

CURSO DE ENFERMAGEM

Matheus Eymael Marques dos Santos

**O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM ÁREA RURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Santa Cruz do Sul
2020

Matheus Eymael Marques dos Santos

**O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM ÁREA RURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do Sul como requisito para
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Leni Dias Weigelt

Santa Cruz do Sul
2020

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2020

**O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM ÁREA RURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Matheus Eymael Marques dos Santos

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora.
Foi aprovada em sua versão final, em_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Leni Dias Weigelt

Orientador

Prof.^a. Maristela Soares de Rezende

Integrante da banca

Prof.^a Daiana Klein Weber Carissimi

Integrante da banca

SUMÁRIO

1 ARTIGO ORIGINAL	5
RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO	5
MÉTODO.....	6
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	7
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS	15
ANEXO A- PROJETO DE MONOGRAFIA	16
ANEXO B- DIRETRIZES PARA AUTORES.....	45

1 ARTIGO ORIGINAL

O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA RURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Matheus Eymael Marques dos Santos¹

Leni Dias Weigelt²

RESUMO: Objetivo: investigar sobre o cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família da área rural. **Método:** revisão integrativa, a busca foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online utilizando os descritores combinados Equipe de Enfermagem, Enfermagem rural e Estratégia de Saúde da Família. Utilizou-se um instrumento para coleta de dados em formato de quadros para seleção e análise dos dados. **Resultados:** foram selecionados 6 estudos que contiveram em seus títulos e/ou resumos e/ou texto no mínimo um dos descritores. Diante dos dados elaborou-se quatro categorias temáticas para discussão de forma descritiva. **Conclusões:** Esforços devem ser investidos para que a equipe de enfermagem da área rural se adapte e consiga contribuir para a assistência qualificada mesmo com os desafios encontrados. Espera-se que os achados possam ampliar o olhar sobre esses locais e possibilitar uma valorização do trabalho.

Descritores: Equipe de Enfermagem; Enfermagem rural; Estratégia de Saúde da Família

¹Acadêmico de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: matheuseymael@mx2.unisc.br

² Professora, Enfermeira, Doutora do Departamento de Ciências da Saúde. E-mail: lenid@unisc.br

Introdução

Para que ocorra o desenvolvimento das ações da Estratégia de Saúde da Família define-se o território de sua atuação e a descrição de seus usuários através de uma inscrição, cadastro das pessoas, famílias e das comunidades. Sendo assim, o território determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade.¹

A territorialização oportuniza a identificação e análise das características sociodemográficas, econômicas e culturais, as condições de moradia, o ambiente, a vulnerabilidade da população cadastrada e a disponibilidade de equipamentos públicos e sociais. Inclui-se na territorialização os aspectos da área rural e suas peculiaridades, sendo considerada como aquela que está fora dos perímetros definidos como urbanos, consistindo perímetro urbano as sedes municipais, sedes distritais e áreas urbanas isoladas que são separadas por uma área rural. O município fica responsável em estabelecer essas

diferenciações e definições dos limites de cidades, vilas e áreas rurais.¹⁻²

As equipes de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família são responsáveis em desenvolver atividades educativas, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos deste indivíduo, família e comunidade. Se define equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família da área rural aquela que se encontra inserida em suas realidades e contextos específicos, com desafios em suas práticas que não seriam encontrados em Estratégias de Saúde da Família das áreas urbanas, como equipes menores, poucos recursos, demanda relativamente menor e contextos sociais diferentes.³

Considerando o Brasil, um país de dimensão elevada, somado ao fato de que as atividades do campo serem de importância para a economia, e que a saúde da população é necessária para o segmento do trabalho, a queda nos números da população residente da área rural reflete na carência de estudos publicados sobre essa parcela da população.⁴

A partir destas questões, foi definido o problema de pesquisa: Quais são os desafios da equipe de enfermagem ao desenvolver seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família, da área rural?

Para responder a esta questão, foram traçados os seguintes objetivos: Identificar a percepção da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, em área rural, sobre o seu cotidiano de trabalho, investigar sobre o trabalho da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família em área rural e indagar sobre a existência de desafios e, ou, dificuldades no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem de ESF em área rural.

Método

O presente estudo utiliza como método a revisão integrativa da literatura, que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, com uma abordagem qualitativa, realizada em periódicos científicos nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde e na base de dados online Scientific Electronic Library Online.

As etapas deste estudo se constituíram da seleção do tema de pesquisa, elaboração da questão norteadora do estudo, definição dos critérios de inclusão e exclusão, realização da busca na literatura, seleção e organização dos estudos encontrados em formato de quadros, considerando todas as características em comum coletadas através de um instrumento de coleta de dados, análise, interpretação e síntese dos resultados.

Iniciou-se o processo de pesquisa dos artigos científicos na Biblioteca Virtual em

Saúde, utilizando os descritores em ciências da saúde, conforme análise selecionados os artigos que se adequaram aos critérios de inclusão. Em seguida foram usados os mesmos descritores combinados com operadores booleanos “AND” na base de dados Scientific Electronic Library Online e foram encontrados artigos adequados aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão foram: todas as categorias de artigos (original, revisão de literatura, reflexão, atualização e relato de experiência), publicados no período de 2009 a 2019, no idioma português, artigos que continham em seus títulos e/ou resumos e/ou texto, no mínimo um dos seguintes descritores em ciências da saúde: Equipe de Enfermagem, Enfermagem Rural e Estratégia de Saúde da Família. O critério de exclusão que foi aplicado na pesquisa se refere aos artigos que não atenderem os critérios de inclusão mencionados.

O instrumento de coleta de dados em formato de quadro apresentava o propósito de extrair, organizar e sumarizar as informações e facilitar a análise e síntese dos resultados. O instrumento foi adaptado e utilizado nessa etapa do estudo, contendo os seguintes itens informativos: título, ano de publicação, autores, intervenção estudada, resultados e recomendações/conclusões.⁵

Na análise dos dados foram seguidas as orientações sobre a análise temática, que considera o texto como um documento a ser compreendido, o qual ilustra determinada situação a ser interpretada.⁶ A discussão dos resultados está apresentada de forma descritiva, possibilitando ao método de revisão integrativa alcançar seu objetivo, ou seja, oferecer subsídios para reflexões sobre o cotidiano da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família em área rural e ampliar os conhecimentos científicos, tendo como base, estudos produzidos anteriormente sobre esse contexto e as condições de trabalho da equipe de enfermagem.⁷

Resultados e discussão

Foram encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde, no total, 21 artigos que continham em seus títulos e/ou resumos e/ou texto, no mínimo um dos descritores em ciência da saúde. Conforme a análise, 02 artigos se adequaram aos critérios de inclusão. Seguindo a pesquisa na base de dados Scientific Electronic Library Online foram encontrados ao total 11 artigos, sendo 04 artigos adequados aos critérios de inclusão.

No total das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online, 32 artigos foram encontrados, dos quais 06 artigos se adequaram aos critérios de inclusão para análise e foram selecionados.

O quadro 1 representa o número de artigos encontrados e selecionados que apresentaram no decorrer de seus títulos e/ou resumos e/ou texto, no mínimo um dos descritores em ciências da saúde e que se adequavam ao tema da pesquisa, além de sua respectiva base de dados.

Quadro 1- Quantidade de artigos encontrados e selecionados por base de dados

Combinação de DeCS	Base de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados
Equipe de Enfermagem, Enfermagem rural e Estratégia de Saúde da Família.	BVS	21	2
	SCIELO	11	4
TOTAL		32	6

Fonte: dados da pesquisa, 2020

O quadro 2 apresenta os dados dos artigos selecionados.

Quadro 2- Dados dos artigos selecionados

Titulo	Ano	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendações/conclusões
O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família	2019	OLIVEIRA, A. R, et al	O objetivo foi analisar o cotidiano de trabalho dos enfermeiros na ESF de área rural.	Cita a criação de vínculo intenso com a população, porém, demonstram um cotidiano com barreiras como deslocamento ao local de trabalho, operacionalização das ações de saúde.	O trabalho diferenciado, considerando as características da ruralidade revelam algumas fragilidades na qualidade das ações da equipe da ESF.
Gerenciamento em saúde: o olhar de trabalhadores da saúde da família rural	2016	BORGES, F. A, et al	O objetivo do estudo foi analisar as concepções dos profissionais da ESF sobre o gerenciamento do trabalho em saúde.	Resultados em três categorias: organização do trabalho em saúde para alcançar as metas, o gerenciamento com foco no enfermeiro, facilidades e dificuldades na construção de espaços coletivos na ESF.	Necessidade de atentar para o gerenciamento do trabalho com necessidade de os sujeitos se responsabilizem com as decisões tomadas em grupo e também para as avaliações do processo.
Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família	2015	MARQUES, A. L. N, et al	O objetivo do estudo se da em analisar a relação do trabalho e a qualidade de vida da enfermagem na ESF de zona urbana e rural.	Os profissionais com único vínculo empregatício, todo contexto do trabalho e os domínios físicos, sociais e ambientais avaliados negativamente tornam a qualidade de vida um fator determinante para planejar estratégias.	O somatório das más condições impacta diretamente na qualidade de vida dos profissionais, tudo isso se deve as condições no exercício do trabalho, a não organização e as relações sociais.
Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural	2017	SHIMIZU, H. E, et al	O estudo foca na análise do índice de responsividade das ESF das áreas rurais.	Mostra-se uma satisfação dos usuários com o respeito pessoal, comunicação entre usuário e profissionais, orientações, insatisfação com a falta de acesso aos serviços de saúde, por fim os usuários consideram regulares a ambiência das ESF por se tratar de casas adaptadas.	A satisfação referente ao respeito pelas pessoas é o maior índice, indicando papel da equipe de enfermagem sendo bem realizado. No que diz respeito a infraestrutura, os índices são menos satisfatórios por ser muitas vezes estruturas precárias e adaptadas.
Representações sociais da violência doméstica em cenários rurais para mulheres e homens	2017	HONNEF, F. et al	Compreender as representações sociais da violência doméstica entrevistando pessoas vinculadas a grupos de saúde organizados pelas ESF rurais.	Duas categorias de temas foram elencadas, são: representações sociais da violência doméstica nos cenários rurais com desigualdade entre homens e mulheres e representações sociais da violência doméstica relações familiares e geracionais. Abordou as distancias do cenário rural como potencializador da violência.	A violência doméstica no cenário rural é apontada como um fenômeno complexo, considerando todas diferenças entre homens e mulheres. As representações familiares e geracionais são apontadas como pode da figura paterna sobre o restante da família.
DETERMINANTES SOCIAIS DE	2010	SANTANNA, C.	Objetivo em identificar	Evidenciou-se nos fatores determinantes	Os relatos são de uma estreita

SAÚDE: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família		F, et al	os determinantes sociais considerando o contexto do trabalho desenvolvido.	características anátomo fisiológicas dos indivíduos e comunidade associando-se ao trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem. Cita também as distancias das localidades em áreas rurais e periféricas.	relação entre enfermagem e usuário, considerando o trabalho.
---	--	----------	--	---	--

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Diante dos dados, elaborou-se categorias temáticas para análise, interpretação e sequência da discussão dos dados de forma descritiva: Condições de trabalho e desafios da equipe de Estratégia de Saúde da Família da área rural, deslocamento para Estratégia de Saúde da Família da área rural, ambiência estrutural e o cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família da área rural.

Condições de trabalho e desafios/dificuldades da equipe de enfermagem de Estratégia de Saúde da Família da área rural

No Brasil a Estratégia de Saúde da Família da área urbana e rural vem modificando a visão sobre a questão da assistência na atenção básica, considerando a realidade familiar, comunitária e local, não apenas focada no indivíduo. Por sua vez, a enfermagem vem sofrendo diversas modificações no seu processo de trabalho, seja ele em área urbana mas, principalmente em área rural, essa última, se enfatiza a aproximação entre a equipe de enfermagem e a família, tornando-se cada vez mais preparada para atuar com este público.⁷

O trabalho é estabelecido como uma ligação entre as relações do homem e a natureza e deve ser realizado de forma segura. Porém, nota-se que em diversos meios, as más condições de segurança no trabalho são responsáveis pelos acidentes e doenças ocupacionais para os profissionais de enfermagem que desempenham suas funções. Considerando as condições de saúde do trabalhador de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, destacam-se os riscos ocupacionais em área rural que acometem os profissionais sendo principalmente os riscos físicos. São exemplos: o ruído, iluminação prejudicada e a temperatura.⁷

Resultados de pesquisas constam que os profissionais comumente sentem insatisfação com as condições de trabalho na área rural. Vale ressaltar que em determinados locais da área rural, o acesso aos serviços de saúde se torna difícil devido as condições precárias de estradas e deslocamento, considerados barreiras para a qualidade da assistência. Os órgãos públicos devem atentar para essas situações que estão ligadas diretamente à saúde da população e dos trabalhadores, gerando consequências graves de longo tempo na qualidade de vida em área rural, além de reduzir a abrangência da Estratégia de Saúde da Família em sua população assistida.³⁻⁷⁻⁸

No que diz respeito a qualidade de vida, define-se como uma percepção do indivíduo sobre si mesmo, considerando sua posição na vida, o contexto no meio em que está inserido e quanto aos seus objetivos, expectativas, interesses e preocupações. Seguindo o mesmo

pensamento, pode-se dizer que qualidade de vida está ligeiramente ligada a forma como o indivíduo apresenta-se na sociedade, a forma como ele participa do trabalho e como o trabalho lhe satisfaz. Fundamentalmente se faz necessário conhecer como o trabalhador de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família tem sua qualidade de vida, podendo favorecer a forma como ele trabalha, excuta suas ações e interage com a equipe e a população, sendo assim, a qualidade de vida se liga diretamente com todos esses aspectos.⁷

A qualidade de vida se destaca como aliada nas discussões e planejamento do trabalho da Estratégia de Saúde da Família, já que estabelece uma forma de produção do trabalho mais adequada a equipe, pois considera que uma equipe com qualidade de vida pessoal contribui para um trabalho satisfatório.⁸

Deslocamento para a Estratégia de Saúde da Família da Área Rural

Considerando tal contexto da área rural, a equipe de enfermagem assume diversos desafios para a realização das funções do trabalho, tais desafios são vivenciados antes mesmo do trabalho começar, no deslocamento, sendo na maioria das vezes feito por um trajeto longo e com condições que estão abaixo do ideal, com riscos físicos como exposição ao sol e calor excessivo, podendo comprometer à saúde do trabalhador.³

O risco do deslocamento para o trabalho pode ser também relativo as questões de mobilidade prejudicada quando dependente de veículos e condições de estradas e vias de chão batido.³ Na pesquisa realizada com enfermeiros de Estratégia de Saúde da Família de um município do nordeste do Brasil constatou-se que o deslocamento para o trabalho surge como um percalço presente na rotina da equipe de enfermagem, uma vez que, para chegar ao seu ambiente de trabalho, os profissionais percorrem um trajeto diferenciado por se tratar de um percurso longo e com uma dinâmica diferente do normal casa-trabalho, sendo muitas vezes utilizado o transporte da secretaria de saúde.³⁻¹⁰

O tempo gasto com deslocamento pelos profissionais revela um desafio oculto para o trabalho, sendo que, todos profissionais necessitam se deslocar por uma longa distância para chegar a Estratégia de Saúde da Família, e com condições não favoráveis. Com toda essa distância entre as localidades, os profissionais ainda se deparam com outras situações que lhes impõem dificuldades como o curto período de permanência no trabalho, sendo que, com todo tempo de deslocamento o profissional às vezes acaba saindo mais cedo ou chegando mais tarde, o que torna sua jornada de trabalho presencial na Estratégia de Saúde da Família

reduzida.³

Ambiência Estrutural

Um dos pontos levantados no estudo é as deficiências estruturais, como por exemplo Estratégias de Saúde da Família adaptadas em casas ou prédios que não foram projetados especificamente para suportar tal serviço. Uma estrutura deficiente repercute diretamente na satisfação dos profissionais, sendo que para a execução do trabalho adequado para a população adscrita, a oferta de uma assistência de melhor qualidade necessita de condições mínimas de estrutura e insumos.¹¹

Essa situação poderia ser ajustada pela gestão municipal, focando na logística das Estratégias de Saúde da Família da área rural e dando aporte de materiais, insumos adequados e melhores condições de deslocamento para as regiões remotas, sendo assim, menor seria o tempo de deslocamento, a diminuição da busca por materiais na secretaria de saúde e também a redução da sobrecarga da equipe de enfermagem.³

Outro ponto levantado em uma pesquisa é a centralização dos serviços na secretaria de saúde, sendo o local de referência para a estocagem de material, a busca por vacinas imunizantes e a marcação de exames.³ Tal centralização é comum em cidades de área rural, onde se faz necessário para o maior controle e intermediação do serviço de saúde. Além disso, a falta de condições adequadas como falta de água, luz, material, insumos, entre outros problemas acabam influenciando na assistência de saúde.⁷

As condições de trabalho são observadas, além do ambiente de trabalho, equipamentos ou materiais, são também situações referentes ao estresse resultante dessas questões, um fator que pode resultar em um processo de adoecimento profissional. Vários fatores se apresentam estresse na equipe de enfermagem como, má remuneração, grande carga de tarefas, falta de segurança, inadequações na ambiência entre outros causadores que podem afetar a saúde física e psicológica dos trabalhadores.⁷

O cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família da área rural.

O cotidiano do trabalho pode-se definir como ações diárias realizadas pelas equipes de enfermagem em um respectivo ambiente de trabalho. A prática de enfermagem voltada para a

Estratégia de Saúde da Família da área rural aborda situações relativamente isoladas, e com equipes reduzidas e pouca quantidade de recursos. Se faz necessário que os profissionais que atuam nessas situações se adaptem e consigam lidar com a demanda de saúde no contexto dessas áreas rurais, ampliando suas habilidades de forma abrangente, social, familiar e pessoal.³⁻¹⁰

A pesquisa realizada nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Federal mostrou que o cotidiano da enfermagem que atua em área rural, nas práticas assistenciais curativas, ainda existem barreiras para uma adequada assistência a população, seja por motivos de mecanizar o trabalho, ou seja, realiza-lo de forma automática, ou a desvalorização da escuta ao usuário, ouvindo suas necessidades.³⁻¹⁰ Tais evidências estão ligadas ao motivo pelos quais a enfermagem de Estratégia de Saúde da Família como um todo recebe o rótulo de ser um campo de comodismo, sendo um concurso público a maneira de ingressar nesta vaga e prestar a assistência, muitas vezes, de forma mecânica.⁷⁻⁸

Outro ponto levantado é sobre a organização do trabalho onde os profissionais identificam sendo uma estratégia para promover a assistência a população, ou seja, um espaço voltado ao diálogo entre a equipe de enfermagem, sendo possível assim ocorrer um planejamento mais adequado à respectiva carência da população.⁸

Contudo, nota-se que a participação dos membros da equipe no planejamento também pode ser uma dificuldade, já que tal diálogo é relativo de cada pessoa saber transmiti-lo aos demais membros, o que se torna subjetivo e entendidos ou não.⁸

Pela distância do meio rural com as grandes cidades, as Estratégias de Saúde da Família se tornam um ponto de referência para essa população, com a busca por resultados e respostas de seus problemas. A relação entre a equipe de enfermagem e a população é evidenciada na visita domiciliar, onde passam a ter uma boa aceitação sempre que adentra os domicílios. Esta receptividade torna a abordagem do serviço de saúde mais adequada, já que assim, a fala e queixas da população são ouvidas. Contudo ainda existem percalços a serem sanados no que diz respeito a locomoção dos profissionais até os usuários, influenciada negativamente como condições que dificultam o acesso a saúde.³⁻⁸

Os estudos sobre a temática do trabalho da equipe de enfermagem em área rural é considerado escasso no cenário nacional, sugerindo assim, que novos estudos sejam feitos considerando as diferentes formas de organização das Estratégias de Saúde da Família nos municípios e a extensão territorial do Brasil.

Considerações finais

Nesta pesquisa, foram encontrados estudos que investigam e identificam os desafios do trabalho da equipe de enfermagem na estratégia de saúde da família da área rural. Também foram encontrados estudos que caracterizam o cotidiano da ruralidade e os percalços do trabalho na área rural.

A realidade e o cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem em Estratégia de Saúde da Família da área rural é diferente da área urbana, pois se trabalha o contexto rural e suas especificidades abrangendo a saúde das famílias.

Os resultados encontrados demonstram que os desafios do trabalho em área rural estão diretamente ligados as características da ruralidade, sendo que os maiores desafios são os de deslocamento, a ambiência da Estratégia de Saúde da Família e o cotidiano do trabalho considerando a ruralidade.

Evidenciou-se o deslocamento como principal desafio entre os achados da pesquisa, pois se encontra, na maioria das vezes, antes mesmo do trabalho começar, já no deslocamento casa-trabalho, sendo em alguns casos responsabilidade da secretaria de saúde conduzir tal deslocamento. Também nota-se a ambiência da Estratégia de Saúde da Família como dificultador do trabalho da equipe, pois encontra-se diretamente ligada ao exercício da profissão a necessidade de ambientes adequados ao atendimento, sendo em áreas rurais um fator determinante para a comunidade, que vê a Estratégia de Saúde da Família como um ponto de referência, portanto sendo necessária uma adequada estrutura para compor as necessidades e demandas. Por fim, o cotidiano do trabalho é evidenciado como uma questão a ser sanada, já que o trabalho é realizado e visto por alguns estudiosos, como robotizado, comodista e sem a escuta qualificada ao usuário, necessitando assim de uma organização adequada.

Verificou-se também que a equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família da área rural detém desafios que surgem no decorrer do trabalho devido ao local onde está inserida, sendo que, para o desenrolar e eficiência do trabalho, os profissionais precisam ser capacitados em contornar situações habituais do dia a dia e manter suas atividades. Considera-se, portanto, que os artigos selecionados contemplaram a expectativa de explorar a temática e oportunizar a busca por conhecimento sobre a equipe de enfermagem em Estratégia de Saúde da Família da área rural e seus desafios do trabalho.

Nota-se, contudo, que os profissionais da equipe de enfermagem que atuam em área rural detém de pontos positivos em seu trabalho, como o vínculo com as famílias e a

comunidade e também a não rotatividade de funcionários, sendo assim desenvolvido de forma sequencial.

Espera-se que os achados deste estudo possam ampliar os conhecimentos sobre a temática do trabalho da equipe de enfermagem na ESF em área rural, com vistas ao campo de atuação profissional mais valorizado, menos desgastante e mais produtivo. Ainda espera-se que os órgãos governamentais tenham um olhar atencioso para as áreas rurais, focando em manutenção de estradas, estruturação adequada e um incentivo financeiro que seja ideal para as demandas específicas da ruralidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Faria RM. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Revista Brasileira de Geografia. Hygeia*, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, Junho 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>>. Acesso em: 12 de outubro de 2020.
- 2 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf> Acesso em: 22 de outubro de 2020.
- 3 Oliveira AR, Sousa YG, Diniz IVA, Medeiros SM, Martiniano C, Alves M. O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n4/pt_0034-7167-reben-72-04-0918.pdf Acesso em: 22 de outubro de 2020.
- 4 Viana MPS. A Estratégia Saúde da Família em área rural no Estado do Rio de Janeiro: Relato de uma experiência. Nova Friburgo, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/8078/1/Marcella%20Pereira%20dos%20Santos%20Viana.pdf> Acesso em: 20 de outubro de 2020
- 5 Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):124-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf> Acesso em: 28 de maio de 2020.
- 6 MINAYO. Maria Cecilia de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 393p
- 7 Marques ALN, Ferreira MBG, Duarte JMG, Costa NS, Haas VJ, Simões ALA. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Rene* [Internet]. 2015 Out [acesso em 2020 Nov 20]; 16(5): 672-681. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151738522015000500672&lng=pt.
- 8 Borges FA, Ogata MN, Feliciano AB, Fortuna CM. Gerenciamento em saúde: o olhar de trabalhadores da saúde da família rural. *Ciênc. cuid. saúde* [Internet]. 2016 Set [acesso em 2020 Nov 20]; 15(3): 466-473. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167738612016000300466&lng=pt.

9 Sant'anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [Internet]. 2010 Mar [acesso em 2020 Nov 20] ; 31(1): 92-. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100013&lng=en.

10 Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2018 [acesso em 2020 Nov20]; 52: e03316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100404&lng=en.

11 Honnef F, Costa MC, Arboit J, Silva EB, Marques Karoline A. Representações sociais da violência doméstica em cenários rurais para mulheres e homens. Acta paul. enferm. [Internet]. 2017 Aug [acesso em 2020 Nov 20]; 30(4): 368-374. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002017000400368&lng=e
ANEXO A- PROJETO DE MONOGRAFIA

CURSO DE ENFERMAGEM

Matheus Eymael Marques dos Santos

O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREA RURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Matheus Eymael Marques dos Santos

**O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM ÁREA RURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a.Dr^a Leni Dias Weigelt

Santa Cruz do Sul
2020

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	3
2	OBJETIVOS	5
2.1	Objetivo Geral.....	5
2.2	Objetivos Específicos.....	5
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	6
3.1	Área Rural e Estratégia de Saúde da Família: Conceitos e Abordagens	
	Históricas.....	6
3.2	Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família.....	11
3.3	A Saúde das Pessoas de Área Rural e a Enfermagem.....	14
4	METODOLOGIA	16
5	CRONOGRAMA	18
6	ORÇAMENTO	19
	REFERÊNCIAS	20
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	25

1 INTRODUÇÃO

A consolidação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) envolve interdisciplinaridade e constante acompanhamento das condições epidemiológicas, planejamento e avaliação das práticas profissionais. Essa estratégia originou-se do Programa Saúde da Família (PSF) que foi instituído pelo Governo Federal em 1994, para substituir o modelo tradicional de atenção à saúde.

Para o desenvolvimento das ações da ESF define-se o território de sua atuação e a descrição de usuários através de uma inscrição, cadastro das pessoas, famílias das comunidades. Sendo assim, o território determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade (FARIA, 2013). Distribuição geográfica que se caracteriza como territórios adstritos, local onde se desenvolve as ações e os serviços da equipe de saúde.

A territorialização oportuniza a identificação e análise das características sociodemográficas, econômicas e culturais; as condições de moradia, o ambiente, a vulnerabilidade da população cadastrada e a disponibilidade de equipamentos públicos e sociais (FARIA, 2013). Dados importantes para implementação da política de atenção à saúde da população.

Pode-se observar, atualmente, várias publicações sobre políticas públicas, no entanto, poucos estudos abordam as especificidades de implementação das ESFs e as ações das equipes em seus locais. Incluído aqui, os estudos que tratem das peculiaridades de regiões rurais.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), área rural é considerada como aquela que está fora dos perímetros definidos como urbanos, sendo perímetro urbano as sedes municipais, sedes distritais e áreas urbanas isoladas que são separadas igualmente por uma área rural. O município fica responsável em estabelecer essas diferenciações e definições dos limites de cidades, vilas e áreas rurais (IBGE, 2017).

Dados do IBGE apontam no Brasil cerca de 29.82 milhões de pessoas residem em área rural, no Rio Grande do Sul-RS são 1.59 milhões de pessoas e em Santa Cruz do Sul, cidade do interior do RS, cerca de 13.184 mil residem em área rural (IBGE, 2010).

No Brasil entende-se que a Atenção Primária em Saúde (APS) adota a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo preferencial de organização, sendo esperado que ela aborde o processo de saúde-doença da população não só de forma individual, mas também de forma pluralizada no contexto familiar e da comunidade. (BRITO, 2018). A ESF é responsável pelo acompanhamento de um território definido de famílias localizadas em uma área pré-

estabelecida e com isso se torna um serviço operacionalizado por uma equipe multiprofissional implantada no modelo assistencial (SILVA, 2016).

As equipes de enfermagem da ESF são responsáveis em desenvolver atividades educativas, promoção da saúde, prevenção, reabilitação, recuperação de doenças e agravos deste indivíduo, família e comunidade (OLIVEIRA et al, 2018).

Se define equipe de enfermagem de ESF em área rural aquela que se encontra inserida em realidades e contextos específicos da área rural, com desafios em suas práticas que não seria encontrado em ESF de áreas urbanas como equipes menores, poucos recursos, demanda relativamente menor e contextos sociais diferentes (OLIVEIRA et al, 2018).

Nesse sentido, Silva (2016), faz referência a Política Nacional de Atenção Básica, bem como a Política Nacional da Saúde Rural tratando as questões de orientação sobre os processos de trabalho da equipe de enfermagem em área rural, definindo as atribuições de cada profissional que tem como objetivo principal o cuidado da pessoa humana em todo seu ciclo vital, além de sempre buscar o favorecimento da confiança e vínculo entre usuários, profissionais e equipes, favorecendo assim o atendimento.

Este estudo se justifica, e se ampara nas ideias de estudiosos como Viana, (2016) que atribui ao Brasil, um país de dimensão elevada, somado ao fato de que as atividades do campo serem importantes para a economia, e que a saúde da população é importante para o segmento do trabalho, a queda nos números da população residente de área rural reflete na carência de estudos publicados sobre essa parcela da população. Nesta mesma direção, Oliveira et al (2018), consideram escassos os estudos sobre o trabalho da equipe de enfermagem em área rural, sugerindo que novos estudos sejam feitos considerando as diferentes formas de organização das ESF nos municípios e a extensão territorial do Brasil.

Outro aspecto que justifica este estudo é a vivência do pesquisador em sua cidade natal, ligeiramente interiorana e de área rural, que demonstra desafios para a equipe de enfermagem da ESF em desenvolver as suas atividades. Acredita-se que este estudo se mostra importante para a equipe de enfermagem em meio rural, pois cada vez mais a demanda nas áreas rurais aumenta e com isso os profissionais devem estar se adequando aos desafios propostos no dia-a-dia. Com esse pensamento, busca-se investigar sobre a problemática do cotidiano dos trabalhadores da enfermagem e seus desafios: Quais são os desafios da equipe de enfermagem ao desenvolver seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família, em área rural? Para a compreensão desta realidade elencou-se alguns objetivos, apresentados a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar sobre o cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família em área rural.

2.2 Objetivos específicos

-Identificar a percepção da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, em área rural, sobre o seu cotidiano de trabalho;

-Investigar sobre o trabalho da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família em área rural;

-Indagar sobre a existência de desafios e, ou, dificuldades no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem de ESF em área rural.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é um importante instrumento para a construção do conhecimento sobre a temática. É uma ferramenta que busca estudiosos de alguns campos do conhecimento, seja por meio de materiais acadêmicos impressos e/ou disponibilizados em bases de dados online.

3.1 Área Rural e Estratégia de Saúde da Família: Conceitos e Abordagens Históricas

Diversos países apresentam conceitos sobre a população de área rural com uma certa pluralidade. Rodrigues (2014) classifica o espaço físico como principal diferenciação, densidade demográfica e ocupação. Outros países abordam os conceitos de área rural com significâncias que ultrapassam a diferença do espaço físico, remetendo aos diferentes padrões culturais, organização social e econômica (RODRIGUES, 2014).

Ao propor recorrer ao conceito de área rural, Ponte (2004) refere que o contexto histórico é responsável pela conceituação em cada momento e período, havendo vários tipos de realidades de área rural no decorrer da história. Ainda segundo Ponte (2004), com o passar das décadas, a área rural foi se transformando e se adaptando as diversas realidades, passou de ser um território primário que tinha uma maior concentração populacional e de produção econômica, para um território periférico, perdendo espaço para a indústria e áreas urbanas.

O rural e o urbano pode ser entendido como representações sociais sujeitas a reelaborações e ressemantizações que vão variar conforme o universo simbólico a que se referem” (MEDEIROS, 2017.p.182). Neste sentido, Rodrigues (2014) refere rural e urbano como duas formas distintas de produção e organização, seguindo temas clássicos como moderno e tradicional e a relação campo e cidade.

Ruralidade é um conceito ligado a natureza territorial e não setorial, ou seja, deve ser entendida como um modo de vida no ambiente que se insere determinada população (KAGEYAMA, 2004). Já a ruralidade, segundo Medeiros (2017), pode ser entendida como um modo de vida, como uma sociabilidade que é pertinente ao mundo rural, com relações internas específicas e diversas do modo de viver urbano.

Ela destaca ainda que, ao assumir esta ruralidade como uma construção social, devem ser enfatizadas e compartilhadas abordagens que percebem ser este um modo de ser, um modo de viver mediado pelo território e pela cultura (MEDEIROS, 2017.p.182).

Segundo Francisco Duran (1998), citado por Medeiros (2017), não deve haver distinção entre rural e ruralidade, especialmente quando se investiga uma multiplicidade de aspectos, socioculturais, econômicos e ecológicos. No que tange a saúde pública, vários aspectos podem ser observados e interpretados conforme os sentidos e os significados atribuídos.

Os serviços de saúde, na atualidade, estão distribuídos por todas as instâncias de governo e nos diversos espaços dos municípios. A configuração da rede de atenção primária em saúde é um exemplo dessa organização descentralizada que busca facilitar o acesso e a integralidade da atenção à saúde. Além das unidades básicas (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESFs) constituem essa rede.

Ao se realizar um recorte histórico sobre a ESF, pode-se observar que, segundo Barros (2014), esta surgiu das necessidades da população, pois o atendimento integral da estrutura clássica que até os anos 70 era vigente, onde os profissionais atuavam de forma hierarquizada, fragmentada e independente, não era mais suficiente, sendo assim surgiu a necessidade de uma nova abordagem de atendimento.

Notoriamente, a partir de sua aprovação pelo governo e implantação em 1994, a ESF se configurou como um processo de trabalho coletivo, onde os profissionais passaram a ter mais interação social entre eles, focando no trabalho em equipe, possibilitando assim uma maior autonomia aos agentes inseridos no ambiente de trabalho (BARROS, 2014).

Complementarmente ao pensamento acima, Arantes et al (2015) reconhece a ESF como uma orientadora de organização do sistema de saúde, além de uma estratégia que busca respostas para as diversas necessidades da população, capaz de abordar e contribuir na assistência a família e comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família constitui-se:

“uma estratégia que prioriza as ações de Promoção da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência para a cura de doenças no hospital (BRASIL, 2000, p.36).”

O método operacional da ESF deve se adequar as diferentes realidades e áreas territoriais, desde que sejam mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. A ESF enquanto uma estratégia que se destaca por sua visão ampliada de saúde, com foco na saúde da família e comunidade, privilegia a integridade e singularidade dos usuários inseridos no contexto familiar e no contexto sociocultural (PEREIRA, 2016).

A definição de território orienta o rumo em que as ações serão desencadeadas na ESF, se define como um “território de abrangência” toda uma área delimitada, cuja a população está sob responsabilidade de um serviço (FARIA, 2018).

Em que se refere a ESF, nota-se que o conceito de território, em seus variados sentidos, não é questionado e segue sendo utilizado. Considerando que a ESF delimita determinado local, pode-se atribuir determinadas configurações e características territoriais existentes neste local (SANTOS, 2010).

Santos (2010), ainda ressalta que tais características, sendo elas derivadas do homem ou de ambientes naturais, influenciam no processo de saúde-doença da população, sendo assim, o reconhecimento dessa relação é importante para a compreensão do conceito de território da ESF. Portanto, nesse caso, o território é um local de atuação e responsabilidade compartilhada, dando enfoque não só nas questões de saúde-doença, mas também referentes ao meio ambiente em que a população reside.

Segundo Santos (2016), devido à atuação territorializada da ESF, cria-se um vínculo com a família, onde a mesma se encontra inserida nas ações realizadas pela ESF e com isso estimula a participação de toda comunidade. A territorialização também contribui com a aceitação da ESF na comunidade, pois devido aos usuários serem inseridos como os atores principais das ações, eles automaticamente atribuem a ESF como um local de referência para atenção à saúde.

Adicionalmente ao pensamento de Santos (2016), Santos (2010) refere que a territorialização é um pressuposto básico na atuação da ESF, pois a operacionalização do trabalho com demarcação de limites de áreas contribui para a melhoria na qualidade da prestação de serviços. Também seguindo o mesmo pensamento, Pereira (2006) considera a territorialização como um forte aliado na atuação da ESF, utilizando-se do reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social que existem nessas áreas para melhor se articular e planejar ações voltadas especificamente para determinadas necessidades.

Oliveira e Furlan (2008), citados por Bezerra et al (2020) definem que é de extrema importância os processos de territorialização para que haja um aprofundamento do conhecimento do território de atuação, contribuindo para o planejamento, estratégia e construção de planos a serem realizados pelos profissionais de saúde da ESF e que vão de acordo com a realidade dos territórios. A compreensão de território em seu contexto amplo se remete não só aos aspectos físicos/ambientais e sim a uma forma de funcionamento da territorialização, sendo um grande fator para a análise das realidades diversas.

Araújo et al. (2017), enfatiza a grande importância dos profissionais de saúde da ESF no processo saúde-doença, visando a identificação social do local e antecipando falhas e possíveis interferências externas que possam contribuir para o adoecimento da comunidade. Essa identificação só é possível devido a inserção dos profissionais e da ESF dentro da comunidade, realizando visitas domiciliares, saídas para conhecer a comunidade, conversas com líderes comunitários, entre outros.

Conforme Lima et al (2018), a ESF propôs reorganizar a atenção básica, sendo voltada a partir da família e de seu ambiente. No cotidiano da atenção à saúde as relações estabelecidas entre a ESF e os usuários estão entre os temas que mais são debatidos entre a equipe multiprofissional que constitui o serviço.

A ESF após sua expansão e adequação obteve um resultado de impacto muito importante na saúde dos usuários, principalmente de pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças crônicas. Também se nota que a ESF contribui para um melhor acesso e utilização de serviços dos usuários, resultando em menores índices de mortalidade e melhor equidade no acesso (MACINKO, 2018).

A ESF foca o trabalho e desenvolve suas ações na saúde da família priorizando a criação de vínculo entre a equipe de saúde da ESF e os usuários/famílias da comunidade. A equipe de saúde da família é multiprofissional, sendo composta geralmente por médico, generalista ou de família, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Considera-se que outros profissionais podem compor a equipe de saúde da família em casos específicos, onde a necessidade é identificada em cada comunidade e população (STEDILE, 2011).

Os profissionais da equipe de saúde da família ficam responsáveis pela população adscrita e os ACS devem residir nas suas respectivas áreas de atuação, para garantir um melhor vínculo com os usuários e aproximação da comunidade (BRASL, 1997).

De acordo com o Ministério da Saúde (1997), as atividades da equipe de saúde da família precisam de um dinamismo, com avaliações permanentes e acompanhamento dos indicadores para melhor desenvolvimento da atuação. Sendo assim, a equipe de saúde da família deve estar preparada para:

“conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta, elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea com

ênfase nas ações de promoção à saúde, resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados, desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados” (BRASIL,1997, p.14).

O fato da equipe de saúde da família ponderar a família como o centro do trabalho é de extrema importância, pois no momento em que a família está centralizada e não o usuários individualizado, as ações e planejamento abordam com mais eficiência os problemas comuns encontrados, sendo assim uma abordagem não só de forma curativa e centrada em doenças, mas também em prevenção aos agravos que a família e comunidade estão expostos (STEDILE, 2011).

3.2 Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família

No Brasil, ao decorrer dos anos 2000, o trabalho em equipe vem sendo ligado a prática colaborativa, sendo que para ocorrer um trabalho em equipe qualificado não basta apenas equipes integradas e colaborativas para a obtenção de resultados satisfatórios. É necessário que as equipes de um mesmo serviço atuem de forma conjunta entre si e que os profissionais e equipes colaborem com outros profissionais e equipes de outros serviços, sendo assim se caracterizando como um trabalho em equipe (PEDUZZI, 2018).

De acordo com Araújo (2006), o objetivo do trabalho em equipe é desenvolver ações que geram impactos nos diferentes processos de saúde-doença da população, por meio de integração entre os trabalhadores e a soma de olhares dos distintos profissionais, afim de organizar o trabalho de forma sistematizada, interdisciplinar e intersetorial com foco em desenvolver a abordagem dos usuários/famílias.

Oportuno salientar que mesmo a produção científica destacando como uma estratégia para a superação do modelo fragmentado em saúde, o trabalho em equipe está longe de resolver questões mais complexas da prática cotidiana e nem mesmo políticas que valorizem o trabalho em equipe de forma integrada apresentam um caminho a ser seguido no cotidiano do trabalho, sendo assim evidente que ainda faltam passos a serem tomados na prática para obtenção de qualidade de trabalho (CONDELES et al, 2019).

Segundo Condeles et al (2019), compreende-se como processo de trabalho toda função e ação realizada e/ou desenvolvida pelos profissionais em suas tarefas cotidianas. Posto isto, compõe o processo de trabalho os agentes de atuação, os meios em que produzem, os objetos e os objetivos/finalidades que buscam.

De acordo com Cervinski et al (2012), o trabalho em equipe é percebido como uma das maiores dificuldades relatadas por gestores e profissionais da ESF. Cervinski et al (2012), também cita dificuldades em planejar estratégias para desenvolver o trabalho coletivo, criando sensibilização e companheirismo entre os trabalhadores afim de evitar compartimentação das ações e dificultar o fluxo do trabalho na ESF.

Segundo Souza et al (2016), o trabalho em equipe na ESF é importante e requer integralidade, como preconizado no Sistema Único de Saúde (SUS), para a organização das práticas serem ampliadas e focadas nas necessidades dos usuários.

Na perspectiva de Condeles et al (2019), os profissionais da ESF revelam que para ocorrer um trabalho integral e coletivo que contribua significativamente para a melhoria na atuação sobre os usuários/família, devem deter de comunicação em equipe, colaboração e o

auxílio mútuo, com tudo que cada profissional com sua formação auxilie e contribua para o processo de trabalho em equipe, e não de forma individualizada.

A equipe de saúde da família possui um processo estruturado de trabalho e deve estar preparada para a realização do mesmo, tal processo possui várias atribuições que são comuns a todos os profissionais da equipe. Segundo a PNAB (2006) citado por Condeles et al (2019) a equipe tem como atribuições e deve:

“Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrito, por meio de trabalho interprofissional e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (CONDELES et al, 2019, p.2)”.

Também, existem atribuições a cada profissional de acordo com as competências próprias de sua profissão, nesse caso, as competências do enfermeiro, as quais estão presentes na PNAB de 2006:

I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL,2006, p. 44- 45).”

Seguindo o mesmo pensamento, Ferreira et al (2017) refere que para executar tais ações, sejam elas comuns ou específicas, o enfermeiro deve se capacitar além do que os cursos de graduação abordam, devido a necessidade de compreender e desenvolver inúmeras competências. De acordo com Matumoto (2011), citado por Ferreira et al (2017), na ESF o trabalho de enfermagem se divide em dois: a) processo do cuidado e gestão da produção terapêutica e b) gerenciamento do serviço e equipe de saúde e enfermagem.

O enfermeiro de ESF vem crescendo como membro-chave na equipe multidisciplinar,

fortalecendo a atenção primária com a promoção de práticas seguras, eficientes e com alta qualidade (KAHL et al, 2017). Ainda segundo Kahl et al (2017) o enfermeiro se consolida como fundamental na estratégia de reorganização da ESF, sendo no gerenciamento das atividades e nas atividades ligadas diretamente aos usuários, famílias e comunidade.

Na prática, segundo Ferreira et al (2018), o enfermeiro enfrenta uma sobrecarga no trabalho pelo acúmulo de funções, nesse contexto o enfermeiro tem cada vez mais atividades voltadas para a parte gerencial e de supervisão sobre os membros da equipe de enfermagem.

Ressalta-se no que diz respeito a equipe de enfermagem, o técnico de enfermagem é membro indispensável para o desenvolvimento das ações, sejam elas administrativas, de planejamento ou assistenciais. A equipe de enfermagem da ESF se destaca por sua excelente interação entre os membros, para que haja uma essa interação, os profissionais devem estar cientes de suas atribuições de acordo com as competências próprias de sua profissão, como referido as competências do enfermeiro a cima, refere-se as competências próprias do técnico de enfermagem, segundo a PNAB 2006:

“I - Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006, p.46)”.

Neste sentido, Ogata (2010), orientam que a demanda assistencial da ESF, dependendo do território que ela está inserida, detém um grande tempo de trabalho do técnico e com isso dificultando a participação no planejamento e gerenciamento do serviço. Porém, o profissional técnico de enfermagem agrega a ESF como um serviço que proporciona vínculo entre trabalhador e usuário, esse vínculo amplia a eficácia do trabalho, gerando o favorecimento da participação dos usuários na ESF.

3.3 A Saúde das Pessoas de Área Rural e a Enfermagem

No que diz respeito ao acesso à saúde, a Constituição Brasileira garante por meio da seção II, artigos 196 a 200, para todos os brasileiros:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2001, p.36).”

Essa garantia ao acesso se dá através do resultado da reforma sanitária que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, sendo o marco para a transformação conceitual e para a orientação do processo de ampliação do setor saúde do Brasil (BRASIL, 2001).

O Sistema Único de Saúde- SUS tem como princípios a Universalidade, garantindo acesso à saúde como um direito de todos e um dever do estado, Equidade, respeitando as diferenças de cada região e a diversidade e a Integridade, focando no indivíduo na sua totalidade psicossocial. Também, a Regionalização, a Hierarquização, a Descentralização e a Participação social são os chamados princípios organizativos, que dizem respeito a diretrizes políticas e operacionais (BRASIL, 2001).

As pessoas de áreas rurais vivenciam diariamente desafios para alcançarem os serviços de saúde, em comparação as pessoas de áreas urbanas, porém tais pessoas necessitam de cuidados à saúde igualmente as demais pessoas que residem em áreas urbanas, apenas agregando outras necessidades e características específicas do ambiente que vivem (LIMA et al, 2019).

Reconhecer a área rural é um importante aliado na intervenção do processo saúde-doença das pessoas no âmbito da ESF, pois o universo rural detém de diferentes e específicas peculiaridades que interferem na organização dos serviços, como questões ambientais que se ligam diretamente ao modo de vida das pessoas e suas representações sociais (PESSOA et al, 2018).

Segundo Lima et al (2019), a luta por igualdades da área rural com o urbano vem dando resultados nos últimos anos, como a aprovação em 2011 da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) que visa melhorar a qualidade de vida, além das necessidades de saúde e indicadores da população de área rural.

A PNSIPCFA cita que de certa forma a população rural é invisível dentro da categoria como grupo populacional, com isso explica que as PCFA são:

“Os povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados

predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo. (PESSOA et al, 2018, p.4)”

Os pesquisadores Lima et al (2019), referem que nas áreas rurais a maioria das pessoas não tem plano de saúde ou com cobertura de internação hospitalar, devido ao fato de trabalharem como autônomas e em ocupações agrícolas, refletindo assim a um acesso a benefícios que apenas trabalhadores formais obtém, entre eles, plano de saúde. Outras explicações sobre o fato, é a predominância de pessoas com baixo poder aquisitivo residente de áreas rurais e por fim, uma explicação pode ser devido as pessoas de área rural aderirem mais ao SUS do que a iniciativa privada quando necessitam de serviços de saúde.

Todavia de acordo com Lima et al (2019), as expectativas das pessoas de área rural em que se refere as ações dos profissionais de saúde se configura como aliado ao desenvolvimento de ações voltadas para a comunidade/família. Seguindo o mesmo pensamento, tais ações em área rural sempre são abordadas pelos profissionais da equipe de enfermagem que atua na ESF, pois essa estratégia tem o dever de se empenhar ao máximo para abranger toda sua população e suas necessidades.

No contexto do território rural, as famílias criam expectativas em relação as atividades realizadas pela equipe de enfermagem, colocando-a em destaque pela criação de vínculo com o serviço de saúde, de apoio às suas necessidades e por ouvir suas experiências vividas (Lima et al, 2019).

A troca de aprendizado e experiências, segundo Lima et al (2019), tem sido destacada como uma das principais aliadas a atuação dos profissionais, contemplando as ações, necessidades e consolidação da saúde da comunidade de área rural. A utilização das atividades educativas como colaboradora da participação da comunidade rural no planejamento e tomada de decisões sobre as necessidades de saúde e os meios de utilização dos recursos também se destaca por ser uma excelente forma de atribuir, contemplar e inserir a comunidade a ESF.

4 METODOLOGIA

A escolha do caminho metodológico é de extrema importância para iniciar a estrutura de uma pesquisa, bem como para delinear as formas de coleta dos dados e a análise dessas informações. Para responder os objetivos desse estudo, adotou-se como método, a revisão integrativa da literatura, com a busca por produções que trate do cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família em área rural. É um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. A revisão integrativa da literatura apresenta como vantagem ampla abordagem metodológica, permitindo incluir diversas fontes de estudos para a melhor compreensão, além da possibilidade de sintetizar e analisar o conhecimento científico produzido anteriormente sobre o tema investigado (KAKUSHI, 2016).

As etapas deste estudo se constituirá da seleção do tema de pesquisa, elaboração da questão que norteará o estudo, definição dos critérios de inclusão e exclusão, realização da busca na literatura, seleção e categorização dos estudos encontrados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum coletadas através de um instrumento para coleta de dados, análise, interpretação e síntese dos resultados. Na primeira etapa, o tema selecionado foi o trabalho da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família em área rural. A definição da problemática se deu através da questão norteadora: Como a equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, em área rural, percebe o seu cotidiano de trabalho?

A pesquisa será desenvolvida em periódicos científicos nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), baseS de dados online, Scientific Electronic Library Online (SciELO), todas as categorias de artigos (original, revisão de literatura, reflexão, atualização e relato de experiência), publicados no período de 2009 a 2019, no idioma português, artigos que contiver em seus títulos no mínimo um dos seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Equipe de Enfermagem, Enfermagem rural e Estratégia de Saúde da Família. O critério de exclusão que será aplicado na pesquisa se refere aos artigos que não atenderem os critérios de inclusão mencionados. A realização da busca na literatura será, primeiramente, através da leitura de títulos e resumos dos artigos selecionados através dos critérios de inclusão. Logo após será organizado a seleção e categorização dos estudos encontrados, por meio

de um instrumento elaborado para coleta de dados com o propósito de extrair, organizar e sumarizar as informações e facilitar a análise e síntese dos resultados. A análise seguirá as orientações de Minayo (2010), no que se refere a análise temática. O instrumento elaborado e validado por Ursi (2006), foi adaptado e será utilizado nessa etapa do estudo, contendo os seguintes itens informativos: título, ano de publicação, autores, intervenção estudada, resultados e recomendações/conclusões (APÊNDICE A). Na apresentação dos dados será utilizado uma tabela com os títulos selecionados, as porcentagens dos temas abordados e que se relacionem com os objetivos desse estudo. A discussão dos resultados se dará de forma descritiva, possibilitando ao método de revisão integrativa alcançar seu objetivo, ou seja, oferecer subsídios para reflexões sobre o cotidiano da equipe de enfermagem, na Estratégia de Saúde da Família em área rural e ampliar os conhecimentos científicos, tendo como base, estudos produzidos anteriormente sobre esse contexto e as condições de trabalho da equipe de enfermagem.

6 ORÇAMENTO

Orçamento do projeto intitulado: “O trabalho da equipe de enfermagem na estratégia de saúde da família em área rural”.

GESTOR FINANCEIRO: Leni Dias Weigelt

Itens	Quantidade	Valor unitário do item (R\$)	Valor total do item (R\$)
Pacote de folhas A4 – 500 folhas	1	19,50	19,50
Impressões	50	0,25	12,50
Caneta Esferográfica	2	2,50	5,00
Encadernação	4	2,50	10,00
Passagem municipal	10	2,12	21,20
Capa para trabalhos – UNISC	4	0,50	2,00
Pasta de plástico	1	1,75	1,75
VALOR TOTAL DO ORÇAMENTO			71,95

Leni Dias Weigelt
Gestor Financeiro

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M.; Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. 2015.

Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n5/1499-1510> Acesso em: 18 de abril de 2020.

ARAÚJO, G.B.; FILHO, F.W.P.A.; SANTOS, R.S.; LIRA, R.C.M.; territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência.

Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1103> Acesso em: 20 de abril de 2020.

ARAUJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de maio de 2020.

BARROS, I. C. A importância da estratégia de saúde da família: contexto histórico. 2014.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf> Acesso em: 17 de abril de 2020.

BEZERRA, R. K. C.; VIEIRA B.; RIBEIRO, A. R. DE S.; ABREU, E. DE A.; SILVA, F. F. F. DA; SOUZA, R. F. DA S. DE; SOUZA, D. L. DE A.; FERREIRA, G. O.; PAULINO, I. DE S.; FEITOSA, M. V. N. A territorialização como processo de transformação: um relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 42, p. e2704, 28 fev. 2020.

BRASIL. a Constituição Federal (artigos 196 a 200). Brasília. Ministério da Saúde Disponível em:https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf f Acesso em: 11 de maio de 2020.

_____ b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso e: 25 de abril de 2020.

_____ c. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.

Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf Acesso em: 23 de abril de 2020.

_____ d. Ministério da saúde. Princípios do SUS. Brasília, Ministerio da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> Acesso em: 01 de junho de 2020.

_____ e. Ministério da saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília. 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf Acesso em: 04 de maio de 2020.

BRITO, G.E.G; MENDES, A.C.G; SANTOS, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0672/pt> Acesso em: 18 de março de 2020.

CERVINSKI, L. F. NEUMANN, A. P. CARDOSO, C. BIASUS, F. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_312.pdf Acesso em: 11 de maio de 2020.

CONDELES, P. C. et al. Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000400214&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de maio de 2020.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Revista Brasileira de Geografia. Hygeia, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, Junho 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>. Acesso em: 12 de março de 2020.

FARIA, R.; A territorialização da atenção primária à saúde do sus: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do brasil. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328176682_A_TERRITORIALIZACAO_DA_ATE_NCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_DO_SUS_AVALIACAO_DOS_RESULTADOS_PRATICOS_IMPLEMENTADOS_NUMA_CIDADE_DA_REGIAO_SUL_DO_BRASIL Acesso em: 18 de abril de 2020.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.G.F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Supl 1):704-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing]

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf> Acesso em: 22 de março de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. Tabela 1378- população residente, por situação de domicílio, sexo e idade, segundo a condição no domicílio e compartilhamento da responsabilidade pelo domicílio. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/1378#resultado> Acesso em: 12 de março de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. Censo 2010. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html> Acesso em: 20 de março de 2020.

JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. Interface (Botucatu), Botucatu. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501345&lng=pt&nrm=iso. acessos em: 14 maio 2020.

KAGEYAMA, A.; Desenvolvimento rural: conceito e medida. 2004. Disponível em: <https://seer.sct.embrapa.br/index.php/cct/article/download/8702/4887> Acesso em: 17 de abril de 2020.

KAHL, C; MEIRELLES, B.H.S; LANZONI, G.M.M; KOERICH, C, CUNHA, K.S. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03327. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327> Acesso em: 13 de maio de 2020.

KAKUSHI, L.E.; ÉVORA, Y.D.M. Social networking in nursing education: integrative literature review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2709. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02709.pdf Acesso em: 12 de junho de 2020.

LIMA, C. A. et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. Rev. Bioét., Brasília, Apr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 de maio de 2020.

LIMA, Â. R. A. et al. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir?. Saúde debate, Rio de Janeiro, Sept. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300755&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de junho de 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde debate, Rio de Janeiro, Sept. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de maio 2020.

MEDEIROS, R.M.V.; Ruralidades: novos significados para o tradicional rural. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157495/001016917.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 17 de abril de 2020.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 393p

OGATA, M. N. FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/10.pdf> Acesso em: 20 de maio de 2020.

OLIVEIRA, A.R.; SOUSA, Y.G.; DINIZ, I.V.A.; MEDEIROS, S.M.; MARTINIANO, C.; ALVES, M. O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n4/pt_0034-7167-reben-72-04-0918.pdf Acesso em: 22 de março de 2020.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 302-314, Sept. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de junho de 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 de maio de 2020.

PEREIRA, M.I.M.; GOULART, S.B.M.; SALES, L.L. estratégia saúde da família: significados para famílias em face aos cuidados prestados pelos profissionais da saúde. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2020.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C.; o território no programa de saúde da família. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/16847-62802-1-PB.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2020.

PONTE, K. F. (Re) Pensando o Conceito do Rural. 2004. Disponível em: <http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/1477-4323-1-PB.pdf> Acesso em: 05 de abril de 2020.

RODRIGUES, J. F. O rural e o urbano no Brasil: uma proposta de metodologia de classificação dos municípios. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n211/n211a08.pdf> Acesso em: 05 de abril de 2020.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R. M.; Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2020.

SANTOS, R.C.A.; MIRANDA, F.A.N.; importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313> Acesso em: 20 de abril de 2020.

SILVA, E. M; PORTELA, R.A; MEDEIROS, A. L. F; CAVALCANTE, M. C. W; COSTA, R. A. T. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/35628/22401> Acesso em: 05 de março de 2020.

SOUZA, G.C.; PEDUZZI, M.; SILVA, J.A.M.; CARVALHO, B.G. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):640-647.

STEDILE, N.L.R.; DALPIAZ, A.K. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSEES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAÚDE_DA_FAMILIA_REFLEXÃO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf Acesso em: 23 de abril de 2020.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):124-31.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf> Acesso em: 28 de maio de 2020.

VIANA, M.P.S. A Estratégia Saúde da Família em área rural no Estado do Rio de Janeiro: Relato de uma experiência. Nova Friburgo, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/8078/1/Marcella%20Pereira%20dos%20Santos%20Viana.pdf> Acesso em: 20 de março de 2020

ANEXO B- DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

- Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-REUFMSM, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente.
- Os manuscritos poderão ser encaminhados nos idiomas: português, espanhol ou inglês.
- Na REUFMSM podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de saúde.
- A submissão dos artigos é on-line no site: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/index>
- Todos os autores deverão ser cadastrados na página da REUFMSM, com o preenchimento completo dos seus metadados: nome completo, e-mail, ORCID, currículo lattes (somente para autores brasileiros), instituição/afiliação, país e resumo da biografia. Uma vez submetido o manuscrito, a autoria não poderá ser modificada.
- No momento da submissão do artigo será cobrada uma taxa no valor de R\$100,00 (cem reais). Em caso de arquivamento do manuscrito, essa taxa não será ressarcida aos autores. Posteriormente, caso o artigo seja aceito para publicação os autores deverão pagar a taxa de publicação no valor de R\$350,00 (trezentos e cinquenta reais) por artigo. Dados da conta para a realização dos pagamentos: Banco do Brasil; variação 001; Agência: 1484-2; Conta corrente: 43.607-0; Beneficiário: Fundação de Apoio a Ciência e Tecnologia – FATEC; CNPJ: 89.252.431/0001-59.
- O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade dos autores.
- As opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos; bem como, a exatidão e procedência das citações são de inteira responsabilidade dos autores. Portanto, não refletem a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da REUFMSM.
- A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais. Portanto, dá-se ao direito de solicitar a revisão do idioma de submissão aos autores, no ato da submissão.

METADADOS

É obrigatório que os metadados de TODOS os autores do manuscrito (no máximo 6 autores; exceto, devidamente justificado em projetos multicêntricos) estejam corretamente preenchidos: nome completo, por extenso com os demais dados: URL Lattes (autores nacionais), Orcid, Resumo da biografia (categoria profissional, maior titulação), nome da instituição de origem/Afiliação, cidade, estado e país, endereço eletrônico. Esses dados devem ser completados no momento da submissão e informados nos metadados e na Title page (download).

Portanto, no manuscrito submetido em ".doc" não deve conter os nomes dos autores ou qualquer outra forma que os identifique.

AGRADECIMENTOS

- Os agradecimentos por ajuda financeira/fomento(s), assistência técnica e outros auxílios deverão ser mencionados somente na Title page.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

- Manuscrito em formato .doc, elaborado no Template download (clique aqui), o qual deverá ser anexado como documento principal;

-Title page, anexada como documento suplementar em formato .doc, download (clique aqui);

- Declaração de Autoria, Responsabilidade, Contribuição dos autores e Transferência de Direitos Autorais, disponível para download (clique aqui) no site da REUFMS, a qual deve ser devidamente preenchida (título do manuscrito, marcadores de concordância, local e data da assinatura, nomes dos autores digitados, contribuição de autoria* e assinatura), assinada pelos autores e anexada como documento suplementar em formato PDF. Obs.: Quando os autores estiverem em locais diferentes, que impossibilite a assinatura em um mesmo documento, é possível anexar mais de uma declaração na plataforma. No entanto, faz-se necessário que todas as declarações devem ser preenchidas da mesma forma, contendo: Título, acordo, transferência de direitos, nomes de todos os autores e contribuições.

*Contribuição de autoria: cada autor deve indicar o número correspondente à sua forma de contribuição intelectual e substancial no manuscrito - (1) concepção ou desenho do estudo/pesquisa; (2) análise e/ou interpretação dos dados (3) revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

- Cópia do comprovante de pagamento referente à taxa de submissão do manuscrito (contendo tipo de transação bancária, valor, data e nome do autor), anexado no momento da submissão como documento suplementar;

- Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (digitalizada e em pdf), anexada no momento da submissão como documento suplementar;

- Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar na avaliação do mesmo. A não declaração de possíveis conflitos de interesse irá pressupor a inexistência dos mesmos.

- Sugere-se que o manuscrito passe por revisão do idioma. Caso seja feita, anexar a Declaração de revisão fornecida por especialista da área.

PROCESSO DE JULGAMENTO E EDITORAÇÃO DOS MANUSCRITOS

- Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade, relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas. O processo de julgamento e editoração dos manuscritos está descrito, a seguir:

1. Pré-análise

- O manuscrito, inicialmente, passará para avaliação em relação à adequação às normas editoriais da REUFMS. Para isso, é utilizado um instrumento de checklist, que está disponível para download (Clique aqui). No caso de haver pendências, quer seja na formatação do texto, no preenchimento dos metadados ou na apresentação dos documentos suplementares, os autores serão contatados por e-mail (conforme cadastro no metadados do manuscrito) para realizarem a retificação em até sete dias. Os autores serão contatados, no máximo, três vezes para ajustes do checklist. Após a 3ª solicitação, permanecendo pendências no texto, o manuscrito será arquivado automaticamente.

- Finalizado o processo de verificação do checklist, os manuscritos serão submetidos à pré-análise. Nesse momento, será avaliada a adequação à linha editorial (relevância, originalidade, atualidade e coerência teórico-metodológica). Os manuscritos poderão ser recusados nesta etapa, sem obrigatoriedade de passar pela avaliação por pares.

2. Encaminhamento do manuscrito para avaliação

- Concluídas as etapas de checklist e pré-análise, o manuscrito será designado conforme a temática do estudo. O Editor de Seção é responsável por acompanhar todo o processo de avaliação do manuscrito (indicação de consultores ad hoc; avaliação dos pareceres e, em caso de divergência nas avaliações, solicitar outro parecer).

- O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares; bem como, o anonimato e sigilo dos consultores ad hoc quanto às suas participações. Com isso, objetiva-se garantir liberdade para julgamento.

3. Comunicação da decisão editorial aos autores

- O Editor de Seção, com base nos pareceres dos consultores ad hoc, avaliará o manuscrito e fará a comunicação da decisão editorial aos autores: aceitar a publicação, solicitar correções obrigatórias ou rejeitar a publicação. Em qualquer uma das possibilidades, o autor será comunicado por email.

4. Reformulação do manuscrito pelos autores

- A decisão editorial, os pareceres dos consultores e os prazos para os ajustes serão disponibilizados on-line para o autor responsável pela submissão.

- O manuscrito será arquivado caso haja descumprimento do prazo ou não adequação do mesmo pelos autores. Será entendido que não houve interesse em atender às solicitações de ajustes. Os autores serão comunicados por e-mail sobre essa decisão. Em sendo arquivado e os autores ainda tiverem interesse em publicá-lo, poderão submetê-lo novamente. Será iniciado novo processo de julgamento por pares.

- Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

5. Tradução e editoração do artigo

- Após a aprovação do manuscrito em todas as etapas, a prova de prelo será enviada por email ao autor de correspondência. O autor deverá responder, no prazo de 72 horas, concordando ou sugerindo correções de erros de digitação ou de diagramação contidas na versão.

- Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á aos autores a tradução para o inglês do manuscrito na íntegra submetido em português ou espanhol. Os manuscritos submetidos em espanhol ou inglês deverão passar por uma revisão profissional do idioma. Nesse momento, todos os manuscritos deverão apresentar o resumo nos três idiomas (português, inglês e espanhol).

Cabe exclusivamente aos autores a escolha e o contato com os tradutores. Os autores deverão encaminhar a Declaração de tradução (ou de revisão, no caso dos artigos submetidos em inglês ou espanhol) fornecida e assinada pelos profissionais específicos. O custo das traduções é de responsabilidades dos autores.

- Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

- O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à REUFMSM no prazo máximo de 15 dias após a publicação do artigo. Ficará a critério da revista, a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que convidará autoridades para escrevê-lo. Limite máximo de duas páginas e com até cinco referências.

Artigos originais: contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original e concluída. O corpo do texto do manuscrito deverá conter itens distintos, estruturados em: introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. O limite máximo é de 20 páginas, com no mínimo 10 e no máximo 30 referências

Artigos de revisão: compreende avaliação crítica, sistematizada da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Não serão aceitos estudos de revisão narrativa. Limite máximo de 20 páginas. Sem limite de referências.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser encaminhados em documento Microsoft Word 97-2003 ou superior, fonte Times New Roman 12 (exceto Título -14 e Referências – 11), espaçamento 1,5 em todo o texto (exceto resumo, ilustrações, tabelas e referências – espaçamento simples), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 (210 x 297 mm) e com 2,5 cm nas quatro margens. Palavras em idioma diferente do manuscrito devem estar em itálico. Texto redigido de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

TÍTULOS

Título - inédito, que identifique o conteúdo do manuscrito, conciso em até 15 palavras; porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações. Ser escrito em negrito, tamanho da fonte 14, espaçamento 1,5 entre as linhas, com apenas a primeira letra em maiúsculo e somente no idioma do manuscrito. Em caso de o manuscrito ter origem em tese, dissertação ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé somente na Title Page.

Título de seção primária e resumo - Primeira letra maiúscula e demais minúsculas e negrito. Ex.: Título; Resumo; Resultados. Sem numeração ou uso de marcadores.

Título de seção secundária - Primeira letra maiúscula e demais minúsculas e negrito. Ex.: Princípios do cuidado de enfermagem. Sem numeração ou uso de marcadores.

RESUMO

Abaixo da apresentação do título e apenas no idioma do manuscrito. Conciso, limite máximo de 150 palavras, elaborado em parágrafo único, com espaçamento simples entre as linhas. Evitar a utilização de sigla. No entanto, quando necessário, apresentar primeiro a nomenclatura por extenso, seguida da sigla entre parênteses. O resumo deve ser estruturado e separado nos itens - Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (todos em negrito, somente a primeira letra em maiúsculo) e cada item deve ser seguido por dois pontos(:). Após os dois pontos, iniciar o texto com letra minúscula (ex.: Objetivo: analisar ...). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem ou na área da saúde.

DESCRITORES

Abaixo do resumo no idioma do manuscrito, mas citados nos três idiomas (português, inglês e espanhol).

- Incluir cinco descritores, segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt>) ou no Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus.

- Cada descritor utilizado será apresentado com a primeira letra maiúscula, separados por ponto e vírgula(;) e sem ponto final após o último descritor. Ex.: Descritores: Saúde mental; Transtornos mentais; Família; Enfermagem; Enfermagem psiquiátrica

- Usar os termos "Descritores", "Descriptors" e "Descriptores" com a primeira letra maiúscula e negrito.

INTRODUÇÃO

Deve ser breve. Apresentar a revisão da literatura (pertinente e relevante), incluindo referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Definir claramente o problema de pesquisa e as lacunas do conhecimento.

O(s) objetivo(s) deve(m) ser coerente(s) com a proposta do estudo e ser idêntico(s) ao(s) apresentado(s) no resumo. Deve(m) estar alocado(s) no último parágrafo da introdução e iniciado(s) por verbo no infinitivo.

MÉTODO

Indicar o delineamento, o cenário estudado, a população, os critérios de seleção (inclusão/exclusão), a fonte de dados, o período de coleta dos dados e o tipo de análise realizada. As informações devem ser descritas de forma objetiva e completa.

Os manuscritos originais resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar, no último parágrafo do método:

- os procedimentos adotados para atender o constante da Resoluções 466/2012 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html), 510/2016 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html) e a 580/2018 (<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>) do Conselho Nacional de Saúde;

- o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

- os preceitos éticos que envolvem pesquisas com animais também deverão ser respeitados. Para os manuscritos oriundos de outros países, os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008). Deverá ser observado o atendimento à legislação específica do país em que a pesquisa foi realizada.

Para assegurar a qualidade e a transparência da pesquisa/investigação em saúde, sugere-se acessar: <http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>.

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0 – checklist).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT (checklist e fluxograma). Informar o registro dos estudos de Ensaio Clínico na ReBEC.

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA (checklist e fluxograma). Informar o registro do protocolo de revisão no PROSPERO.

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE (checklist).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ (checklist).

RESULTADOS

Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar a essas.

DISCUSSÃO

A discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores.

Sugere-se a utilização de referências de artigos publicados nos últimos cinco anos (80%), com abrangência nacional e internacional.

Ao final da discussão, referir as limitações do estudo.

CONCLUSÃO

As conclusões devem responder ao(s) objetivo(s) da pesquisa, destacar os achados mais importantes e apontar as contribuições para a área..

CITAÇÕES

Utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las, no texto, com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem espaço e sem mencionar o nome dos autores.

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que...1-4

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que...1,4-5

Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta):

Até três linhas: devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, sem itálico, letra tamanho 12, espaçamento 1,5 e referência correspondente (autor e página). Ex.: “A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base do sistema, viabilizando acesso aos usuários e sendo diretamente relacionada ao êxito desses sistemas”.13:4

Com mais de três linhas: usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas (sem aspas e sem itálico), e referência correspondente (autor e página). Ex.:

A APS, ou Atenção Básica (AB), é considerada um desses pontos e a ordenadora da rede e, para cumprir essas funções, deve concretizar atributos essenciais: ser porta de entrada e primeiro contato, prover atuação integral, longitudinal e coordenar a ação dos demais serviços.13:6

Supressões: devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] quando impossibilitado de se autocuidar".5:27

Depoimentos: na transcrição de comentários/falas/depoimentos dos participantes da pesquisa, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas e em itálico.

A Identificação do participante deve estar codificada, entre parênteses, sem itálico, separada do depoimento por ponto. Ex.: Educação permanente a gente faz, geralmente, em reunião de equipe. (E1)

As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo, devem ser apresentadas entre colchetes, sem itálico. Ex.: Lá [unidade de trabalho] somos um grupo coeso. (E1)

ILUSTRAÇÕES (gráficos, figuras e quadros) e TABELAS

Devem ser indicadas no corpo do texto, poderão ser incluídas até cinco, em preto e branco ou colorido;

Conteúdo em fonte 10, em espaçamento simples, com a primeira letra em maiúscula e centralizada.

Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout.

- Podem ser elaboradas no programa Word ou Excel

Inseridas no texto, logo após a primeira menção, com a primeira letra da legenda em maiúscula e descrita na parte superior da tabela. Numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas no texto.

Ex: Tabela 1 - Título....., Tabela 2 - Título.....

Apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista). O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Não usar linhas internas. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela.

Dados separados por linhas e colunas invisíveis, de forma que cada dado esteja em uma célula.

Empregar em cada coluna Títulos curtos (se abreviados, constando na legenda imediatamente abaixo do quadro ou tabela).

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos e quadros) – podem ser elaboradas no programa Word ou Excel ou serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF etc. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi).

Apresentá-las com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Para os Quadros, conteúdo em fonte 10, em espaçamento simples, com a primeira letra em maiúscula e centralizada.

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

- Deve ser evitada a apresentação de apêndices elaborados pelos autores.
- Utilizar itálico para palavras estrangeiras.

NOTAS DE RODAPÉ

No texto: indicadas por asterisco (*), iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário.
 Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentadas tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé correspondente.
 Nas ilustrações (imagem), deverão estar em formato de texto, logo abaixo da ilustração, e não no interior da imagem.

Em caso de usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

REFERÊNCIAS

A REUFMSM adota (salvo casos específicos, descritos abaixo) os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, estilo Vancouver, disponível em:

<http://www.icmje.org> ou
<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Incluir como disponibilidade de acesso eletrônico o DOI em todas as referências, o que garante um link permanente 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, seguindo as regras descritas abaixo:

Lista de referências:

Devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

A fonte utilizada deve ter tamanho 11, espaçamento simples, espaçamento de parágrafo antes/depois 12 pt e alinhamento justificado.

As referências não devem ser repetidas na lista de referências mesmo que sejam citadas novamente no texto. Neste caso, usa-se a numeração da referência da primeira citação que já consta na lista.

Autoria:

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida das iniciais dos prenomes e sem ponto, conforme o estilo Vancouver. O artigo apresentado pode possuir de um até seis autores. Assim, deve-se citar todos os autores, separados por vírgula. Para mais de 6 autores, utiliza-se a expressão latina “et al”, antecedida de vírgula.

Ex: Calman JW, Josh MKH, Gehardt JE, Irving TL, Kann HNM, Brendon HJ, et al.

No caso de necessidade de identificação de autoria institucional, indicar o nome do país entre parênteses conforme Appendix D: ISO Country Codes for Selected Countries disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7249>

Ex: Ministério da Saúde (BR).
Center of Disease Control (US).

Quando a autoria for de duas ou mais organizações, usa-se ponto-e-vírgula. Para identificar a hierarquização dentro da organização, usa-se vírgula.

Títulos de periódicos:

Devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://portal.revistas.bvs.br>), eliminando os pontos da abreviatura e iniciais de título em maiúsculas.

No caso de Periódicos Nacionais que não se encontram no Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde (como o caso de periódicos de outras áreas de conhecimento), poderá ser utilizado como referência as informações indexadas no Latindex (<http://www.latindex.org/latindex/inicio>). Os títulos abreviados dos periódicos serão apresentados conforme o Estilo Vancouver, sempre considerando a primeira letra de cada palavra em maiúscula, desconsiderando os artigos, preposições e outros caracteres entre as palavras.

As datas são sempre no formato: ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

Abreviatura dos meses dos periódicos em inglês e alemão, iniciam por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver. Tabela de abreviaturas da Metodologia LILACS