através do NASF que se deu o ingresso dos psicólogos na APS, na área estratégica de Saúde Mental. (Brasil, 2008).

Dimenstein (2000) discorre “...sobre as ideias e valores individualistas são hegemônicos e constitutivos da cultura do psicólogo no Brasil.” (p.106). O Movimento da Reforma Sanitária aliado a outros movimentos trouxe uma nova forma de se pensar e fazer saúde coletiva, provocando mudanças também na psicologia enquanto

profissão e formação. Dimenstein (1998) afirma que a história da psicologia no Brasil é recente, havendo sido regulamentada apenas em 1964 através do Decreto nº 53.464.

Devido o desconhecimento de seu lugar na equipe de saúde, entra-se em um embate, realizar somente os atendimentos clínicos individuais solicitados pela equipe como ambulatório de saúde mental ou trabalhar dentro da lógica do Matriciamento? Percebe-se dificuldade da eSF em se responsabilizar e ter acesso aos usuários com demandas conhecidas como da área de “Saúde Mental”, havendo assim prejuízo na continuidade do cuidado e na atenção à integralidade graças a predominância do modelo hegemônico biomédico, que acabam por fragmentar o sujeito dificultando a vinculação com a USF, complicando sua possibilidade de adesão ao tratamento e inviabilizando a construção de novos projetos terapêuticos.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da SESAUF/IOCRUZ de Campo Grande – MS, no qual se insere essa pesquisa, promoveu a oportunidade de profissionais de Psicologia serem diretamente inseridos nas equipes de uma Unidade de Saúde da Família, participando ativamente dos processos de trabalho da eSF, compartilhando saberes e realizando intervenções diferentes das vivenciadas no cotidiano do NASF.

Entende-se que, com a formação dos profissionais pelo PRMSF, é possível buscar transformar o modelo de atenção, buscando priorizar o atendimento compartilhado como ferramenta para qualificar o trabalho da psicologia em conjunto com a eSF, em busca da mudança do modelo de atenção, ampliando o conceito de saúde em sua visão holística, tendo como compromisso a integralidade e o protagonismo do usuário em seu cuidado. Neste cenário de qualificação dos profissionais das ESFs e da eficácia dos atendimentos na APS, é relevante compreender como ocorre o atendimento compartilhado entre psicólogo e equipe de saúde da família em uma unidade de saúde no município de Campo Grande - MS.

Sendo assim, esse trabalho teve como objetivo analisar os atendimentos compartilhados entre equipes de saúde da família e profissionais de psicologia em uma Unidade de Saúde da Família de Campo Grande – MS. Para tanto, buscou-se descrever como ocorrem os processos de trabalho em equipe das psicólogas na Unidade de Saúde Dr. Alfredo Neder - CoopHavila II, Identificando as percepções da equipe de saúde da família acerca dos atendimentos compartilhados com as

psicólogas na Atenção Primária em Saúde e discutir sobre os desafios e potencialidades do apoio matricial na Atenção Primária em Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo elaborado por meio de pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa do tipo Investigação Participante realizado no ano de 2023. Segundo Minayo (2014, p.162) tal análise parte do princípio do papel do investigador como ator político transformador, promovendo a participação e incrementando debates, tendo em vista que o projeto se efetuará com aos profissionais das equipes de saúde nas quais a autora do projeto está inserida como psicóloga residente. Neste estudo, a Investigação Participante busca soluções para problemas concretos da consulta compartilhada como processo de trabalho através da promoção da participação dos membros da equipe de saúde da família realizando análises críticas e encontrando resoluções. (MINAYO, 2014)

O projeto foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Alfredo Neder - Coophavila II, localizada no bairro Coophavila II em Campo Grande - MS. Esta Unidade é campo de práticas, desde o ano de 2020, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) e Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS (Sesau) em parceria com a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde. Compõe a equipe da Unidade, também, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) Coophavila II desde o ano de 2020. Esta equipe, atualmente, é composta por três profissionais: profissional de educação física, fisioterapeuta e psicólogo.

A pesquisa teve como participantes três equipes de saúde da família da USF Coophavila II, compostas por diferentes categorias de profissionais da saúde, tais quais: agente comunitário de saúde, agente de combate a endemias, enfermeiro, médico, profissionais da psicologia e técnico de enfermagem. Duas destas equipes contam também com equipes de saúde bucal compostas por Auxiliar de saúde bucal e Cirurgião-dentista. No total, foram convidados 46 profissionais membros das equipes para a participação na pesquisa.

As equipes foram escolhidas levando em consideração os seguintes critérios

de inclusão: equipes em que os preceptores e profissionais tenham pelo menos um dos médicos e um dos enfermeiros com mais de um ano de trabalho na Unidade, tendo em mente que cada equipe que recebe residentes apresenta uma rotatividade anual de trabalhadores.

Dentro das 6 equipes atuantes na USF, apenas 3 preencheram os critérios de inclusão, tendo em vista a rotatividade de profissionais por conta dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. A coleta de dados deu-se pela observação participante e registro em diário de campo durante o acompanhamento dos processos de trabalho da equipe e da pesquisadora como psicóloga residente, tais como: atendimentos compartilhados, reuniões de equipe, matriciamentos, atividades coletivas e entre outros.

Ocorreu, também, a realização de um grupo focal com cada equipe de saúde da família participante dessa pesquisa, utilizando roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE 4). O grupo focal foi realizado durante as reuniões de equipe com duração média de 30 minutos cada e, ao total das três equipes, 28 profissionais concordaram em participar da pesquisa entre eles 6 eram Médicos residentes, 4 Enfermeiras residentes e 2 Enfermeiras preceptoras, 2 Psicólogas residentes, 1 Dentista, 10 Agentes comunitários de Saúde e 3 Agentes de Endemias. Os encontros dos grupos tiveram aproximadamente 30 minutos de duração e foram gravados com o consentimento de todos.

A análise dos dados seguiu os preceitos da Análise de Conteúdo, que Bardin (2011, apud Minayo, 2014, p. 38) definiu como "(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens". Segundo a autora, neste tipo de análise, o mais importante não é o conteúdo escrito através da mensagem, mas sim o que ela significa dentro do contexto e das circunstâncias em que ocorre. (MINAYO, 2014). Após a coleta de dados, o conteúdo da observação participante e dos grupos focais foi submetido à Análise Temática proposta dentro do modelo citado, que se desenvolve em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretados.

Este estudo seguiu todas as etapas, orientações e recomendações da Plataforma Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) número: 6.445.550. Por tratar-se de uma pesquisa com coleta de dados em campo, todos os

participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No geral, observou-se que as equipes foram receptivas e participativas durante a coleta de dados e vale ressaltar a singularidade do processo de trabalho em cada uma delas. Para identificar e categorizar as falas foram utilizadas siglas como: M1 para profissionais médicos da entrevista 1, E2 para profissionais de enfermagem da entrevista 2, ACS3 para agentes de saúde da entrevista 3, P para profissionais da psicologia e assim por diante.

A análise de dados resultou na configuração de quatro categorias relacionadas à temática da pesquisa, que serão discutidas a seguir, sendo elas: Atuação multiprofissional nos processos de trabalho; Contradições de modelos de atenção no cotidiano de práticas; Aprendizagem interdisciplinar no Matriciamento; Criação de vínculos no trabalho em saúde.

Atuação multiprofissional nos processos de trabalho

A Atenção Primária é conhecida por ser a principal porta de entrada aos serviços de saúde e através dela chegam, diariamente, diferentes variedades de demandas e é dever da USF garantir o acesso e a integralidade do cuidado para o usuário (Starfield, 2002). Os processos de trabalho na APS são organizados a partir de atributos essenciais como os de acesso, integralidade, cuidado longitudinal e coordenação do cuidado, e atributos específicos como competência cultural e comunitária.

O atendimento compartilhado foi verificado como uma possibilidade de acesso ao profissional de psicologia, especialmente nos atendimentos individuais e visitas domiciliares dentro do processo de trabalho, como exemplificado por E1 *“...para a gente [profissionais de enfermagem] é ruim que quando a gente está em consultório, nem sempre vem demanda somente para enfermagem, direcionada para enfermagem, então é geral, mas nós temos, na grande maioria das vezes, um respaldo da consulta compartilhada com a medicina ou a psicologia...”*.

Conforme observado, o trabalho das equipes de saúde da família está organizado prioritariamente por meio de acolhimento ao usuário, visitas domiciliares e atendimentos individuais, seguindo adscrição do usuário em acordo com a territorialização elaborada em nível local.

Tendo como um de seus atributos a Integralidade a qual Starfield (2002) define como “a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente” e coloca como dever a obrigatoriedade de disponibilizar recursos para abordá-las.” De acordo com a autora:

“A integralidade é, assim, julgada pelo quanto a variedade disponível de serviços atende às necessidades que são comuns em todas as populações e as necessidades que são comuns na população atendida, bem como a extensão na qual há evidências de que os serviços são usados de forma adequada para atender estas necessidades.” (Starfield, 2002, p. 317)

Percebe-se que os atendimentos compartilhados são vistos como mais resolutivos, tendo em vista que mais profissionais se voltam às queixas dos usuários. Entretanto, observa-se através da fala de E1 entrevistada *“Quando a gente vai disponibilizar o caso [compartilhar a consulta] e a pessoa [profissional médico] fala não, faz isso aí você faz o que tem que ser feito, imprimir a receita. Às vezes o profissional não tem tanta paciência. Só leva a receita lá, ele assina e tchau”* que o cuidado ainda é centrado nas queixas, deixando de lado aspectos importantes para a efetivação da integralidade.

Outras atividades que se destacaram foram: atividades coletivas, procedimentos médicos e de enfermagem, cadastramento de usuários, reuniões de equipe e monitoramento e gestão de indicadores. O trabalho do psicólogo, nesse contexto, aparece ainda dentro da proposta dos núcleos de apoio à saúde da família (Ministério da Saúde, 2008), que tem como objetivo ampliar o escopo de ações dos profissionais das equipes de referência. De acordo com as Diretrizes do Nasf o foco de seus processos de trabalho deve envolver a territorialidade adscrita, “priorizando os atendimentos compartilhados e interdisciplinares, com troca de saberes, capacitação e responsabilização mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos.” (Ministério da saúde, 2009)

Nesse sentido, foi observado que os atendimentos compartilhados se apresentam como momento de integração entre os profissionais de referência e de

apoio como percebido por M3 em sua fala sobre atuação em conjunto com a psicologia: *“Na minha rotina chamo bastante para compartilhar, quando é algum caso que demanda a assistência psicológica, também visitas domiciliares que faço quase todas com a psicologia.”*. De acordo com Lacerda e Moretti-Pires (2016) compreende-se como interdisciplinaridade o processo de interação entre disciplinas, envolvendo a cooperação no compartilhamento do conhecimento através de uma ação coordenada.

Contradições de modelos de atenção no cotidiano de práticas

Mendes (2010) afirma que a fragmentação dos sistemas de saúde se caracterizam por diversos fatores, entre eles:

“... pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos”

Os atendimentos individuais de médicos e enfermeiros são organizados por meio de agenda, em horários não concorrentes de acordo com M3 que exemplifica: *“...tem alguns dias de vigilância, dias de procedimento e dias de consultório, nesse de consultório basicamente atendimentos a cada 20 minutos de agendamento e alguns casos prioritários a gente reserva duas vagas de 20 minutos.”* A gestão da agenda e a conciliação de horários é um ponto importante para reflexão, pois, interfere diretamente na possibilidade dos atendimentos compartilhados conforme explicito por M1: *“Às vezes até o próprio horário para fazer a consulta compartilhada não bate, por exemplo: eu atendo em um horário e a psicologia é em outro horário.”*

Neste sentido, o tempo das consultas também se mostrou um fator desafiante, como destacado a seguir por M1 *“Uma coisa que prejudica bastante o fluxo de atendimento por questões dos horários, é que cada paciente tem o mesmo horário de limite, infelizmente isso a gente sabe que tem que ter. Por que cada caso é um caso, tem situações que a gente resolve em 20 minutos e coisas que demoram mais.”* pois a agenda dos profissionais segue quantidade específica determinada pela gestão. Mendes(2010) pontua que os problemas da ESF não serão resolvidos através de uma *“agenda estrangida que se concentra na flexibilização do trabalho médico.”* (2011,

p.99)

De acordo com Dimenstein e Macedo (2012) existem dois aspectos importantes para o entendimento da atuação do psicólogo no SUS: a entrada deste profissional nas equipes e em serviços de saúde não trouxe alterações significativas das práticas da própria categoria nem no trabalho dos outros profissionais, mantendo assim, a lógica do modelo mecanicista biomédico; a necessidade do profissional em realizar intervenções éticas, colocando em análise suas práticas para ir além da dimensão técnica, acarretando problemáticas a cerca dos “modos de organização, gestão e subjetivação nos serviços de saúde” (p.238).

Percebe-se através da fala de M3 “... a gente acaba compartilhando todos os pacientes que vem tristes, chorosos, sensação de ansiedade, já chamo também, me apoio muito nela [profissional de psicologia], vários dos meus casos a gente compartilha.” certa dificuldade da eSF de entender a atuação do profissional psicólogo em uma Unidade de Saúde, o que aparentemente pode estar contribuindo para aumentar o alto índice de solicitações de interconsultas e encaminhamentos trazidos pelos profissionais das equipes de pacientes com demandas relacionadas a de saúde mental que poderiam ser resolvidos pela própria equipe.

Aprendizagem interdisciplinar no Matriciamento

Através da fala de P3: “...nas reuniões, aqui [momento em que ocorria a entrevista] é um lugar muito importante, de programar a continuidade desse cuidado, por que nas reuniões que conseguimos discutir, conversar com os ACS e outros profissionais, checar histórico e tudo mais, nesse momento a gente consegue compartilhar.” percebe-se que a reunião de equipe também se demonstrou como espaço promotor do atendimento compartilhado, gerando tanto novos atendimentos quanto dando continuidade àqueles que aconteceram anteriormente. De acordo com Grando e Dall’agnol (2010), as reuniões de equipe são instrumentos relevantes para definição de tarefas, assim como promoção de discussões de caso através de uma perspectiva interdisciplinar, além ser um espaço oportuno para desenvolver atividades de educação permanente.

Ainda, as visitas domiciliares possibilitaram a inclusão de um ator importante no cuidado na APS dentro dos atendimentos compartilhados: o agente comunitário de

saúde conforme pontuado por E3 *“Esse olhar que o ACS tem sobre a família quando ele diz ‘olha acho que naquela casa ta acontecendo isso’ valoriza o que ele fala porque é a pessoa que mais conhece a família, então a gente precisa valorizar o que ele traz de percepção para nós.”* como destacado por ACS3: *“Para nós acs também é bem interessante porque quando você faz uma visita no olhar você consegue perceber alguma situação, né?...eu acho que cada ACS tinha que fazer visita com psicólogo, porque volta para casa na maioria das vezes bem diferente do que saiu...a presença da psicologia de certa forma tem sido bem útil.”* Lacerda, Moretti-Pires (2016) ressaltam sobre a importância do olhar ampliado de toda a equipe para a identificação de demandas e casos prioritário.

Durante os atendimentos compartilhados, foram observadas situações que nos permitem relacionar aos processos de mudança dos modelos de atenção propostos desde a inserção da Estratégia Saúde da Família nos serviços de APS (Ministério da Saúde, 2011). É importante analisar o modelo de produção das ações da Atenção Primária à Saúde para entender como isto afeta a forma de construção de saúde. De acordo com Guedes (2018, p.7 apud Paim e Almeida-Filho, 1998):

“O próprio campo da Saúde Coletiva surge com a proposta de substituir o paradigma biomédico até então hegemônico na produção de saberes e práticas no setor saúde. Tendo como referência o modelo de “história natural da doença”, as práticas biomédicas operam a partir de um reducionismo que tendia a desconsiderar os determinantes sociais da saúde e a dimensão subjetiva, postulando então um fazer fragmentado. É bom lembrar também que parte dos alicerces da Saúde Coletiva deriva não só da crítica ao modelo biomédico, mas também ao modelo da velha saúde pública, que repetia muitas vezes uma visão fragmentária e objetivante embora tivesse “o social” como alvo das suas análises e intervenções.”

Os profissionais enfermeiros e médicos, principalmente, encontram na atuação das psicólogas estratégias de trabalho que, aparentemente, entendem como deficiente na sua prática, conforme destacado por fala de M1 *“...ela [psicóloga] tem conhecimento em áreas que a gente não tem como médico, a gente acaba aprendendo bastante também com as consultas [compartilhadas]...é um saber diferenciado, mas tento compartilhar com ela sempre os pacientes que me sinto um pouco mais inseguro de fazer a conduta sozinho.”* Fagundes refere que: “Apesar de se sentirem preparados para o acolhimento do sofrimento apresentado, não possuem ferramentas teóricas e práticas para uma intervenção que considerem ser de qualidade e que promova cuidado para além do emergencial, prevalecendo

sentimentos de medo e incapacidade em relação ao sofrimento psíquico.” (2019, p. 2312)

Um ponto que se destaca nos atendimentos individuais é a separação do cuidado voltado à saúde física e ao corpo do usuário em relação ao cuidado em saúde mental quando M2 coloca *“eu realmente sinto uma necessidade da Psicologia, principalmente quando o luto é recente ou prolongado porque eu tenho dificuldade na condução da conversa, então eu gosto do apoio da Psicologia para conduzir a conversa porque senão eu não consigo andar na conversa com paciente”* e E2 ressalta *“É a questão da ferramenta, da Psicologia, né? Pelo menos eu não tenho manejo com Saúde Mental.”*

É importante entender que o cuidado não se faz apenas na doença, ele deve abranger a vivência de uma pessoa, pois este é um ser complexo, ou seja para além da sua saúde ou doença, carrega, sua história de vida, seus anseios e angústias, suas expectativas, desejos e relacionamentos familiares e sociais produzidos no meio. Este é o maior desafio para a atuação e para o cuidado na saúde, o manejo da equipe diante do indivíduo, para além dos protocolos e clínicas médicas, buscando compreendê-lo em sua totalidade. (Franco e Hubner, 2019) Os autores referem que o verdadeiro problema é *“...que na maioria das vezes nem consideramos o outro como sujeito, mas, sim, como mero objeto de nossas práticas.”* (p. 96)”

Porém apesar de estar presente dentro do cotidiano e processo de trabalho da USF, alguns profissionais desconhecem o significado do termo Matriciamento, como observado através de fala de M3 *“Eu acho que a gente não tem [Apoio Matricial] ...ah sim, só ficamos na dúvida pelo termo Matriciamento, acho que a gente nunca ouviu falar disso, mas está muito presente.”* o que pode dificultar o reconhecimento de uma das formas de atuação do profissional de psicologia na APS.

O atendimento compartilhado significou, nas palavras da equipe, um momento importante de Matriciamento como mencionado por E3 *“Essa visão que as duas profissões têm né? Até onde a enfermagem vai e onde a psicologia ela entra complementando aquilo que a enfermagem não consegue fazer acaba sendo interessante... e o quanto a gente aprende com essas consultas compartilhadas também, porque no próximo paciente que você for atender, se o caso for parecido, a gente já tem algo a mais para dar para o paciente. Já tem um olhar diferente porque compartilhamos algo parecido com a psicologia. A gente aprendeu algo né?”* Para

que o matriciamento seja implementado é preciso estruturação de novas tecnologias, sendo a interconsulta um dos principais instrumentos do apoio matricial, sendo definida como uma prática interdisciplinar no processo de construção da integralidade do cuidado. (Ministério da saúde 2011). De acordo com o Ministério da Saúde (2011, p.25):

“Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de conhecimentos, sendo assim um instrumento potente de educação permanente.”

Nota-se através da fala de E3 *“Depois que acaba o atendimento a gente acaba comunicando tendo esse feedback muito com o outro, né? Como foi o atendimento, e o que a gente pode fazer em conjunto.”* que o suporte técnico-assistencial foi verificado na atuação das psicólogas, principalmente, nos casos em saúde mental e violências, ampliando a atuação dos profissionais tanto no cuidado quanto na gestão dos casos de acordo com M3 entrevistada *“...as condutas são todas formadas em conjunto então, às vezes a gente conversa assim e aí o que você acha que podemos fazer?”*

Conforme colocado por E1 *“Um espaço importante também são as reuniões de equipe, que a psicologia sempre está presente, a gente faz as discussões dos casos mais complexos.”* o suporte pedagógico demonstrou-se inserido dentro das atividades reunião de equipe, mas também relacionado aos atendimentos compartilhados, na medida em que possibilitaram exemplos concretos para a aprendizagem de novos conhecimentos. As Diretrizes do Nasf (BRASIL, 2009) pontuam sobre essa possibilidade da troca de saberes e experiência geradas para os profissionais envolvidos, além da importância da discussão de casos e criação de projetos terapêuticos em reuniões.

Criação de vínculos no trabalho em saúde.

Por fim, os atendimentos compartilhados demonstraram uma importante ferramenta de construção de vínculo entre os trabalhadores e, destes, com os usuários no trabalho em saúde assim como dito por ACS1 *“Eles até falam assim, meu médico, minha enfermeira, então cria-se esse vínculo muito forte.”*

O vínculo é uma tecnologia importante de cuidado e pertence a todos os profissionais dentro de suas relações, como observado por M3 “todo mundo da Equipe acaba sendo um ouvidor né.” conforme Merhy (2004) pontua ao descrever como o movimento da vida produzindo vida, ressignificando encontros e promovendo cuidado em saúde. Os atendimentos compartilhados disponibilizam um espaço de trocas entre as pessoas, diminuindo as verticalidades nas relações de cuidado, propiciando que os usuários tenham maior participação nas decisões sobre a sua saúde como exemplificado por M1 “*ela [paciente] desenvolveu um vínculo com a gente, tanto que depois que mudou de área [de equipe] e ainda queria continuar com a gente.*”

Pela fala de P2 “*...O cuidado, né não necessariamente acontece numa consulta, então a gente não compartilha só no momento do atendimento em si. Enfim, a gente compartilha também quando atendo individualmente ou quando outro profissional está atendendo e a gente discutiu esse caso antes ou vai discutir posteriormente.*” observou-se, também, que o vínculo foi fortalecido, na medida em que os atendimentos compartilhados representaram uma continuidade do atendimento ao usuário ao longo do tempo, visto que serviu como disparador de uma gestão do cuidado que previa atendimentos sincronizados pelos profissionais.

CONCLUSÃO

Embora seja reconhecido que a ESF proporcione uma visão ampliada de Saúde e possibilite ruptura com modelo biomédico, a Saúde Mental ainda suscita insegurança nos profissionais de saúde da APS.

Nesse contexto, percebe-se o papel intermediador desempenhado pelo psicólogo, considerado o principal agente na promoção da Saúde Mental. Atuando de maneira interdisciplinar, especialmente nas interconsultas, fornecendo segurança e suporte técnico através do Matriciamento.

O Atendimento compartilhado é uma importante ferramenta do Matriciamento, ainda que existam dificuldades relacionadas aos processos de trabalho e modelo de atenção, possibilita garantir a integralidade do usuário assim como construir e fortalecer vínculos entre profissionais trabalhadores e, destes, com os usuários.

Observa-se aspectos em comum destacados pelas três equipes, incluindo a dificuldade de gestão das agendas para realização de consultas compartilhadas, bem como a demora durante essas consultas, resultando ocasionalmente em atrasos nas

demandas seguintes. Ainda que a maioria afirme que a realização das interconsultas é de grande valia para assegurar a integralidade do usuário, assim como promover a resolutividade para casos semelhantes que possam surgir, além de fomentar a interdisciplinaridade do conhecimento.

O Matriciamento é um importante dispositivo de corresponsabilização do cuidado, tendo em vista que para que aconteça é necessária comunicação e trabalho conjunto entre equipe. Ainda que pouco reconhecido no cotidiano pelos profissionais de saúde é uma ferramenta com potencial para expandir a interdisciplinaridade e garantir a integração da equipe proporcionando olhar ampliando sobre saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27) Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nas_f.pdf Acesso em: 03 de maio de 2023.

CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4:393-404

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

DIMENSTEIN, M. A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: Implicações Para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde. *Estudos de Psicologia*, v.5, n.1, p. 5-121, 2000.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. *O Psicólogo Nas Unidades Básicas De Saúde: Desafios Para a Formação E Atuação Profissionais*. 1998.

FRANCO, Túlio Batista. HUBNER, Luiz Carlos Moreira. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? ENSAIO. *Saúde debate*, vol 43.2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S608> Acesso em: 10 de janeiro de 2024.

GRANDO MK, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery* 2010;14(3):504-510. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300011> Acesso em: 12 de janeiro de 2024

GUEDES Felipe. Os desafios do fazer compartilhado do Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: trânsitos entre núcleo e campo. Orientador: Prof. Dr. Bruno F. Emerich. TCR - Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Unicamp, Campinas. 2018. Disponível em: tcc_felipe_guedes.pdf (unicamp.br). Acesso em: 10 de janeiro de 2024.

LACERDA, JT; Moretti-Pires, RO. Processo de trabalho na atenção básica. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. p. 13. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7454> Acesso em: 09 de janeiro de 2024

MENDES Eugênio. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> . Acesso em 10 de janeiro de 2024.

MACEDO, J. P. S. & Dimenstein, M. (2012). O trabalho dos(as) psicólogos(as) nas políticas sociais no Brasil. *Avances en Psicologia Latinoamericana*, 30(1), 189-199.

MENDES, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MERHY, E.E. (2004) O ato de cuidar: A alma dos serviços de saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. *Revista SUS Brasil: Cadernos de textos*. Ministério da Saúde, Brasília, 108-137

MINAYO M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14.ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco, 2014.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B. (Orgs.). Dicionário de educação profissional em saúde 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.419-26.

Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília DF, 25 jan. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 06 de junho de 2023.

Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília DF, 25 jan. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 06 de junho de 2023.

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 09 de janeiro de 2024.

Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023 - Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-informativa-e-multi-portaria-635-2023-1684936021.pdf>. Acesso em: 22 de dezembro de 2023

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002

ANEXO 1 – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO CGES/SESAU



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Atendimento Compartilhado na Estratégia de Saúde da Família: reflexões sobre a atuação com psicólogos.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 46			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA			
6. CPF: 050.122.631-11	7. Endereço (Rua, n.º): CEARA 800/1952 SANTA FE ap 11 bloco A3 CAMPO GRANDE MATO GROSSO DO SUL 79021000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 67999044886	10. Outro Telefone:	11. Email: marinametlla@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data: <u>23</u> / <u>06</u> / <u>2023</u></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px;">Documento assinado digitalmente MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA Data: 23/06/2023 13:47:08 0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>Assinatura</p> </div> </div>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Fundação Oswaldo Cruz	13. CNPJ: 33.781.055/0009-92	14. Unidade/Órgão: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	
15. Telefone: (21) 3836-2103	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Jislaine de Fatima Guilhermino</u> CPF: <u>659.028.589-68</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Coordenadora</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data: <u>23</u> / <u>06</u> / <u>2023</u></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 8px;">Jislaine de Fatima Guilhermino STAPE-1355012 FIOCRUZ Assinatura</p> </div> </div>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atendimento Compartilhado na Estratégia de Saúde da Família: reflexões sobre a atuação com psicólogos.

Pesquisador: MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74427423.2.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.445.550

Apresentação do Projeto:

"Atendimento Compartilhado na Estratégia de Saúde da Família: reflexões sobre a atuação com psicólogos", assim denominado o trabalho tem como objetivo analisar os atendimentos compartilhados entre equipes de saúde da família e psicólogas em uma Unidade de Saúde da Família de Campo Grande/MS, campo de práticas para Programas de Residências em Saúde. será elaborado por meio de pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa do tipo Investigação Participante no ano de 2023

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os atendimentos compartilhados entre equipes de saúde da família e psicólogas na Unidade de Saúde da Família, observando como ocorrem os processos de trabalho em equipe; identificando a percepção da equipe de saúde da família acerca dos atendimentos compartilhados com as psicólogas na Atenção Primária em Saúde e discutindo os desafios e potencialidades do apoio matricial na Atenção Primária em Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Desconforto em participar do grupo focal durante o andamento do projeto, sendo assegurada a desistência no TCLE. Os benefícios serão o envio do relatório final da pesquisa com os principais resultados e, indiretamente, a contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas com vistas à atenção integrada à saúde.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 6.445.550

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A coleta de dados se dará pela observação participante e registro em diário de campo durante o acompanhamento dos processos de trabalho da equipe e da pesquisadora como psicóloga residente, tais como: atendimentos compartilhados, reuniões de equipe, matriciamento da equipe de Saúde da Família com psicóloga(s) do NASF e a pesquisadora psicóloga residente, atividades coletivas entre outros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- 1 - Projeto Básico na PB (adequado);
- 2 - Folha de rosto (adequada);
- 3 - TCLE (adequado);
- 4 - Cronograma (adequado);
- 5 - Orçamento (adequado).

A Pesquisadora também apresentou carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande para realização do seu campo de coleta.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que foram atendidos todas as exigências éticas para apreciação, o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando as Resoluções 466/12 e 510/16 CNS, a pesquisadora deverá enviar para este CEP seu relatório final e, caso seja necessário, seu relatório parcial.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2167847.pdf	11/09/2023 11:06:32		Aceito
Projeto Detalhado	PROJETOMARINA.pdf	14/08/2023	MARINA AMETLLA	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 6.445.550

/ Brochura Investigador	PROJETOMARINA.pdf	10:39:28	DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAa.pdf	20/07/2023 10:36:14	MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAODECOMPROMISSODOP ESQUISADORESPONSAVEL.pdf	20/07/2023 10:28:31	MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREES CLARECIDOo.pdf	20/07/2023 10:18:06	MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	03/07/2023 10:19:29	MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	26/06/2023 12:41:49	MARINA AMETLLA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 23 de Outubro de 2023

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

ANEXO 3 – NORMAS PARA FORMATAÇÃO CONFORME PERIÓDICO DEFINIDO COM O ORIENTADOR

Periódico definido: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as [recomendações do ICMJE](#). Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos [critérios de autoria](#). Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a [Taxonomia das Funções do Colaborador \(CRediT\)](#) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.
- **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a [política de conflitos de interesse](#).
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).

- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta [MeSH on Demand](#) ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“*prints*”). Figuras em formato raster (“*bitmap*”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: “[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#) (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de

dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo [CSE](#) e pelo [ICMJE](#).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita **material suplementar**. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios

como [Zenodo](#), [OSF](#) ou [Figshare](#), e citados no manuscrito conforme descrito na política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#).

Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver [Dados abertos e reprodutibilidade](#)) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre [Ética em pesquisa](#) e [Dados abertos e reprodutibilidade](#).

ANEXO 4 – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE

1. Como é o seu dia-a-dia de trabalho e como acontece o seu trabalho em equipe junto com o profissional de psicologia? Quais exemplos.
2. Em que casos vocês avaliam que é necessária uma consulta compartilhada com o psicólogo durante a consulta?
3. De que modo você percebe a atuação do psicólogo na atenção primária em saúde.
4. Como você vê a atuação do psicólogo por meio do apoio matricial?
5. Na sua percepção, quais são as dificuldades/desafios para a realização do matriciamento pelo psicólogo em uma equipe de saúde?