

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA – UNIPAMPA

Programa de Residência Integrada em Medicina Veterinária

Área de Concentração: Medicina de Animais de Companhia

Ênfase: Anestesiologia Veterinária

**INDÍCIOS DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DE URUGUAIANA-RS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

BIBIANA WELTER PEREIRA

Uruguaiana
2019

BIBIANA WELTER PEREIRA

**INDÍCIOS DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE URUGUAIANA-RS**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao programa de Pós-graduação *Lato sensu* em Residência Integrada em Medicina Veterinária da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Medicina Veterinária.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília Teresa de Oliveira.

**Uruguaiana
2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

P436i Pereira, Bibiana Welter

Indícios de Burnout em Profissionais das Estratégias de
Saúde da Família de Uruguaiana-RS / Bibiana Welter Pereira.
31 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Especialização)--
Universidade Federal do Pampa, RESIDÊNCIA INTEGRADA EM
MEDICINA VETERINÁRIA, 2019.

"Orientação: Marília Teresa de Oliveira".

1. trabalho. 2. esgotamento profissional. 3. saúde. I.
Título.

BIBIANA WELTER PEREIRA

**INDÍCIOS DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DAS ESTRATÉGIAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE URUGUAIANA-RS**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao programa de Pós-graduação *Lato sensu* em Residência Integrada em Medicina Veterinária da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Medicina Veterinária.

Ênfase: Anestesiologia Veterinária.

Trabalho de conclusão de residência defendido e aprovado em: 28 de Novembro de 2019.



Profª. Drª. Marília Teresa de Oliveira
Orientadora
PRIMV - Unipampa



Prof. Dr. Diego Vilibaldo Beckmann
PRIMV - Unipampa



M.V. MSc. Fabiana Wurster Strey
Preceptora PRIMV – Unipampa

ARTIGO CIENTÍFICO

O presente trabalho de conclusão de residência será submetido em forma de artigo científico para publicação na Revista de Saúde Pública (RSP) <http://www.rsp.fsp.usp.br/revista/> Qualis – B1. As normas de submissão as quais o artigo está redigido estão descritas em Anexo.

Indícios de *Burnout* em Profissionais das Estratégias de Saúde da Família de Uruguaiana-RS

Indícios de *Burnout* em profissionais da saúde

Resumo

Objetivo: Detectar indícios de *Burnout* em profissionais da saúde atuantes nas ESF's de Uruguaiana-RS e verificar a necessidade de implementação de políticas preventivas.

Métodos: Estudo descritivo, prospectivo, de abordagem quantitativa e de corte transversal com os profissionais de saúde inseridos nas 17 ESF's do município de Uruguaiana - RS em 2019. Os participantes responderam ao questionário de Chafic Jbeili inspirado no *Maslach Burnout Inventory* contendo 20 perguntas com respostas fechadas escalonadas. A partir deste, foram classificados entre uma das cinco possibilidades de pontuação atribuída: nenhum indício de *Burnout*, possibilidade de desenvolver *Burnout*, fase inicial, início da instalação e fase considerável da síndrome.

Resultados: Dos 181 profissionais atuantes, apenas 100 participaram da pesquisa (55%). Indícios de *Burnout* foram observados em 52% dos participantes, enquanto 45% apresentou possibilidade de desenvolver a síndrome e apenas 3% não apresentaram nenhum indício. Maiores escores de pontuações foram entre 41 e 60 indicando fase inicial de *Burnout*, recomendando a procura de um profissional para debelar os sintomas garantindo a qualidade de vida e no desempenho profissional.

Conclusões: Foram detectados indícios de *Burnout* em 52% dos profissionais de saúde atuantes nas ESF's de Uruguaiana – RS que participaram da pesquisa, demonstrando a necessidade de implementação de políticas que auxiliem na sua prevenção.

Descritores: Trabalho, esgotamento profissional, saúde.

Introdução

A síndrome do esgotamento profissional, mais conhecida como síndrome *Burnout*, é uma afecção de cunho ocupacional¹ enquadrada no grupo V (transtornos mentais e comportamentais) da classificação internacional de doenças (CID) – 10². Essa condição é relacionada a uma exposição crônica a fatores de estresse, envolve três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional³.

Aos profissionais de saúde se atrelou um grau de susceptibilidade à síndrome significativo. Dentre esses profissionais, destacam-se aqueles inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), elementos essenciais para o sucesso da execução das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)^{4,5,6}. As equipes multiprofissionais inseridas na ESF apresentam a peculiaridade de serem compostas por profissionais de diversas formações (médicos, enfermeiros, dentistas, médicos veterinários, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros) que trabalham juntos em busca de um objetivo comum, que é a saúde pública de qualidade⁷.

Os membros da ESF estão em contato direto com o usuário, convivendo diariamente com demandas técnicas e emocionais. Além disso, ainda convivem com as limitações relacionadas ao trabalho em equipe e no âmbito da execução de serviços, os quais muitas vezes não são viabilizados por conta da crise vivenciada pelo sistema de saúde⁵.

Existem formas de análise de indícios da síndrome que podem ser utilizadas como alerta ou, ainda, indicador para a inclusão de políticas de prevenção no ambiente laboral⁸. Dentre elas, o questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI)⁹ é uma ferramenta de referência para a mensuração e identificação de *Burnout*^{10,11}. Diferentes adaptações para o MBI tem a finalidade de facilitar o uso da ferramenta, sem abstrair a correta avaliação das três dimensões que resultam na classificação do indivíduo objeto de estudo perante a síndrome. Questionários mais enxutos, como o de Jbeili¹² (2008), por sua vez, possibilitam preenchimento rápido já que alguns profissionais pertencem a uma categoria de trabalhadores que se encontra em condições de alta demanda no serviço¹³.

Tendo em vista a carência de medidas profiláticas relacionadas a condições psicofisiológicas das equipes que trabalham em prol da saúde única, o objetivo do presente trabalho foi detectar indícios de *Burnout* em profissionais da saúde

atuantes nas ESF's de Uruguaiana – RS e verificar a necessidade de implementação de políticas que auxiliariam sua prevenção.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, de abordagem quantitativa e de corte transversal cujo público-alvo foram os profissionais de saúde inseridos nas 17 ESF's do município de Uruguaiana – RS. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa, sob número 3.404.103, os participantes que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido foram incluídos na pesquisa.

O estudo consistiu na aplicação do questionário de Chafic Jbeili¹² aos profissionais de saúde no período de 11 a 18 de julho de 2019. Foram excluídos aqueles indivíduos que se encontravam em afastamento, licença ou férias no período da realização da pesquisa e foi contabilizado o número de pessoas que optou em não participar.

A aplicação do questionário foi efetuada após agendamento prévio. Todos os participantes foram instruídos sobre a forma de preenchimento e sobre os critérios de participação. Após o preenchimento, os questionários foram recolhidos e armazenados em um envelope para posterior análise.

Durante o turno de funcionamento da ESF os participantes responderam, de forma anônima, 20 perguntas contendo respostas fechadas do tipo escalonadas. As questões foram referentes as três dimensões que caracterizam *Burnout*, sendo nove questões (1, 2, 3, 6, 10, 11, 14, 19 e 20) referentes a exaustão emocional (EE), quatro (5, 12, 15 e 18) a despersonalização (DP) e sete (4, 7, 8, 9, 13, 16 e 17) a realização profissional (RP). A fim de avaliar as dimensões da síndrome, foi utilizado o score de subescala para classificá-las em três níveis: baixo, médio e alto, conforme Nascimento, Cunha, Mota e Vasconcelos¹⁴ (2012) (Tabela 1).

Cinco colunas foram posicionadas ao lado de cada questão. Cada coluna continha um valor referente ao escore da intensidade da resposta (1. Nunca, 2. Raramente, 3. Mensalmente, 4. Semanalmente e 5. Tempo todo). Os participantes foram orientados a assinalar com um "x", uma das alternativas de cada questão. Posteriormente, o somatório de cada coluna assinalada foi multiplicado pelo escore de intensidade da resposta, os quais foram somados, resultando na classificação final contida no quadro 1. A partir disso, indícios ou não da síndrome foram

observados. Ainda, foi considerado necessidade de implementação de políticas preventivas quando detectadas pontuações acima de 41 (fase 2).

Cada uma das ESF's que participaram do estudo foram analisadas separadamente a fim de observar percentuais de indícios encontrados em cada uma delas, para isso, receberam um número fictício em detrimento ao real a fim de não permitir a identificação das mesmas.

Resultados

Dentre os 181 profissionais da saúde inseridos nas ESF's do município de Uruguaiana, 55% participaram da pesquisa. Duas ESF's optaram por não participar do estudo enquanto, nas outras, 45 pessoas optaram por não responder o questionário. Do total de 100 participantes, constaram agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares em enfermagem, auxiliares em saúde bucal, dentistas, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, técnicos em enfermagem e 25 pessoas que não identificaram sua categoria profissional.

Entre os profissionais que não apresentaram nenhum indício da síndrome (fase 0) estavam auxiliar de enfermagem e técnico em enfermagem. Na fase 1, profissionais como técnico em enfermagem, médico, dentista, enfermeiro, auxiliar em saúde bucal, nutricionista, agente comunitário de saúde, educador físico, fisioterapeuta e médico veterinário. Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, assistente social, nutricionista, farmacêutico foram profissionais encontrados em fase 2. Médico veterinário e enfermeiro em fase 3 e médico em fase 4 (indício de fase considerável de *Burnout*). Nove profissionais que preferiram não identificar a categoria profissional apresentavam-se em fase 1, 14 em fase 2 e dois em fase 3.

A existência de indícios de *Burnout* se fez em 52% dos participantes, considerando pontuações acima de 41 (fase 2). A possibilidade de desenvolver *Burnout* (fase 1) foi detectada em 45% da população estudada, enquanto apenas 3% não apresentaram nenhum indício da síndrome (Figura 1). Ainda, entre as ESF's que participaram do estudo apenas uma delas apresentou profissionais sem indícios da síndrome (tabela 2).

A classificação dos escores de subescala estão discriminados na Tabela 3, permitindo observar que apesar do agravamento nos indícios de *Burnout* todos os

indivíduos apresentaram elevada RP.

Discussão

De acordo com os dados obtidos no estudo, foi possível observar que 52% dos profissionais de saúde envolvidos no âmbito das ESF's do município de Uruguaiana – RS encontram-se com indícios de *Burnout*. A sobrecarga de trabalho e pressão exercida pela responsabilidade gerencial podem ser identificados como possíveis acarretadores da síndrome¹⁵.

Transformações no sistema de saúde perante o modelo de assistência prestado pela ESF tem apresentado aos profissionais novas exigências como o vínculo consolidado entre a equipe multiprofissional e seu território de abrangência, demandando articulação interdisciplinar a fim de garantir ações de promoção e prevenção em saúde^{16,17}. Esse processo exige articulação da equipe para que as metas em saúde sejam atingidas e, muitas vezes, isso pode gerar conflitos e até mesmo permitir que se estabeleça no ambiente de trabalho um clima hostil acentuando os níveis de insatisfação e estresse entre os trabalhadores.

Déficits na infraestrutura e alta rotatividade de profissionais, que acaba por dificultar o vínculo com o paciente e entre a equipe, são aspectos que incrementam a exaustão profissional e que estão presentes em diversos municípios brasileiros¹⁸ e podem se enquadrar como fatores importantes no que versa sobre os resultados encontrados em Uruguaiana.

A maioria dos indivíduos avaliados atingiu escores indicando fase inicial de *Burnout* (fase 2). No entanto, essa síndrome apresenta um processo cíclico¹⁹, podendo evoluir ao longo do tempo²⁰, incrementando o desgaste emocional, distanciamento interpessoal e desinteresse com as atividades laborais²¹, o que justifica a procura de um profissional para debelar os sintomas garantindo a qualidade de vida e desempenho das atividades¹².

O município de Uruguaiana possui, segundo o IBGE²² (2019), uma população estimada de 126970 pessoas e conta com serviço de 45 estabelecimentos de saúde pelo censo de 2009²³. Desses, 17 estabelecimentos são compostos pelas estratégias de saúde da família denotando a notoriedade que deve ser dada à saúde mental dos profissionais inseridos em cada uma delas.

Observando as três dimensões da síndrome e seus respectivos níveis pode-se perceber que conforme a classificação da síndrome aumenta, as médias de EE,

DP e RP se elevam. Estudos anteriores como o de Carlotto e Palozzo²⁴ (2006) e de Nascimento, Cunha, Mota e Vasconcelos¹⁴ (2012) apresentam inicialmente aumento de índices de EE, traçando uma relação entre o indivíduo e o trabalho caracterizada pela percepção de sobrecarga laboral, ansiedade, mal-estar e falta de motivação. Em grau elevado, a dificuldade em combater estressores levaria à DP que se apresenta como atitudes negativas e insensíveis direcionadas aos colegas de trabalho e pacientes^{25,14}. Por fim, ocorrendo o estabelecimento de sentimento de frustração, incompetência e infelicidade, vivenciados a partir de uma reduzida realização profissional²⁴. No entanto, os resultados dessa pesquisa demonstraram que os índices de EE e DP começaram a aumentar concomitantemente a partir da fase 2 e apesar do agravamento dos indícios da síndrome em todas as fases os indivíduos apresentavam elevada realização profissional.

O estudo de Ruivaro e Badargi²⁶ (2010) com enfermeiros demonstrou que quanto maior comprometimento e autonomia dos profissionais maiores os níveis de realização e satisfação, fatores que podem estar associados aos achados obtidos no presente estudo.

Os dados expostos demonstram a importância da implementação de políticas preventivas a fim de evitar o estabelecimento ou evolução da síndrome tendo em vista que seus indícios se encontram presentes no âmbito de 93% das ESF's do município de Uruguaiana – RS. Medidas devem ser tomadas a fim de evitar que a síndrome chegue a níveis que ocasionem estado de exaustão podendo culminar em disfunções físicas, emocionais, psíquicas²⁷ e redução da qualidade dos cuidados médicos ao ponto de comprometer a segurança do paciente²⁸.

Programas estruturados em sessões individuais e coletivas a fim de construir estratégias de enfrentamento e manejo de estresse, habilidade para promoção de saúde mental e habilidades sociais referentes às demandas; como já efetuado em outras instituições com comprovado sucesso²⁹, poderiam ser implementadas como medidas preventivas nas ESF's avaliadas.

Exercícios de autoconhecimento, reuniões de equipe, a fim de discutir e refletir sobre os problemas encontrados no local de trabalho e ações voltadas a saúde do trabalhador, incluindo o incentivo a atividades físicas, orientações nutricionais e apoio psicológico, são medidas que auxiliam na prevenção e minimização de *Burnout* e poderiam ser implementadas aos profissionais de saúde atuantes no município de Uruguaiana.

Atividades em educação permanente e melhoria organizacional a partir da redução da rotatividade de profissionais, também trariam benefícios aos profissionais de saúde do município. No entanto, as medidas profiláticas devem ser perenes, pois o número reduzido de intervenções apresenta-se menos eficiente do que aquelas implementadas por longos períodos²⁹, por se tratar de uma condição cíclica.

Outro aspecto observado durante a pesquisa foi a baixa adesão (55%). Isso pode ter ocorrido por conta da falta de interesse daqueles que se sentem bem e saudáveis ou por aqueles que venham a não acreditar na relevância e benefício do estudo. Assim como, relatado por Branco Júnior, Cavalcante, Ribeiro Filho e Sousa³⁰ (2017), a demanda de trabalho, prazos e compromissos previamente estabelecidos nas ESF's pode ter sido ponto crítico para o não preenchimento dos questionários.

Deve se levar em consideração que os indícios da síndrome *Burnout* foram avaliados como retrato do momento, ou seja, não é representativo da exaustão ao longo do tempo, e não exclui a possibilidade de evolução ou regressão dos sinais. Se ressalta que o questionário foi uma ferramenta utilizada como método de auxílio de identificação de indícios da condição, visto que o diagnóstico deve ser fornecido por um profissional capacitado.

Foram detectados indícios de *Burnout* em 52% dos profissionais de saúde atuantes nas ESF's de Uruguaiiana – RS, demonstrando a necessidade de implementação de políticas que auxiliem na sua prevenção.

Referências

1- Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev Psiq Clín. 2007;34(5):223-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>

2- Decreto n. 6957, de 9 de Setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6957.htm>. Acesso em: 23 de Julho de 2019.

3- Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Moral distress and Burnout syndrome: Are there relationships between these phenomena in nursing workers?. Rev Latino Am Enfermagem. 2014;22(1):42-35. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3102.2393>

4- Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da saúde da família: Os desafios da transformação do trabalho. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;16(8):3382-3373. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900004>

- 5- Rodrigues LS, Santana SM, Oliveira GF. A síndrome Burnout no contexto da ESF: Uma análise das suas dimensões. *Rev Mult Psic.* 2018;12(39):890-879. <https://doi.org/10.14295/online.v12i39.1038>
- 6- Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Neto JM, Lima SO. A Síndrome de Burnout em Profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracajú, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(10):30203011. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>
- 7- Vidal SV, Motta LCS, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Problemas bioéticos na estratégia saúde da família: Reflexões necessárias. *Rev Bioét.* 2014;22(2): 357-347. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222016>
- 8- Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev Assoc Méd Bras.* 2006;52(2):108-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000200021>
- 9- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI - HSS). In: Maslach C, Jackson SE, Leiter P. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 3. ed. California: Mountain View; 1996. p. 1 – 48.
- 10- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient in na internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358-67. doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008
- 11- Thomas NK. Resident Burnout. *J Am Assoc.* 2004;292(23), p. 2889-2880. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.23.2880>
- 12- Jbeili C. Síndrome de Burnout: Identificação, tratamento e prevenção. Cartilha informativa. Brasília DF, 2008.
- 13- Reinert MS, Bertoldi VS. Síndrome de Burnout em uma perspectiva avaliativa aplicada em profissionais de serviço móvel de urgência. *Psicologado.* 2016. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/psicopatologia/saude-mental/sindrome-de-bournout-em-uma-perspectiva-avaliativa-aplicada-em-profissionais-de-servico-movel-de-urgencia>>. Acesso em: 23 de Julho de 2019.
- 14- Nascimento DFL, Cunha DR, Mota EFC, Vasconcelos EF. Identificação preliminar da Síndrome de Burnout em professores do IF Goiano Campus Urataí – GO. *Enciclopédia biosfera, Centro Científico Conhecer.* 2012;8(15): 2098.
- 15- Bartholo WR. Estresse pós-traumático. *Rev Psicologia, Saúde Mental e Segurança Pública.* 2007;1(4):41-51.
- 16- Cruz MGB. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação da saúde da família. *Rev Esc Enf da USP.* 2005;39(1):35-28. 34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100004->
- 17- Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde debate.* 2015;39(104):17-9. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194>
- 18- Magnago C, Pierantoni CR. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Cereus,* 2014;6(1):18-03.
- 19- Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E, Traweger C, Benzer A. Significance of working conditions on Burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Sacand.* 2006;50(1):63-58. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2005.00867.x>

- 20- Sousa ARC, Mourao JIB. Burnout em anestesiologia. Ver Bras Anesthesiol. 2018;68(5):517-507. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2018.04.007>
- 21- Campos JADB, Jordani PC, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J. Síndrome de Burnout em graduandos de Odontologia. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(1):155-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100014>
- 22- BRASIL. IBGE. Censo demográfico, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/uruguaiana/panorama>>. Acesso em: 2 de Dezembro de 2019.
- 23- BRASIL. IBGE. Assistência médica e sanitária, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/uruguaiana/pesquisa/32/28163>>. Acesso em: 2 de Dezembro de 2019.
- 24- Carlotto MS, Palazzo LS. Síndrome Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. Cad Saúde Pública. 2006;22(5):1026-1017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500014>
- 25- Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA, Zeitoun SS. Burnout em residentes de enfermagem. Ver Esc Enf. 2011;45(1): 18-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100002>
- 26- Ruivaro MFS, Bardagi MP. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. Barbori. 2010;33: 216-194.
- 27- Platt B, Hawton K, Simkin S, Mellanby J. Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons. Occup Med. 2010;60:446-436. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq044>
- 28- Garcia GPA, Marziale MHP. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da atenção primária à saúde. Ver Bras Enferm. 2018;71(5):2334-42. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0530>
- 29- Melo LP, Carlotto MS. Programa de prevenção para manejo de estresse e síndrome de Burnout para bombeiros: Relato de experiência de uma intervenção. Estud Psicol. 2017;22(1):108-99. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170011>
- 30- Branco Junior AG, Cavalcante CS, Ribeiro Filho CSA, Sousa CM. Relação entre a síndrome Burnout e a prática docente médica. Rev Unimontes Cient. 2017;19(2):136-126.

Quadro

Quadro 1: Interpretação do questionário Jbeilli (2008) para identificação preliminar de *Burnout*.

Fase	Pontuação	Descrição
0	Zero a 20	Nenhum indício de <i>Burnout</i> .
1	21 a 40	Possibilidade de desenvolver <i>Burnout</i> , recomenda-se trabalhar as recomendações de prevenção da síndrome.
2	41 a 60	Fase inicial de <i>Burnout</i> , recomenda-se a procura de um profissional para debelar os sintomas garantindo a qualidade de vida e no desempenho profissional.
3	61 a 80	Início da instalação de <i>Burnout</i> , recomenda-se a procura de ajuda profissional para prevenir o agravamento dos sintomas.
4	81 a 100	Fase considerável de <i>Burnout</i> , recomenda-se a procura de um profissional para que se inicie o quanto antes o tratamento.

Fonte: Jbeilli (2008).

Tabelas

Tabela 1: Classificação dos níveis de cada dimensão de *Burnout* conforme o score obtido a partir do questionário de Jbeili (2008).

Dimensão	Níveis		
	Baixo (pontos)	Médio (pontos)	Alto (pontos)
Exaustão emocional	0-16	17-26	27+
Despersonalização	0-6	7-12	13+
Realização profissional	39+	32-38	0-31

Fonte: Nascimento, 2012.

Tabela 2: Fases de *Burnout* e percentual de indícios da síndrome segundo questionário Jbeili (2008) em cada uma das ESF's do município de Uruguaiana – RS.

ESF's	Fase 0 (%)	Fase 1 (%)	Fase 2 (%)	Fase 3 (%)	Fase 4 (%)	Indícios (%)
1	0	37,5	50	12,5	0	62,5
2	0	100	0	0	0	0
3	0	14,28	57,16	14,28	14,28	85,72
4	0	16,66	83,34	0	0	83,34
5	0	50	50	0	0	50
6	0	62,5	25	12,5	0	37,5
7	14,28	50	35,72	0	0	35,72
8	0	40	60	0	0	60
9	33,33	0	33,33	33,33	0	66,66
10	0	23,07	69,23	7,7	0	76,93
11	0	80	20	0	0	20
12	0	50	50	0	0	50
13	0	83,33	16,67	0	0	16,67
14	0	50	50	0	0	50
15	0	50	50	0	0	50

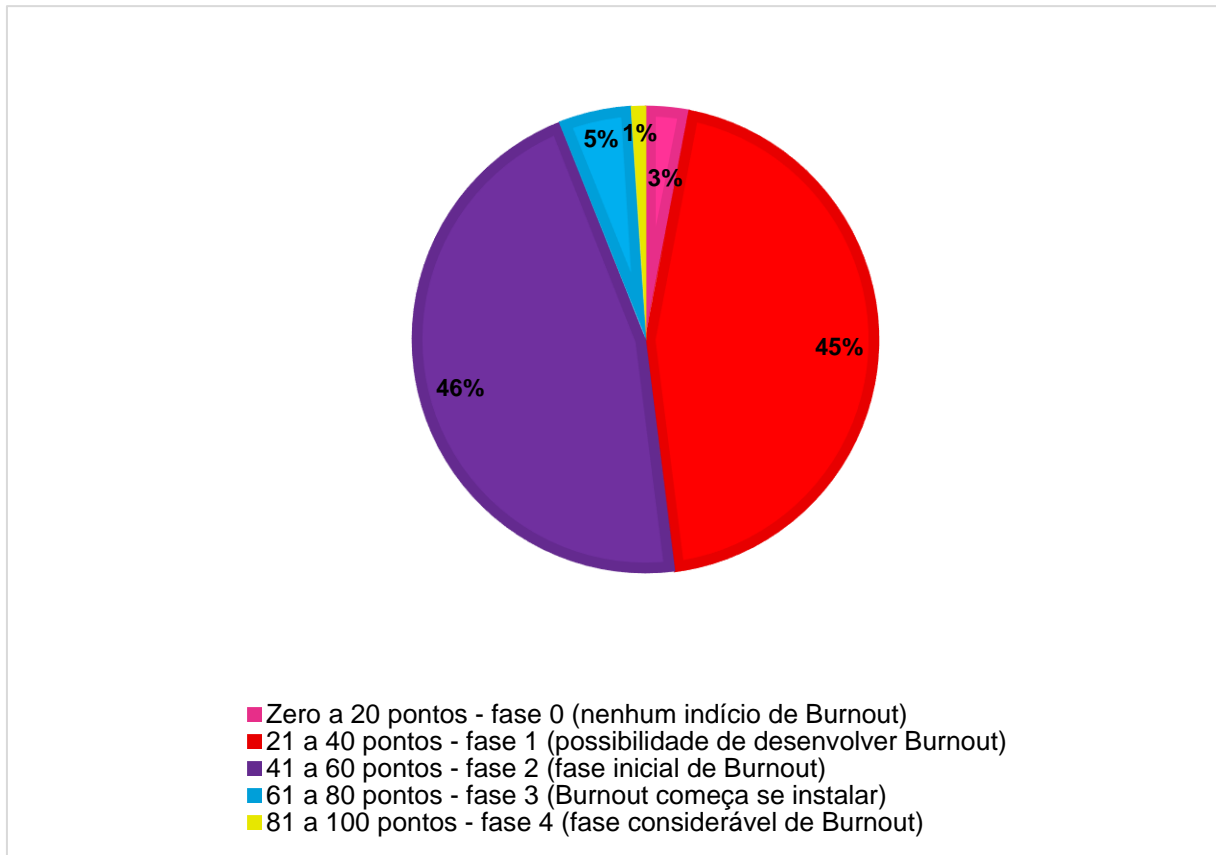
Tabela 3: Níveis de cada dimensão de *Burnout* na população estudada, conforme a classificação de indícios proposta por Jbeili (2008).

Classificação <i>Burnout</i>		Dimensão	Média (DP)	Percentual (%)	Nível
Fase	Pontuação				
0	Zero a 20	EE	9 (±0)	45	Baixo
		DP	4 (±0)	20	Baixo
		RP	7 (±0)	35	Alto
1	21 – 40	EE	9,66 (±0,88)	37,18	Baixo
		DP	5,33 (±0,44)	20,51	Baixo
		RP	11 (±1,33)	42,31	Alto
2	41 – 60	EE	16,33 (±1,55)	39,84	Médio
		DP	8,66 (±0,44)	21,14	Médio
		RP	16 (±2)	39,02	Alto
3	61 – 80	EE	27 (±4)	41,1	Alto
		DP	12,66 (±1,77)	19,22	Alto
		RP	26 (±1,33)	39,44	Alto
4	81 – 100	EE	43 (±0)	51,81	Alto
		DP	14 (±0)	16,87	Alto
		RP	26 (±0)	31,32	Alto

EE (exaustão emocional); DP (despersonalização); RP (realização profissional).

Figura

Figura 1: Classificação preliminar da síndrome *Burnout* em profissionais da saúde do município de Uruguiana.



ANEXOS

Questionário de Chafic Jbeili inspirado no MBI (2008)

Marque um "x" na coluna correspondente

1- Nunca 2- Raramente 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Tempo todo

Características psicofísicas em relação ao trabalho	1	2	3	4	5
01. Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu Trabalho					
02. Sinto-me excessivamente exausto(a) ao final da minha jornada de trabalho					
03. Levanto-me cansado(a) e sem disposição para efetuar meu trabalho					
04. Envolve-me com facilidade nos problemas dos Outros					
05. Trato algumas pessoas como se fossem da minha Família					
06. Necessito grande esforço para efetuar minhas tarefas Laborais					
07. Acredito que poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim					
08. Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo					
09. Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente					
10. Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a)					
11. Não me sinto realizado(a) com meu trabalho					
12. Não sinto mais amor pelo meu trabalho como antes					
13. Não acredito mais naquilo que realizo Profissionalmente					
14. Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado Significante					
15. Sinto que estou no emprego apenas por causa do Salário					
16. Tenho me sentido mais estressado(a) com as pessoas que atendo					
17. Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que convivo					
18. Sinto que as pessoas me culpam pelos seus Problemas					
19. Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho					
20. Sinto que não acredito mais na profissão que exerço					

Normas para submissão:

Instruções aos Autores

1. Informações gerais 2. Categorias de artigos 3. Dados de identificação do manuscrito 4. Conflito de interesses 5. Declarações e documentos 6. Preparo do manuscrito 7. Checklist para submissão 8. Processo editorial 9. Taxa de publicação

1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. Artigos submetidos em português ou espanhol são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português ou espanhol.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- RATS – checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Organização do manuscrito

Além das recomendações mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicação breve

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 1.

- Número máximo de referências: 5.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder a uma pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consultar:

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

Revisão narrativa ou crítica – Apresenta caráter descritivo-discursivo e dedica-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da saúde pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: ilimitado.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e oxigenar controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.

- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicamos também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

4. Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou

avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores ou o primeiro autor assina e insere o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Na submissão
b. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
c. Declaração de Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores ou, ao menos, pelo primeiro autor. O ORCID de todos os autores deverá ser informado nessa carta. A carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecimento de seu significado para a saúde pública;

- Informação sobre a novidade do estudo e porque ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção de até três artigos, se houver, publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito; Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores;
- Atestado de exclusividade da submissão do manuscrito à RSP;
- Contribuição ao manuscrito por parte de cada autor.

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) contribuir substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Nos casos de grupos multicêntricos ou grande número de autores terem desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos anteriormente. Nesse caso os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Estes serão listados no final do texto do artigo.

Não justificam autoria: aqueles que realizaram apenas a aquisição de financiamento, a coleta de dados, ou supervisão geral do grupo de pesquisa.

b) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento (por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc). Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar agradecimentos a instituições que prestaram apoio logístico.

c) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

O documento de transferência de direitos autorais será solicitado após a aprovação do artigo.

MODELOS DOS DOCUMENTOS

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, ___[dia]___ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, Revista de Saúde Pública

Assim, submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título] _____”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

Contribuição dos autores (exemplo): concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho: autor 1; interpretação e redação do trabalho: autor 2. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Certifico que este manuscrito representa um trabalho original e que nem ele, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

_____ nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

_____ nome completo do autor 2 + assinatura + ORCID

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas que não preencheram os critérios de autoria, estão nomeadas com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.

Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____

DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

c) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores: _____

Local, data NOME COMPLETO + Assinatura

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o estilo *Vancouver* – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de

citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente (sobrescrito) antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.

2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa no idioma original do manuscrito.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normatizadas segundo estilo Vancouver, apresentadas por ordem de citação. É necessário verificar se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi. Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

8. Processo editorial

a) Avaliação

Pré-análise: : o Editor Científico avalia os manuscritos com base na qualidade e interesse para a área de saúde pública e decide se seleciona o manuscrito para avaliação por pares externos ou não.

Análise por pares: se selecionado na pré-análise, o manuscrito é encaminhado a um dos Editores Associados cadastrados no sistema segundo a respectiva área de especialização. O Editor Associado seleciona os revisores (dois) de acordo com a área de especialização e envia o manuscrito para avaliação. Caso o Editor Associado considere que os pareceres recebidos são insuficientes para uma conclusão, deverá indicar outro(s) relator(es). Com base nos pareceres, o Editor Associado decide por: recusa, no caso de o manuscrito ter deficiências importantes;

aceite; ou possibilidade de nova submissão, devendo neste caso indicar nos seus comentários as modificações importantes para eventual reformulação, que será reavaliada por relatores.

b) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é editado por uma equipe que fará à revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada.

c) Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente 20 dias após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nessa revisão, o autor deverá atentar-se para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e, principalmente, equivalência de conteúdo com a versão original aprovada. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A RSP adota o sistema de publicação contínua. Dessa forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de um conjunto de artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

9. Taxa de publicação

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa a fim de garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade,

sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de 1 de julho de 2019, o valor da taxa será de R\$ 2.400,00 para artigo original, revisão e comentário, e de R\$ 1.600,00 para comunicação breve.

A RSP fornece aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Após aprovação do artigo, os autores deverão aguardar o envio da fatura proforma com as informações sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa.