

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

NATÁLIA CAROLINE ALVES

**QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO  
SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE**

UBERLÂNDIA

2021

NATÁLIA CAROLINE ALVES

**QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO  
SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para a obtenção de título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Renato Paranhos

UBERLÂNDIA

2021

## AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Educação (MEC), pelo fomento do programa de pós-graduação *lato sensu Residência Uni e Multiprofissional*, possibilitando a formação de profissionais de saúde capacitados e engajados com as realidades e possibilidades do Sistema Único de Saúde.

A Universidade Federal de Uberlândia, pela excelência das atividades de ensino que colaboraram para meu crescimento e desenvolvimento profissional, através do Programa de Pós-Graduação em Área profissional da Saúde da faculdade de Medicina (PRAPS/FAMED/UFU).

Aos inúmeros profissionais de saúde, com quem tive oportunidade de trabalhar nos campos de prática ao longo dos dois anos de residência. Em especial aos profissionais que foram meus preceptores nas áreas de Enfermagem e da Odontologia, que se dedicaram para que o tempo de estágio em seus locais de trabalho fossem enriquecedores, dinâmicos e desafiadores. Mostrando a nós que apesar de todos os desafios presentes em um sistema de saúde tão amplo e complexo, é possível fazer o melhor e colaborar para a melhora da qualidade de vida dos cidadãos.

## RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver uma revisão sistemática e metassíntese de estudos qualitativos sobre a qualidade de vida relacionada ao trabalho de profissionais da Saúde da Família. **Método:** A revisão sistemática foi desenvolvida para responder à seguinte questão pautada no método PVO: “Quais fatores (variáveis) estão associados com a qualidade de vida relacionada ao trabalho (resultado) de profissionais da Estratégia Saúde da Família (população)?” As bases de dados PubMed, Scopus, Embase, SciELO, Web of Science, LILACS, Science Direct, OpenThesis, OpenGrey e OATD foram selecionadas. A metassíntese analisou as categorias principais e subcategorias de todos os estudos incluídos. **Resultados:** A busca na base de dados resultou em 1.744 registros, e seis deles foram considerados elegíveis para a metassíntese. Quatro fatores foram considerados para a qualidade de vida relacionada ao trabalho: condições de trabalho, processo de trabalho, relações interpessoais e aspectos pessoais. **Conclusão:** Embora este estudo confirme a adequação de aspectos comumente relacionados à qualidade de vida no trabalho, outros fatores são importantes no caso dos profissionais da Saúde da Família, especialmente o contexto de trabalho.

**Descritores:** Saúde da Família. Qualidade de Vida. Revisão Sistemática. Saúde do Trabalhador. Atenção Primária em Saúde.

# THE QUALITY OF LIFE OF FAMILY HEALTH PROFESSIONALS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-SYNTHESIS

## ABSTRACT

**Objective:** To perform a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies about the work-related quality of life of Family Health Strategy professionals. **Methods:** This systematic review was developed to answer the following PVO question: "Which factors (variables) are associated with the work-related quality of life (outcome) of Family Health Strategy professionals (population)?" The PubMed, Scopus, Embase, SciELO, Web of Science, LILACS, Science Direct, OpenThesis, OpenGrey, and OATD databases were selected. The meta-synthesis analyzed the main codes and secondary codes of all included studies. **Results:** The database search resulted in 1,744 reports; six were considered eligible for the meta-synthesis. Four factors were considered for the quality of work life: working conditions; work processes; interpersonal relationships; and personal aspects. **Conclusion:** Although this study confirms the adequacy of aspects commonly related to the quality of work life, other factors are important in the case of FHS professionals, especially work context. **Descriptors:** Family Health. Systematic Review. Quality of Life. Occupational Health. Primary Health Care.

# CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO DE PROFESIONALES DE SALUD FAMILIAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAMINESIS

## RESUMEN

**Objetivo:** Desarrollar una revisión sistemática y metaanálisis de estudios cualitativos sobre la calidad de vida relacionada al trabajo de profesionales de Salud de la Familia. **Método:** La revisión sistemática se desarrolló para responder la siguiente pregunta pauta en metodología PVO: "¿Cuáles factores (variables) están asociados con la calidad de vida relacionada al trabajo (resultado) de profesionales de Estrategia Salud de la Familia (población)?". Fueron seleccionadas las bases PubMed, Scopus, Embase, SciELO, Web of Science, LILACS, Science Direct, OpenThesis, OpenGrey y OATD. La metasíntesis analizó las categorías principales y subcategorías de todos los estudios incluidos. **Resultados:** La búsqueda en bases halló 1.744 registros, seis de ellos fueron considerados elegibles para la calidad de vida relacionada al trabajo: condiciones laborales, proceso de trabajo, relaciones interpersonales y aspectos personales. **Conclusión:** Aunque este estudio confirme que algunos aspectos habitualmente relacionados con la calidad de vida son adecuados, hay otros factores importantes para los profesionales de Salud de la Familia, particularmente el ámbito laboral.

**Descriptores:** Salud de la Familia. Revisión Sistemática. Calidad de Vida. Salud Laboral. Atención Primaria de Salud.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	8
1- INTRODUÇÃO.....	9
2- OBJETIVO .....	9
3- MÉTODOS.....	10
Protocolo e Registro.....	10
Desenho de estudo e critério de elegibilidade.....	10
Bases de dados e estratégia de busca.....	10
Seleção dos Estudos .....	11
Coleta de dados .....	12
Risco de vieses individuais dos estudos.....	12
Metassíntese .....	12
4- RESULTADOS .....	13
Seleção dos estudos.....	13
Características dos estudos elegíveis.....	15
Risco de vieses individuais dos estudos.....	15
Resultados específicos dos estudos elegíveis e metassíntese.....	15
5- DISCUSSÃO.....	18
Limitações do estudo.....	20
Contribuições para Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas.....	20
6- CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXO.....	24

## APRESENTAÇÃO

Intitulado “*Qualidade de vida dos profissionais da Saúde da Família: uma revisão sistemática e metassíntese*”, o presente manuscrito foi submetido e aprovado para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem - **REBEn**, o mais antigo periódico da Enfermagem brasileira, que tem por missão a divulgação e produção científica das diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. O trabalho foi apresentado dentro das normas da revista (ANEXO 1) e foi publicado no ano de 2020. O artigo encontra-se disponível para leitura em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n5/pt\\_0034-7167-reben-73-05-e20190645](https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n5/pt_0034-7167-reben-73-05-e20190645).

Norteadado pelo conceito ampliado de saúde, o entendimento de que a saúde não se define apenas pela ausência de doença, mas como um conceito multifacetado, reflexo de um contexto sociocultural, constantemente influenciado por determinantes e condicionantes. Nos propusemos a compreender os fatores que estão associados com a qualidade de vida relacionada ao trabalho de profissionais da saúde vinculados a Estratégia Saúde da Família, através de uma revisão sistemática com metassíntese de estudos qualitativos sobre essa temática.

Sabendo que as atividades de trabalho estão inseridas nesta definição ampliada de saúde, e que impactam sobremaneira a vida das pessoas, foram considerados como importantes para a qualidade de vida dos profissionais da ESF em nosso estudo, as condições e processo de trabalho, relações interpessoais e aspectos pessoais, com ênfase para a interferência negativa que o contexto de trabalho tem sobre a qualidade de vida relacionada ao trabalho desses profissionais.



## 1- INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é o principal serviço de Atenção Primária à Saúde no Brasil, responsável por intervir sobre os determinantes sociais da saúde e entendida como uma estratégia organizacional do sistema público de saúde brasileiro, que promove atendimento integral, equânime e contínuo <sup>(1)</sup>. A expansão do acesso à saúde no Brasil está associada à grande expansão do número de Equipe de Saúde da Família (ESF) organizadas nos últimos 20 anos que, segundo dados do Departamento de Atenção Básica, passou de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017 <sup>(2)</sup>.

As equipes multiprofissionais que prestam assistência na modalidade Saúde da Família são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dentistas e profissionais auxiliares de odontologia podem complementar essa equipe. Para ampliar o escopo das atividades, esses profissionais podem trabalhar em conjunto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), compostos por profissionais de diferentes áreas da saúde <sup>(3)</sup>. Os profissionais da ESF são responsáveis pelos pacientes que residem em seu território designado, considerando-se os aspectos sociais dos indivíduos e seus relacionamentos com suas famílias e a comunidade <sup>(1,3)</sup>. Para exercer plenamente suas funções, é necessário que esses profissionais preservem sua qualidade de vida, entendendo-se que fatores interferentes podem comprometer muito a qualidade da assistência prestada <sup>(4)</sup>.

Qualidade de vida é um conceito multifacetado que considera a percepção individual do *status* da vida, adequação ao contexto social, cultura e sistemas de valores e a relação com objetivos, expectativas, padrões e preocupações <sup>(5)</sup>. Pode-se observar que qualidade de vida é um conceito genérico aplicado a diferentes contextos de vida, em que o trabalho é uma dimensão central que contribui para compor a identidade pessoal <sup>(2)</sup>. Já a Qualidade de Vida Relacionada ao Trabalho (QVRT) é um desdobramento do termo qualidade de vida e refere-se a fatores multidimensionais referentes à satisfação geral com a vida no trabalho, equilíbrio entre vida pessoal e profissional, sentimento de pertencer ao grupo de trabalho e uma sensação de ser valorizado e respeitado <sup>(6)</sup>. Evidências científicas mostram que a qualidade de vida dos profissionais de saúde tem sido bem estudada <sup>(7)</sup>, mas a condição específica dos profissionais das ESFs nem sempre é um assunto discutido.

## 2- OBJETIVO

Realizar uma revisão sistemática e metassíntese de estudos qualitativos sobre a qualidade de vida relacionada ao trabalho de profissionais das ESFs.

### 3- MÉTODOS

#### Protocolo e Registro

Essa revisão sistemática foi realizada de acordo com os Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálise (PRISMA-P) <sup>(8)</sup> e as diretrizes da Cochrane <sup>(9)</sup>. O protocolo de revisão sistemática foi registrado no banco de dados PROSPERO, sob o número CRD42019135759.

#### Desenho de estudo e critério de elegibilidade

Essa revisão sistemática teve como objetivo responder à seguinte questão norteadora com base na estratégia PVO: Quais fatores (variáveis) estão associados à qualidade de vida (resultado) relacionada ao trabalho dos profissionais das ESFs (população)?

Os critérios de inclusão foram: estudos qualitativos sobre QVRS de profissionais das ESFs, sem restrições de ano, *status* da publicação e idioma. Os critérios de exclusão foram: 1) estudos fora do objetivo; 2) estudos quantitativos sobre qualidade de vida na Saúde da Família; 3) artigos de revisão, cartas ao editor/editoriais, opiniões pessoais, capítulos de livros/livros, livros didáticos, relatórios e resumos de conferências; 4) estudos com alto risco de vieses.

#### Bases de dados e estratégia de busca

As bases de dados *PubMed* (incluindo *MedLine*), *Scopus*, *Embase*, *SciELO*, *Web of Science*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Science Direct* foram utilizadas como fontes primárias de estudo. *OpenThesis*, *OpenGrey* e OATD foram usadas para capturar parcialmente a "literatura cinzenta". Além disso, foi realizada uma busca manual nas referências dos estudos considerados elegíveis na busca eletrônica. Todas as etapas foram realizadas para minimizar os vieses de seleção e publicação.

Os termos do MeSH (*Medical Subject Headings*), DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e Emtree (*Embase Subject Headings*) foram utilizados para selecionar os descritores de pesquisa apropriados. Os operadores booleanos "AND" e "OR" foram utilizados para aprimorar a estratégia de pesquisa por meio de diversas combinações (Tabela 1). A pesquisa foi realizada em janeiro de 2019. Os resultados obtidos foram exportados para o *software EndNote Web* <sup>TM</sup> (Thomson Reuters, Toronto, Canadá), no qual as duplicatas foram removidas. Os resultados restantes foram exportados para o *Microsoft Word* <sup>TM</sup> 2010 (*Microsoft* <sup>TM</sup> Ltd, Washington, EUA), no qual as duplicatas restantes foram removidas manualmente.

**Tabela 1-** Estratégias de busca para bases de dados.

Base de Dados	Estratégia de Busca (janeiro de 2019)
PubMed <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</a>	("Quality of Life"[All Fields] OR "Health Related Quality Of Life"[All Fields] OR "Health-Related Quality Of Life"[All Fields] OR "Life Quality"[All Fields] OR "HRQOL"[All Fields]) AND ("Family Health"[All Fields] OR "Family Health Strategy"[All Fields] OR "Primary Health Care"[All Fields]) AND ("Health Occupation"[All Fields] OR "Health Worker"[All Fields] OR "Health Profession"[All Fields] OR "Health Personnel"[All Fields] OR "Occupational Health"[All Fields])
Scopus <a href="http://www.scopus.com/">http://www.scopus.com/</a>	("Quality of Life" OR "Life Quality") AND ("Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Primary Health Care") AND ("Health Occupation" OR "Health Worker" OR "Health Profession" OR "Health Personnel" OR "Occupational Health") ("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Health-Related Quality Of Life" OR "Life Quality" OR "HRQOL") AND ("Family Health" OR "Family Health Strategy") AND ("Health Worker" OR "Health Profession" OR "Health Personnel")
LILACS <a href="http://lilacs.bvsalud.org/">http://lilacs.bvsalud.org/</a>	("Quality of Life") AND ("Family Health") AND ("Health Personnel") ("Qualidade de Vida") AND ("Saúde da Família") AND ("Saúde do Trabalhador") ("Quality of Life") AND ("Family Health") AND ("Health Workers")
SciELO <a href="http://www.scielo.org/">http://www.scielo.org/</a>	("Quality of Life") AND ("Family Health") AND ("Health Personnel") ("Quality of Life") AND ("Family Health") AND ("Occupational Health") ("quality of life") AND ("Family Health") AND ("health workers")
Web of Science <a href="http://apps.webofknowledge.com/">http://apps.webofknowledge.com/</a>	((("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Health-Related Quality Of Life" OR "Life Quality" OR "HRQOL") AND ("Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Primary Health Care") AND ("Health Occupation" OR "Health Worker" OR "Health Profession" OR "Health Personnel" OR "Occupational Health")))
ScienceDirect <a href="https://www.sciencedirect.com/">https://www.sciencedirect.com/</a>	("Quality of Life" OR "Life Quality" OR "HRQOL") AND ("Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Primary Health Care") AND ("Health Occupation" OR "Health Worker" OR "Health Profession" OR "Health Personnel" OR "Occupational Health")
Embase <a href="http://www.embase.com">http://www.embase.com</a>	('quality of life' OR 'health related quality of life' OR 'health-related quality of life' OR 'life quality' OR 'hrqol') AND ('family health' OR 'family health strategy' OR 'primary health care') AND ('health occupation' OR 'health worker' OR 'health profession' OR 'health personnel' OR 'occupational health')
OpenGrey <a href="http://www.opengrey.eu/">http://www.opengrey.eu/</a>	("Quality of Life") AND ("Family Health" OR "Primary Health Care") AND ("Health Worker" OR "Health Profession" OR "Health Personnel") ("Quality of Life") AND ("Family Health") AND ("Occupational Health")
OpenThesis <a href="http://www.openthesis.org/">http://www.openthesis.org/</a>	("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Health-Related Quality Of Life" OR "Life Quality" OR "HRQOL") AND ("Family Health" OR "Family Health Strategy") AND ("Health Worker" OR "Health Profession" OR "Health Personnel")
OATD <a href="https://oatd.org/">https://oatd.org/</a>	("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Health-Related Quality Of Life" OR "Life Quality" OR "HRQOL") AND ("Family Health" OR "Family Health Strategy") AND ("Health Worker" OR "Health Profession" OR "Health Personnel")

## Seleção dos Estudos

Os estudos foram selecionados em três fases. Na primeira fase, como exercício de calibração, dois revisores discutiram os critérios de elegibilidade e os aplicaram a uma amostra de 20% dos estudos recuperados após a pesquisa inicial, para determinar a concordância entre examinadores. Após alcançar um nível adequado de concordância ( $Kappa \geq 0,81$ ), dois revisores (PRCP e NCA) analisaram metodicamente todos os títulos dos estudos, independentemente. Os revisores não cegaram os nomes dos autores e periódicos. Títulos não relacionados ao tópico foram excluídos nesta fase. Na segunda fase, os revisores (PRCP e NCA) leram os resumos de forma independente, para a aplicação inicial dos critérios de exclusão mencionados acima. Os artigos com títulos que atendiam aos objetivos do estudo, mas que não tinham resumos disponíveis, foram lidos

na fase três. Na terceira fase, os estudos preliminares elegíveis tiveram seus textos completos avaliados para se verificar se preenchiam os critérios de elegibilidade. Quando os dois revisores discordaram, um terceiro (LRP) foi consultado para tomar uma decisão final. Os estudos excluídos foram registrados em um banco de dados separado, explicando os motivos da exclusão.

### **Coleta de dados**

Após a seleção, os estudos foram analisados e dois revisores (NCA e AMH) extraíram informações sobre a identificação do estudo (autor, ano e local), amostra, sexo, idade, coleta de dados, tipo de análise, profissional de saúde investigado e resultados qualitativos (categorias principais, categorias secundárias e falas representativas). Para garantir a consistência entre os revisores, foi realizado um exercício de calibração com ambos os revisores (NCA e AMH), no qual as informações foram extraídas em conjunto de um estudo elegível. Qualquer discordância entre os revisores foi resolvida por meio de discussão e, quando ambos os revisores discordaram, um terceiro (LRP) foi consultado para tomar uma decisão final.

### **Risco de vieses individuais dos estudos**

As ferramentas de avaliação crítica pra revisões sistemáticas de *Joanna Briggs Institute* <sup>(10)</sup>, específicas para estudos qualitativos, foram utilizadas para avaliar o risco de viés e a qualidade metodológica individual dos estudos selecionados. Dois autores (PRCP e AMH) avaliaram independentemente cada domínio em relação ao risco potencial de viés, conforme recomendado pela declaração do PRISMA-P <sup>(8)</sup>. Cada estudo foi categorizado de acordo com o percentual de respostas positivas para as questões correspondentes ao instrumento de avaliação. O risco de viés foi considerado **alto** quando o estudo obteve 49% das respostas "sim", **moderado** quando o estudo obteve de 50% a 69% das respostas "sim" e **baixo** quando o estudo alcançou mais de 70% da pontuação "sim".

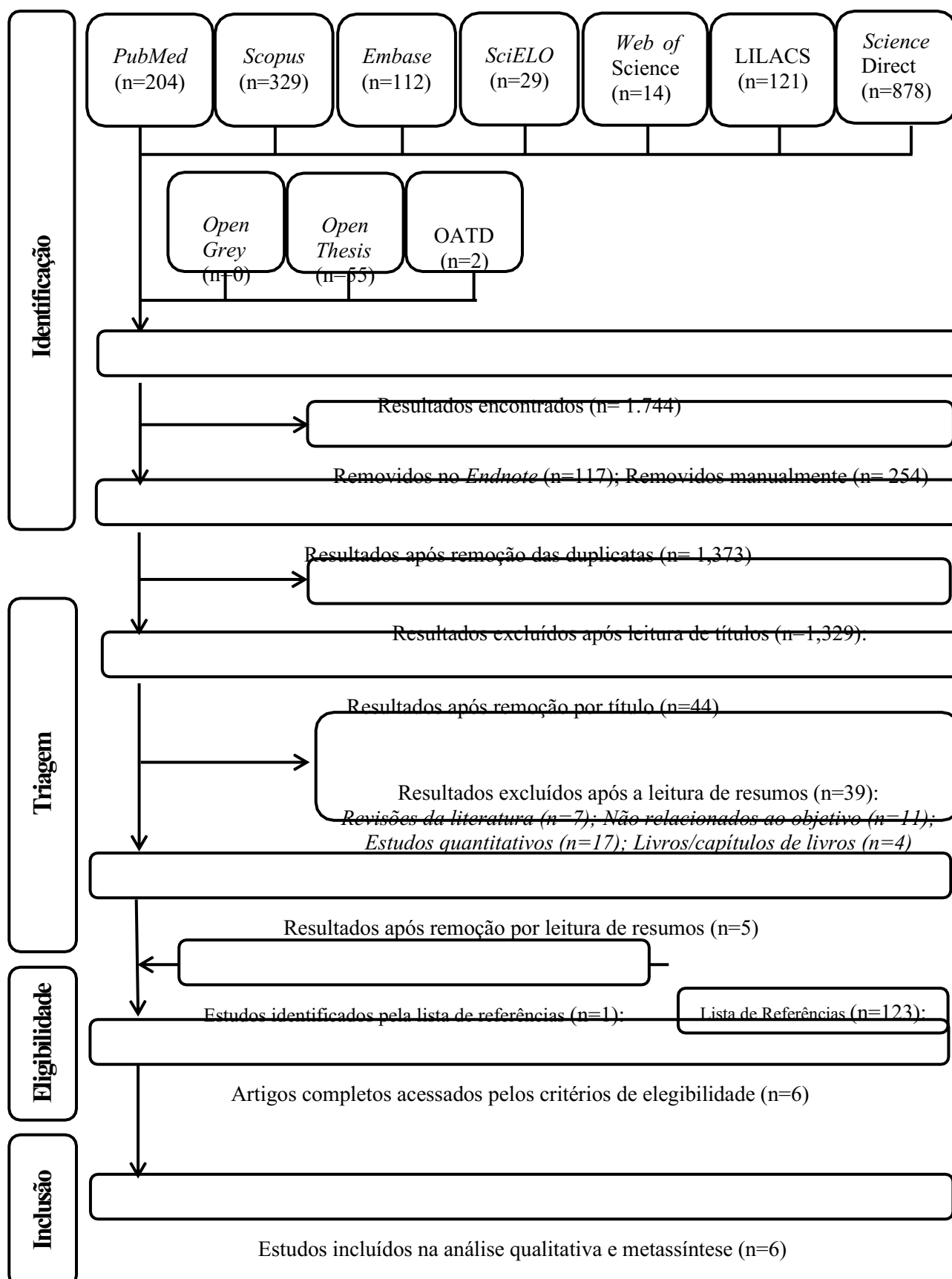
### **Metassíntese**

A metassíntese foi realizada de acordo com as etapas indicadas por Matheus et al. <sup>(11)</sup>. Após identificar os estudos elegíveis, os revisores fizeram a leitura de cada artigo para capturar seu significado. Todas as categorias principais (ou temas) e secundárias foram extraídas dos estudos (Tabela 3) e organizadas por similaridade, divergência ou complementaridade, sem se perder o significado de cada estudo. As categorias principais ou secundárias não relacionadas à QVRT foram excluídas. O último passo foi elaborar uma síntese descritiva, concisa e abrangente das novas categorias principais.

## **4- RESULTADOS**

### **Seleção dos estudos**

Durante a primeira fase da seleção do estudo, foram encontrados 1.744 resultados nas 10 bases de dados eletrônicas, incluindo três bases de dados da “literatura cinzenta”. Após a remoção das duplicatas, restavam 1.373 artigos para a análise de títulos e resumos, dos quais cinco estudos foram considerados elegíveis para a análise em texto completo. As referências dos cinco estudos potencialmente elegíveis foram avaliadas cuidadosamente, e um artigo adicional foi selecionado, resultando em seis estudos para a leitura do texto completo. Após a leitura dos textos completos, todos os estudos elegíveis foram incluídos. Finalmente, seis estudos foram selecionados para análise qualitativa e metassíntese. A Figura 1 descreve o processo de busca, identificação, inclusão e exclusão de artigos.



**Figura 1** – Fluxograma do processo de busca na literatura e seleção, adaptado das recomendações PRISMA-P.

## **Características dos estudos elegíveis**

Os estudos foram publicados entre 2010 e 2017, e todos foram realizados no Brasil <sup>(12-16)</sup>. A amostra total incluiu 263 profissionais das ESFs. A idade média variou entre 22 e 68 anos (Tabela 2). Três estudos <sup>(12,16,17)</sup> discutiram as ESFs, enquanto três estudos <sup>(13-15)</sup> discutiram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) <sup>(13-15)</sup>. Todos os estudos <sup>(12-17)</sup> respeitaram os critérios éticos e os profissionais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os estudos qualitativos foram realizados com entrevistas <sup>(12,13,16)</sup> ou grupo focal <sup>(14,15,17)</sup>. Em relação às equipes pesquisadoras, um estudo foi realizado por apenas um pesquisador <sup>(9)</sup>, dois estudos por dois pesquisadores <sup>(12,17)</sup>, um estudo por cinco entrevistadores previamente treinados e acompanhados por cinco autores <sup>(16)</sup>, e dois estudos não informaram o número de avaliadores no processo <sup>(14,15)</sup>. A Tabela 2 mostra mais detalhes dos artigos elegíveis.

## **Risco de vieses individuais dos estudos**

Todos os estudos elegíveis <sup>(12-17)</sup> apresentaram baixo risco de viés/qualidade metodológica. A maioria dos artigos foi avaliada como 70% de sim <sup>(12,13,16,17)</sup> e dois <sup>(14,15)</sup> foram avaliados como 90% de sim. As três perguntas a seguir apresentaram uma alta taxa de resposta negativa: pergunta 1 - A perspectiva filosófica e a metodologia de pesquisa são compatíveis?, pergunta 6 - Existe uma declaração que localize o pesquisador cultural ou teoricamente?, e pergunta 7 - A influência do pesquisador no estudo e vice-versa, abordado? Essas três perguntas são importantes para esclarecer a posição do estudo nas abordagens filosóficas e teóricas, mas os estudos incluídos não abordaram essas questões.

## **Resultados específicos dos estudos elegíveis e metassíntese**

Os estudos elegíveis <sup>(12-17)</sup> consistiam em 16 categorias principais e 57 categorias secundárias (Tabela 3). Uma categoria principal relatada por Maia <sup>(12)</sup> (conceito de qualidade de vida) foi excluída, juntamente com suas categorias secundárias, por não se relacionar à QVRT. Da mesma forma, uma categoria principal (educação permanente em saúde) e suas categorias secundárias indicadas por Nascimento et al. <sup>(14)</sup> foram excluídas. A organização das categorias secundárias por similaridade, divergência ou complementaridade permitiu criar as quatro novas categorias principais que interferem na QVRT: condições de trabalho, processo de trabalho, relacionamentos interpessoais e aspectos pessoais. Três categorias secundárias (contexto de trabalho, sobrecarga de trabalho e autonomia) foram associadas a algumas das categorias principais criadas. A Figura 2 apresenta a relação das categorias principais com a QVRT.

**Aspectos Pessoais:** a qualidade de vida pode ser afetada negativamente quando os profissionais de saúde estão desmotivados, insatisfeitos ou não se identificam com o trabalho. Apesar de a motivação, satisfação e identificação com o trabalho terem impactos positivos, outros fatores também foram identificados como positivos para a QVRT, como remuneração adequada e bem-estar profissional.

**Relações interpessoais:** o diálogo, o respeito, a valorização e o reconhecimento do trabalho de colegas, gerentes e pacientes podem afetar positivamente a qualidade de vida, enquanto sua ausência é prejudicial. O relacionamento entre as ESFs e as equipes do NASF pode gerar disputas pelo poder e não aceitação da filosofia do NASF, interferindo negativamente na qualidade de vida.

**Tabela 2** - Resumo das principais características e resultados dos estudos elegíveis

Autor, ano	Estado	Tipo de Coleta	Amostra	Gênero (n/%)	Idade	Tipo de Análise	Profissionais de saúde investigados
Maia et al., 2010	MG	Entrevista	36	F: 31; 91.18 M: 5; 8.82	20-30	Análise de Discurso	18 agentes comunitários de saúde; 18 usuários
Lopes et al., 2012	RS	Grupo focal	24	U	31-40	Análise de Discurso	24 agentes comunitários de saúde
Leite et al., 2014	SP	Entrevista	40	F: 31; 77.5 M: 9; 22.5	32.4*	Análise de Discurso	4 agentes comunitários de saúde; 4 nutricionistas; 4 educadores físicos; 5 psicólogos; 1 farmacêutico
Bracarense et al., 2015	RJ	Entrevista	123	F: 114; 92.68 M: 9; 7.32	22-68	Análise de Discurso	12 enfermeiros; 9 dentistas; 66 agentes comunitários de saúde; 14 técnicos em enfermagem; 10 técnicos em saúde bucal
Nascimento et al., 2016	SP	Grupo focal	20	U	U	Análise de Conteúdo	Profissionais do NASF
Nascimento et al., 2017	SP	Grupo focal	20	U	U	Análise de Conteúdo	Profissionais do NASF

Nota: U - Não citado; \*Média; MG- Minas Gerais; RS- Rio Grande do Sul; SP- São Paulo; RJ- Rio de Janeiro; F- Feminino; M- Masculino; NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.



**Tabela 3** – Resumo dos resultados principais dos estudos elegíveis

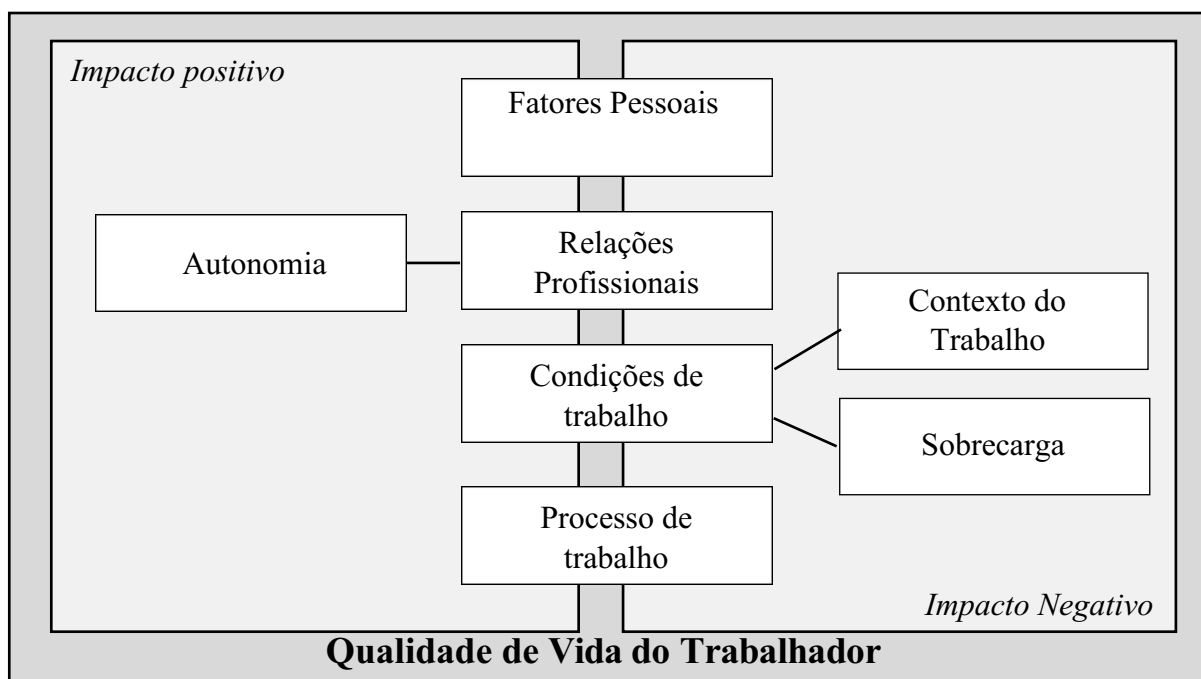
<b>Autor, ano</b>	<b>Código principal</b>	<b>Código secundário</b>
Maia et al., 2010	Conceito de qualidade de vida	A qualidade de vida exige que moradias, saneamento, eletricidade e saúde precisem ser atendidos; Uma vida longa depende de uma alta renda; Saúde é sinônimo de qualidade de vida; Qualidade de vida está associada à satisfação de suas necessidades subjetivas.
	Trabalho e qualidade de vida da população	Ações coletivas; Ações curativas; Prevenção de doenças e qualidade de vida; Exercícios físicos; Atividades para melhorar a qualidade de vida da população.
	Profissionais de saúde da família solicitam mudanças	Modelo ambulatorial; Falta de comunicação com a população; Falta de atenção ao usuário; Os profissionais de saúde da comunidade acreditam que deveriam ter mais atividades relacionadas à melhoria da qualidade de vida.
Lopes et al., 2012	Situações geradoras de prazer	Reconhecimento e esforço no trabalho; Possibilidade de trabalhar com colegas; Uso da criatividade
	Situações geradoras de sofrimento	Desconhecimento das suas funções; Falta de reconhecimento; Trabalho em equipe; Morar e trabalhar no mesmo local; Convivência com os problemas sociais da comunidade; Exposição à violência
Leite et al., 2014	Infraestrutura do NASF	Recursos de trabalho; Falta de espaço físico.
	Sobrecarga e qualidade de vida do trabalho	Falta de apoio institucional; Processo de trabalho; Carga de trabalho.
	Autonomia e identificação com o trabalho	Resiliência e crescimento; Satisfação pessoal.
	Trabalho em equipe e relacionamento interpessoal	Diálogo; Respeito; Provisões para trabalhar em equipe.
Bracarense et al., 2015	Trabalho atual X Preconizado	Dificuldade de implementação; Grande demanda de casos; Suporte matricial e estudos de caso são raramente usados; Número de consultas e qualidade de serviço; Desmotivação.
	Imediatismo da cultura curativa presente na prática profissional	Intermediação da cultura curativa presente na prática profissional.
	Perfil, sobrecarga e identificação com o trabalho	Identificação com o trabalho; Sobrecarga de trabalho; Relacionamento com equipes; Cuidados de saúde para profissionais.
Nascimento et al., 2016	Identificação da proposta pelos profissionais do NASF e conhecimento do trabalho	Um dos pontos fortes do profissional é identificar o modelo proposto; O reconhecimento de pacientes e equipes proporciona aos profissionais satisfação e prazer no trabalho cotidiano; Apreciação e aceitação do NASF como parte da ESF quando um educador físico é incluído na equipe; Autonomia e liberdade criativa geram prazer no trabalho; A criação de grupos educacionais para a comunidade também foi citada como fator de impacto na qualidade de vida da população; Existe uma perspectiva dialética entre o sofrimento e o prazer dos profissionais associados às disputas de poder no NASF.
	Trabalho interdisciplinar	Interdisciplinaridade e trabalho em equipe são fontes de prazer e força na execução do trabalho; São trocadas experiências nas relações dos trabalhadores de diferentes áreas, representando ganho no trabalho; O respeito pelas diversidades e diferenças nas rotinas de trabalho é claro e relata hábitos que podem ser aprendidos e desenvolvidos; Os trabalhadores ficam felizes em transcender suas habilidades profissionais na lógica da interdisciplinaridade.
	Educação permanente em saúde	Há uma apreciação, prazer e compreensão relacionados à educação permanente em saúde.
Nascimento et al., 2017	Agradecimento no trabalho	Reconhecimento e esforço no trabalho; Possibilidade de trabalhar com colegas; Sofrimento por não conhecer suas funções; Sofrimento por trabalhar em equipe; Obrigação de viver e trabalhar no mesmo local; Ser mal interpretado; Nenhuma apreciação pelo sofrimento.

Nota: NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**Processo de trabalho:** essa categoria principal foi a mais relatada como associada à qualidade de vida. Baixa resolutividade, descontinuidade do projeto, falta de conhecimento sobre as tarefas necessárias, manutenção do modelo ambulatorial e baixo número de ferramentas de cuidados coletivos são fatores negativos para a qualidade de vida. Duas categorias secundárias que foram associadas ao impacto negativo devem ser destacadas: sobrecarga de trabalho e contexto de

vida da população (violência, vulnerabilidade e complexidade). No entanto, o processo de trabalho pode afetar positivamente a qualidade de vida, principalmente pelo desenvolvimento de ações preventivas, educacionais e resolutivas. A autonomia dos profissionais para trabalhar com criatividade e resiliência foi uma importante categoria secundária de impacto positivo sobre as condições de trabalho e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida.

**Condições de trabalho:** espaço físico inadequado, recursos insuficientes e falta de apoio institucional foram listados como negativos para a qualidade de vida. Os profissionais solicitaram mudanças nas condições de trabalho mencionadas, além de espaços formais de treinamento.



**Figura 2** - Estrutura conceitual da metassíntese dos estudos qualitativos incluídos.

## 5- DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática e metassíntese de estudos qualitativos foram desenvolvidas para compreender a QVRT dos profissionais da ESF. A síntese das categorias identificadas nos estudos incluídos mostrou que aspectos pessoais, relacionamentos interpessoais, processo de trabalho e condições diárias de trabalho afetam a QVRT no contexto investigado. Esses quatro aspectos podem representar fatores positivos ou negativos. Fatores associados, como sobrecarga de trabalho e contexto de trabalho, têm um impacto negativo, enquanto a autonomia profissional tem um impacto positivo.

Compreender a QVRT não é um tema novo na literatura científica. Modelos genéricos para avaliar a QVRT que datam da década de 1970 incluem autores como Westley<sup>(18)</sup>, Walton<sup>(19)</sup> e

Fernandes et al. <sup>(4)</sup>. O modelo de Westley <sup>(18)</sup> concentra-se na identificação de problemas percebidos no ambiente de trabalho. Consiste em quatro dimensões de problemas: político (insegurança), econômico (desigualdade), psicológico (alienação) e sociológico (anomia) <sup>(18)</sup>. O modelo de Walton <sup>(19)</sup> é o mais utilizado e inclui salário, condições de trabalho, capacidade de trabalho, oportunidades de trabalho, integração social, respeito às leis do trabalho e significado social. Finalmente, o modelo de Fernandes et al. <sup>(4)</sup> estabelece que a QVRT resulta da conciliação entre os interesses dos empregados e dos empregadores. Esse modelo é o mais semelhante à avaliação atual da QVRT com base na abordagem de Dejours, consolidada na psicodinâmica do trabalho. Assim, vale ressaltar que os estudos de Nascimento e Oliveira <sup>(14)</sup> e Nascimento et al. <sup>(15)</sup>, incluídos nesta metassíntese, usaram o pensamento de Dejours como referência analítica.

As tentativas de conceituar a QVRT baseiam-se nesses modelos clássicos e incorporam aspectos relacionados à vida e às condições de trabalho <sup>(20)</sup>. Assim, o conceito de QVT no contexto da ESF encontrado na presente metassíntese compreende dimensões dos modelos de ambos: Walton <sup>(19)</sup> (salário, condições de trabalho e integração social e significado) e Westley <sup>(18)</sup> (aspectos políticos e sociológicos). No entanto, a metassíntese destaca a autonomia dos profissionais da ESF para o planejamento em saúde, mostrando também o impacto negativo do contexto social e da sobrecarga de trabalho nos pacientes.

Estudos atuais sobre QVRT desenvolvidos com profissionais de saúde, como residentes de cirurgia <sup>21</sup>, residentes pediátricos <sup>(22)</sup>, enfermeiras <sup>(23-25)</sup>, e empregados do hospital <sup>(26)</sup> utilizaram a escala Qualidade de Vida Relacionada ao Trabalho (WRQoL). Essa escala foi desenvolvida especificamente para medir a QVRT de profissionais da saúde e consiste nas seguintes dimensões: bem-estar geral, interface casa/trabalho, satisfação profissional, controle no trabalho, condições de trabalho e estresse no trabalho <sup>(27)</sup>.

A maioria das dimensões normalmente associadas à QVRT foi compatível com as dimensões observadas nesta revisão sistemática e metassíntese (aspectos pessoais, aspectos interprofissionais, condições de trabalho, satisfação no trabalho e na carreira e sobrecarga de trabalho). No entanto, o contexto de trabalho não foi citado, o que indica uso indevido das escalas tradicionais de QVRS para profissionais da Atenção Primária à Saúde. O contexto de trabalho é geralmente reconhecido como o ambiente social onde são desenvolvidas relações interprofissionais e processos de trabalho <sup>(16,28)</sup>. No entanto, é importante reconhecer que o contexto de trabalho dos profissionais da ESF não se limita ao centro de saúde, mas estende-se a todo o território designado. Assim, os profissionais de saúde estabelecem conexões estreitas com a violência urbana e com problemas sociais e familiares <sup>(16,17)</sup>. Os agentes comunitários de saúde apresentam um fator agravante: eles trabalham no mesmo local em que vivem, o que gera perda de privacidade <sup>(17)</sup>. A

exposição à violência está indiretamente relacionada à redução da QVRT, pois expõe os profissionais de saúde ao aumento do estresse no local de trabalho <sup>(29)</sup>.

Aspectos pessoais, condições de trabalho e processo de trabalho foram incluídos na discussão da QVRT, principalmente por Dejours (psicodinâmica do trabalho), que analisou a relação entre sofrimento e prazer no trabalho. Nessa perspectiva, a promoção da QVRT é obtida pela transformação do sofrimento em prazer, principalmente pelo reconhecimento do trabalho desenvolvido <sup>(30)</sup>. A determinação do prazer depende da resiliência profissional, que é um conceito complexo que visa entender a capacidade de adaptação a um ambiente diverso. A resiliência apresenta diferenças relacionadas à estrutura emocional, à autodireção, à capacidade de aceitar incertezas e erros ocasionais, à identificação pessoal, ao senso de propósito e à vocação para a profissão <sup>(31)</sup>.

### **Limitações do estudo**

As limitações deste estudo consistem em diferenças em relação aos profissionais investigados (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde ou profissionais do NASF) nos estudos incluídos. Estudos futuros com apenas uma categoria profissional podem ajudar a entender melhor o que os trabalhadores enfrentam na ESF.

### **Contribuições para Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas**

Essa revisão sistemática e metassíntese ajudam a delinear um novo quadro conceitual de investigações na QVRT dos profissionais da ESF. Com base no conceito apresentado, novos estudos qualitativos podem aplicar as dimensões verificadas e novos instrumentos de QVRT podem ser desenvolvidos para investigar o contexto específico da Saúde da Família. Consequentemente, os resultados deste estudo norteiam melhor as ações de saúde pública, principalmente as voltadas aos profissionais da ESF.

## **6- CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Essa revisão sistemática e metassíntese verificaram fatores (ou dimensões) que devem ser considerados nas investigações sobre a QVRT dos profissionais das ESF. Tais fatores são: condições de trabalho, processo de trabalho, relacionamentos interpessoais, aspectos pessoais, contexto de trabalho, sobrecarga de trabalho e autonomia. Este estudo confirma que a maioria dos aspectos comumente investigados para a QVRT se assemelham aos fatores indicados na presente revisão sistemática e metassíntese. No entanto, a QVRT dos profissionais da ESF apresenta como particularidade o contexto de trabalho, que interfere negativamente na QVRT.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2018;31(2): 1-3. doi: 10.5020/18061230.2018.7839
2. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Viera JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2016;21(2):327-38. doi: 10.1590/1413-81232015212.23602015.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde 2011.
4. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HM, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(3):434-42. doi: 10.1590/S0104-07072010000300004
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
6. Martel JP, Dupuis G. Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Soc Indic Res*. 2006;77(2):333-68.
7. Anderson RJ, Bloch S, Armstrong M, Stone PC, Low JT. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliat Med*. 2019;26(9):21-29. doi: 10.1177/0269216319852007
8. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4(1):1-7. doi: 10.1136/bmj.g7647
9. Higgins JPT, Green S. (Editors). *Cochrane Handbook for systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [Internet]. 2011 [cited 08 July 2019]. Available from: <https://handbook-5-1.cochrane.org/>
10. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):179-87. doi: 10.1097/XEB.0000000000000062.
11. Matheus MCC. Metasynthesis: development and contribution for evidence-based practice. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(Especial-Nefrologia):543-5. doi: 10.1590/S0103-21002009000800019
12. Maia MAC, Santos JS. Qualidade de vida no programa saúde da família: a visão de agentes comunitários de saúde e usuários. *RBPS*. 2010;24(4): 228-237. doi:10.5020/18061230.2011.p228
13. Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis*. 2014;24(2): 507-25. doi: 10.1590/S0103-73312014000200010.

14. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;(50):846-852. doi: 10.1590/s0080-623420160000600019
15. Nascimento DDG, Quevedo MP, Oliveira MAC. Pleasure at work in a family health support team: a dejourian analysis. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(1):e6380015. doi: 10.1590/0104-07072017006380015
16. Bracarense CF, Costa NS, Duarte JMG, Ferreira MBG, Simões ALA. Quality of life at work: speech of professionals of the Family Health Strategy. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):542-8. doi: 10.5935/1414-8145.20150072
17. Lopes DM, Beck CL, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, da Silva GM. Community Health Agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):633-40. doi: 10.1590/S0080-62342012000300015
18. Westley WA. Problems and Solutions in the Quality of Working Life. *Human Relations*. 1979;32(2):113-23. doi: 10.1177/001872677903200202
19. Walton RE. Quality of work life activities: A research agenda. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University. 1979. 36p. doi: 10.1037/0735-7028.11.3.484
20. Reis-Júnior DR, Pilatti LA, Pedroso B. Qualidade de Vida no Trabalho: Construção e validação do questionário QWLQ-78. *Rev Bras Qual Vida*. 2011;3(2):1-12. doi: 10.3895/S2175-08582011000200001
21. Zubair MH, Hussain LR, Williams KN, Grannan KJ. Work-Related Quality of Life of US General Surgery Residents: Is It Really so Bad?. *J Surg Educ*. 2017;74(6):e138-e146. doi: 10.1016/j.jsurg.2017.09.018.
22. Puranitee P, Stevens FFCJ, Pakakasama S, Plitponkarnpim A, Arj-OngVallibhakara S, Busari JO, et al. Exploring burnout and the association with the educational climate in pediatric residents in Thailand. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):245. doi: 10.1186/s12909-019-1687-7.
23. Dai HD, Tang FI, Chen IJ, Yu S. Taiwanese version of the Work-Related Quality of Life scale for nurses: translation and validation. *J Nurs Res*. 2016;24(1):58-67. doi: 10.1097/jnr.0000000000000142.
24. Sut HK, Mestogullari E. Effect of premenstrual syndrome on work-related quality of life in Turkish nurses. *Saf Health Work*. 2016;7(1):78-82. doi: 10.1016/j.shaw.2015.09.001
25. Abbasi M, Zakerian A, Mehri A, Poursadeghiyan M, Dinarvand N, Akbarzadeh A, et al. Investigation into effects of work-related quality of life and some related factors on cognitive failures among nurses. *Int J Occup Saf Ergon*. 2017;23(3):386-92. doi: 10.1080/10803548.2016.1216991
26. Shukla K, Shahane S, D'Souza W. Role of demographic and job-related variables in determining work-related quality of life of hospital employees. *J Postgrad Med*. 2017;63(1):4-10. doi: 10.4103/0022-3859.192794
27. Van Laar D, Edwards JA, Easton S. The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs*. 2007;60(3):325-33. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04409.x

28. Maissiati GS, Lautert L, Dal Pai D, Tavares JP. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(2):42-9. doi: 10.1590/1983-1447.2015.02.51128
29. Itzhaki M, Bluvstein I, Peles Bortz A, Kostistky H, Bar Noy D, Filshtinsky V, et al. Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Front Psychiatry.* 2018;27(9):1-6. doi: 10.3389/fpsy.2018.00059
30. Dejours C. Trajetória teórico conceitual. A clínica do trabalho. Perspectivas. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 508p.
31. Robertson HD, Elliott AM, Burton C, Iversen L, Murchie P, Porteous T, et al. Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2016;66(647):e423-33. doi: 10.3399/bjgp16X685261

## ANEXO

### ORIENTAÇÕES AOS AUTORES REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - REBEn

A **REBEn** tem a missão de divulgar a Ciência da Enfermagem e da Saúde. Aceita manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. É publicada somente na versão eletrônica por meio de fascículos regulares e números temáticos.

- **Revisão:** utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta-análises, revisão integrativa e Scoping Review. As revisões devem conter um máximo de vinte (20) páginas, incluindo resumos, com no máximo 50 referências e até 6 autores.
- A **REBEn** requer que os protocolos das revisões sejam registrados no PROSPERO, ( <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/> ), ou disponibilizados em um site de acesso livre.
- Os autores deverão respeitar as seguintes diretrizes para escreverem cada tipo de revisão ( <https://www.equator-network.org/> )
- Revisões sistemáticas da literatura e meta-análises: PRISMA
- Scoping Review: PRISMA ScR

#### PREPARO DOS MANUSCRITOS

Recomendamos a utilização dos *guidelines* disponíveis no ( <http://www.equator-network.org/>) para consolidação do manuscrito. Insira a referência utilizada nos métodos (exceção: Relato de Experiência e Reflexão).

A **REBEn** adota as recomendações de *Vancouver*, disponível na URL ( [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html) )

Os **manuscritos somente serão aceitos**, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível no ( [http://reben.com.br/revista/TEMPLATE\\_1\\_manuscrito.docx](http://reben.com.br/revista/TEMPLATE_1_manuscrito.docx)).

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma:



Arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito;
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo;
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:
  - Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;
  - Naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
  - No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, **sem aspas**, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto:
  - Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado<sup>(5)</sup>].
  - Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado<sup>(1-5)</sup>]., quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado<sup>(1,3,5)</sup>].
- As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável;
- Apêndices e anexos serão desconsiderados.
- Não numerar as páginas ou parágrafos no manuscrito.

## ESTRUTURA DO TEXTO

- **Não** devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito e no resumo. Tabelas e figuras com abreviações é obrigatório inserir em nota de rodapé da tabela ou figura.
- No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, após o termo por extenso.

- Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

## DOCUMENTO PRINCIPAL

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

- **Título do artigo:** até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Componha seu título utilizando pelo menos 3 descritores;
- **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito**. Deverá estar estruturado em **Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais**.
- Logo abaixo do resumo, incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol):
  - Português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>;
  - Inglês cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
- **Corpo do texto:** consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão são: **Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.**

**As figuras, tabelas e quadros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito.** Abreviações devem ser inseridas por extenso em nota de rodapé da tabela e/ou figura.

As figuras deverão ter obrigatoriamente legendas.

Ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de cinco**.

A identificação de quadros e tabelas deve estar na parte superior e para figuras, na parte inferior, seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). Após a ilustração, na parte inferior, inserir a legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724/2011 –

Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.**

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em ( <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf> ).

Os subtítulos do método e discussão deverão ser destacados em negrito conforme recomendação do checklist.

As ilustrações devem estar em boa qualidade de leitura em alta resolução. Tabelas, gráficos e quadros devem ser apresentados no formato .doc, de forma editável no corpo no manuscrito.

- **Fomento:** é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na versão final após aceite.
- **Agradecimentos:** são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na versão final após aceite.
- **Fomento e agradecimento** deverão ser citados antes do capítulo das referências.
- **Referências:** o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da *National Library of Medicine* (NLM) em *Citing Medicine* – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>
  - No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. A REBEn sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção Scielo e RevEnf.
  - Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.
  - Evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (*Magazines*) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: *Handbook Cochrane*).
  - A REBEn incentiva o uso do DOI, pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico.

- Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa bem como a data de acesso em que foi consultada.
- Serão aceitas até 3 referências de *preprint* (opcional).