



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

EDJA CONCEIÇÃO DE LIMA

**TERAPIA HEMODIALÍTICA EM DOENTES RENAI CRÔNICOS: DIFICULDADES
E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O ENFRENTAMENTO**

Vitória de Santo Antão
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

EDJA CONCEIÇÃO DE LIMA

**TERAPIA HEMODIALÍTICA EM DOENTES RENAI CRÔNICOS: DIFICULDADES
E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O ENFRENTAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientador (a): Profa. Dra. Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho

Vitória De Santo Antão
2025

EDJA CONCEIÇÃO DE LIMA

**TERAPIA HEMODIALÍTICA EM DOENTES RENAI CRÔNICOS: DIFICULDADES
E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O ENFRENTAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Aprovado em: 14/09/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marclineide de Nóbrega de Andrade Ramalho (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Ellen Cristina Barbosa dos Santos (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Emanuela Marques de Santana (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Enf (a) Andreia Aparecida da Silva (Examinador Externo)

Fresenius Medical Care e Davita

RESUMO

Objetivo: compreender as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas por usuários com Doença Renal Crônica na adaptação à hemodiálise. **Método:** estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 12 usuários de um serviço de hemodiálise localizado no interior do estado de Pernambuco, Brasil, entre os meses de maio e junho de 2023. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** as duas categorias foram encontradas: Dificuldades para a realização da hemodiálise e Estratégias de enfrentamento das dificuldades, no qual mostraram que pacientes renais crônicos utilizam de estratégias de enfrentamento para lidar com as dificuldades para a realização da hemodiálise. **Considerações finais:** o estudo realizado com pacientes renais crônicos, foca em compreender quais as dificuldades que individualmente os usuários enfrentam e a importância das estratégias de enfrentamento para superação e adaptação da doença.

DESCRITORES: doença renal crônica; diálise renal; adesão ao tratamento; estratégias de enfrentamento; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the difficulties faced by users with Chronic Kidney Disease in performing hemodialysis. **Method:** descriptive study, with qualitative data analysis, carried out with 12 users of a hemodialysis service located in the interior of the state of Pernambuco, Brazil, between May and June 2023. Data collection took place through semi-structured interviews carried out individually. The content of the recordings was fully transcribed as each interview was carried out and the empirical material obtained was analyzed according to the Content Analysis technique. **Results:** the two categories identified showed that chronic kidney disease patients use coping strategies to deal with difficulties in performing hemodialysis. **Final considerations:** the study carried out with chronic kidney patients focused on understanding the difficulties that individual users face and the importance of coping strategies to overcome and adapt to the disease.

DESCRIPTORS: chronic kidney disease; renal dialysis; adherence to treatment; coping strategies; nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODO	9
3 RESULTADOS	10
4 DISCUSSÃO	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA	28

FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **CUIDADO É FUNDAMENTAL**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM NO ANEXO A.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) se configura como problema de saúde pública, onde mais de 850 milhões de pessoas convivem com essa doença no mundo todo, ocupando o 6º lugar em causa de mortes.^{1,2} É uma condição influenciada pelo sexo, idade, e estilo de vida, tendo como as suas principais causas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).^{1,3} Essas doenças crônicas repercutem na lesão renal, ocasionando alteração na função renal do indivíduo, devido à perda homeostase.²

A DRC é uma doença progressiva, crônica e irreversível onde os rins perdem a função de filtração do sangue e a capacidade de manter a homeostase do corpo. Ela pode ser classificada em cinco estágios, de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), indicador de lesão renal, e proteinúria, por no mínimo três meses.^{4,5} Seu diagnóstico é simples, porém, muitas vezes é retardado pelo fato de a doença em seu estágio inicial ser assintomática, além de poucos profissionais estarem capacitados para reconhecer a doença em sua condição inicial e a falha da Atenção Primária a Saúde (APS) no rastreamento e busca ativa de pacientes que possuem potenciais risco no agravo a saúde do indivíduo, como a HAS e DM, tendo em vista que são Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) que acarretam em lesões renais e consequentemente no desenvolvimento da DRC.⁶

A progressão da doença renal acarreta na necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo elas a Diálise Peritoneal, Hemodiálise ou de Transplante

Renal.⁷ Globalmente, estima-se que 2,6 milhões de indivíduos com DRC, fazem diálise e/ou transplantes, e espera-se um incremento dessa estimativa para 2030 de 5,4 milhões.¹

No caso da hemodiálise (HD), o tratamento consiste na filtração do sangue por meio de uma máquina que o bombeia para um rim artificial (dialisador), retendo substâncias nocivas, e reconduzindo o sangue filtrado ao indivíduo. Essa modalidade de diálise é realizada por um período de quatro horas, três vezes na semana.^{8,9} Embora seu objetivo seja aumentar a sobrevida do indivíduo, a HD acarreta em limitações para as atividades de vida diária.^{8,9}

A complexidade da terapia hemodialítica pode repercutir de forma negativa na adesão ao tratamento e no agravamento da doença, levando ao aumento da hospitalização e mortalidade.^{10,11} Além da complexidade da HD, outros fatores estão associados que podem comprometer a adesão ao tratamento hemodialítico, tais como controle rígido de ingestão hídrica, o que torna um desafio para o indivíduo, manifestações clínicas que podem estar presente nas sessões de HD, dentre elas, hipotensão, sendo considerada a complicação mais frequente, vômitos, fadiga e náuseas.^{8,12}

Diante deste contexto torna-se relevante o aprofundamento das questões que comprometem o tratamento da pessoa em hemodiálise para contribuir no desenvolvimento e aplicação de estratégias no âmbito da atenção à saúde que possam melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dessas pessoas. Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo compreender as dificuldades enfrentadas por usuários com Doença Renal Crônica na realização da hemodiálise e as estratégias de enfrentamento que facilitam a adesão ao tratamento.

Assim, o objetivo deste estudo é compreender as dificuldades enfrentadas por usuários com Doença Renal Crônica na realização da hemodiálise e as estratégias de enfrentamento que facilitam a adesão ao tratamento.

2 MÉTODO

Estudo descritivo, com análise qualitativa de dados ¹⁴ realizado em um serviço de hemodiálise localizado no interior do estado de Pernambuco, Brasil. Trata-se de uma clínica privada que funciona em regime ambulatorial, e todos os atendimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com o intuito de permitir melhor compreensão acerca da concepção do estudo, consideraram-se, os critérios consolidados para o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) como ferramenta de apoio. ¹³

Participaram do estudo 12 usuários com Doença Renal Crônica, que atenderam aos critérios de inclusão: estar realizando tratamento de hemodiálise e ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídas pessoas com Insuficiência Renal Aguda e aquelas que não estavam clinicamente estáveis no dia da entrevista.

As entrevistas do tipo semiestruturadas foram realizadas individualmente entre os meses de maio e junho de 2023, sendo gravadas com aquiescência das participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Seguiu-se um roteiro composto por duas partes, onde a primeira continha os dados para a caracterização das participantes (dados sociodemográficos e clínicos), e seguindo com as seguintes questões norteadoras do estudo: Você enfrenta dificuldades para a realização da hemodiálise? Se sim, qual (ais)? Como você consegue superar as dificuldades para realizar tratamento de hemodiálise? E

Quais estratégias/meios você enxerga que são fundamentais para aderir ao tratamento de hemodiálise?

O recrutamento das participantes e a condução das entrevistas foram realizados pela primeira autora. As participantes foram abordadas na sala de espera da instituição enquanto aguardavam atendimento e as entrevistas realizadas em sala privativa localizada no próprio serviço. A amostragem foi por conveniência e a coleta foi encerrada com base no critério de saturação dos dados.¹⁴

Os conteúdos das gravações foram transcritos na íntegra à medida que cada entrevista era realizada, para viabilizar o registro com maior riqueza de detalhes e maior fidedignidade. Para garantir a confidencialidade dos dados, todas as entrevistas e referências aos trechos de falas foram apresentadas no texto através de códigos alfanuméricos, onde “U” representa usuário, seguido de números arábicos, que remete à ordem de entrada dessas participantes no estudo (U1, U2....U12).

O material empírico obtido foi analisado de acordo com a técnica de Análise de conteúdo, na modalidade categorial, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.¹⁵

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, sob o número de protocolo CAAE: 65789422.9.0000.5208.

3 RESULTADOS

Foram entrevistados 12 pacientes com DRC, na Clínica do Rim de Vitória de Santo (CRV). Realizado os dados sociodemográficos, verificou-se a predominância do sexo feminino (75%), em detrimento ao sexo masculino (25%). Apresentaram

idade entre 19 – 59 anos (91,7%) e acima de 60 anos (8,3%), no qual, destes eram solteiros (41,7%), casados (25%), viúvo (8,3%), relação estável (16,7%) e outros (8,3%). Quanto ao grau de escolaridade, (66,7%) tinham apenas o ensino fundamental incompleto do 1° a 5°, (8,3%) possuíam ensino fundamental incompleto do 6° a 9°, (16,7%) tinham ensino médio completo e (8,3%) eram analfabetos. Todos os pacientes (100%) possuem renda familiar abaixo de 1,5 salário mínimo, com atividade laboral de (8,3%) doméstico, (83,3%) aposentado, (8,3%) pedreiro. Quanto à etnia, (25%) eram pretos, (8,3%) branco e (66,7%) pardos.

A caracterização sociodemográfica dos participantes encontra-se na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes dos estudos. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2023

Usuários	Gênero	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Renda familiar	Atividade laboral	Etnia
U1	Feminino	46 anos	Relação estável	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Agricultora	Pardo
U2	Feminino	59 anos	Viúvo	Não alfabetizado	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentada	preto
U3	Feminino	58 anos	Solteira	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentada	Pardo
U4	Feminino	65 anos	Casado	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentada	Pardo
U5	Feminino	44 anos	Relação estável	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentada	Preto

U6	Masculino	54 anos	Solteiro	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentado	Pardo
U7	Feminino	50 anos	Solteira	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentada	Pardo
U8	Feminino	49 anos	Solteira	Médio completo	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentada	Branco
U9	Masculino	54 anos	Solteiro	Médio completo	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentado	Pardo
U10	Feminino	57 anos	Casada	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Doméstica	Preto
U11	Masculino	51 anos	Divorciado	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentado	Pardo
U12	Feminino	30 anos	Casada	Fundamental incompleto	Abaixo de 1,5 salário mínimo	Aposentado	Pardo

Fonte: Os autores, 2023.

Os participantes do estudo também foram caracterizados quanto aos dados clínicos da doença e tratamento, conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2 – Perfil clínico dos participantes do estudo. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2023

Usuários	Causa da doença	Tempo de tratamento	Realizou transplante	Fumante	Etilista	Cumpr e a dieta prescrita	Cumpr e a restrição hídrica
-----------------	------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------	-----------------	----------------------------------	------------------------------------

U1	Herança genética	2 anos e 6 meses	Não	Não	Não	Em parte	Não
U2	HAS	13 anos	Sim	Não	Não	Sim	Sim
U3	Não soube responder	3 anos	Não	Não	Não	Em parte	Em parte
U4	HAS	10 anos	Não	Não	Não	Sim	Sim
U5	HAS	3 anos	Não	Sim	Não	Sim	Sim
U6	Rins policísticos	4 anos	Não	Não	Não	Em parte	Não
U7	Não soube responder	4 anos	Não	Não	Não	Em parte	Não
U8	Rins policísticos	12 anos	Não	Não	Não	Sim	Sim
U9	HAS	6 anos	Não	Não	Não	Sim	Não
U10	HAS	3 anos	Não	Sim	Não	Em parte	Não

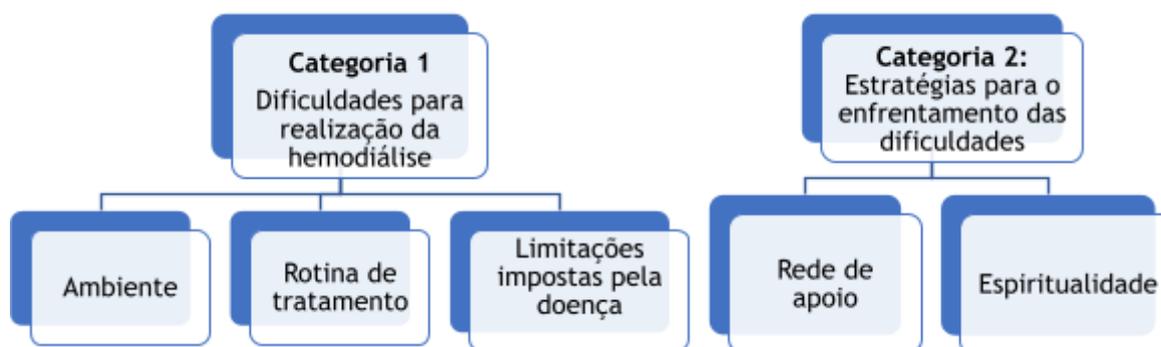
U11	DM e HAS	14 anos	Não	Não	Não	Sim	Sim
U12	HAS	3 anos	Não	Não	Não	Em parte	Sim

Fonte: Os autores, 2023.

Legenda: HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica. DM - Diabetes Mellitus.

A partir da análise de conteúdo foram identificadas duas categorias conforme representado na Figura 1.

Figura 1. Diagrama representativo das categorias identificadas no estudo. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2023



Fonte: Os autores, 2023.

CATEGORIA I – Dificuldades para realização da hemodiálise

Nesta categoria são descritas as dificuldades encontradas pelos participantes do estudo para a realização de seu tratamento, e como essas dificuldades repercutem em seu cotidiano. Dentre as principais dificuldades identificadas, destacam-se aquelas ligadas ao ambiente, à rotina de tratamento, e às limitações impostas pela doença.

Subcategoria 1.1 – Desconfortos relacionados ao ambiente

As falas dos participantes retrataram o reconhecimento do ambiente como fator estressante e que implica diretamente no bem estar durante a realização do tratamento. A principal queixa de desconforto na hemodiálise estava associada às poltronas, tendo em vista que os usuários ficam em torno de quatro horas na mesma posição. Citaram-se ainda o incômodo sonoro proveniente das máquinas de hemodiálise.

[...] as cadeiras aqui são muito ruins, tudo dura, as costas doem [...] só durmo com Diazepam, o barulho dessa máquina fica na minha mente. (U2)

[...] as poltronas não são confortáveis, dificulta. [...] a única coisa que sinto é quando estou na máquina, fica apitando e minha pressão fica baixa. (U3)

Subcategoria 1.2 – Periodicidade e Rotina de tratamento das sessões de hemodiálise

As falas dos participantes do estudo evidenciaram a expressão do sentimento de insatisfação diante a rotina de hemodiálise. Destacam-se o cansaço imposto pela rotina exaustiva do tratamento, o que gera impactos físicos, psicológicos e emocionais.

Eu não gosto daqui. Sabia que quando chega no domingo para a segunda eu não durmo pensando nisso aqui [...] segunda, quarta e sexta são rotinas que me deixam cansada. (U2).

[...] as vezes dá vontade de desistir, por que tem que estar saindo e eu não gosto de ficar saindo, tem que sair em 3 em 3 dias, tem que sair para fazer exame de sangue, ir para o hospital no recife, tem que sair muito, por isso dá vontade de parar, mas se parar eu morro.(U4)

Tem dias que não aguento fazer nada, chego em casa e é só comer e cama, por que a máquina puxa tudinho [...] a rotina de hemodiálise é uma dificuldade também, a máquina puxa toda energia da gente, emagrecer 3, 4 kg dentro de 4 horas. Com isso, a gente se sente cansada, até a voz, a minha voz não é assim cansada [...] a minha dificuldade pior é a minha filha que não mora aqui, mora em salvador e para ir visitar ela, é um processo, para achar um lugar para fazer o tratamento.(U7)

As sessões de hemodiálise não é uma dificuldade, não fisicamente, mas psicologicamente vai afetando a pessoa, por às vezes você vê uns amigos partindo [...] o que mais mexe na hemodiálise é quando não mexe o físico, é o fator psicológico, tem que ter equilíbrio [...]. (U8)

Subcategoria 1.3 – Limitações impostas pela doença

Os participantes do estudo reconheceram que a Doença Renal Crônica gera limitações que conseqüentemente repercutem em seu tratamento, e que essas limitações são para toda vida. Dentre as limitações citadas, destacam-se o controle da ingesta hídrica, as complicações da hemodiálise, tais como hipotensão e câimbras, o aumento de peso e edema, além do comprometimento psicológico e no padrão do sono.

[...] eu não bebo muita água não, que eu não urino mais não. Não tem aqueles copinhos de café? é quatro daquele por dia e cada comprimido deste tamanho, tem vezes que eu vomito o comprimido. Eu tomo em casa, anagel, o de dormir. (U2)

Desde o dia que eu entrei a hemodiálise eu senti muito, tenho muita fraqueza nas pernas, muita moleza, muito cansaço [...] e o fator psicológico que afeta a pessoa [...] é por isso que digo, o que afeta mais é o fator psicológico, afeta a pessoa [...]. (U8)

[...] faço uso de medicamentos, mas não regularmente, porque é muito remédio, e se eu for tomar, é muita água e quando tomo, chego aqui pesada, e para tomar remédio eu tenho que botar muita água pra ele descer [...]. (U7)

Água é complicado. O líquido é complicado. Eu vou comer qualquer besteirinha, já dá vontade de beber água. Acho que o maior peso que tive aqui é muito líquido que eu exagero, eu sou exagerado na água, estou tentando aprender, mas ainda estou precisando, eu sinto muita sede [...]. (U9)

A água é o pior de tudo, eu não estava bebendo água não, eu ficava chupava duas pedrinhas de gelo por dia, mas depois eu não consegui ficar nas duas pedrinhas não, copo de água mesmo [...] A pele fica toda inchada, meu rosto e pés as vezes fica inchado [...]. (U10)

CATEGORIA II – Estratégias para enfrentamento das dificuldades

Nesta categoria são evidenciadas as estratégias de enfrentamento que os participantes do estudo afirmaram utilizar para superação das dificuldades impostas pelo tratamento/doença.

Subcategoria 2.1 – Rede de apoio

Percebeu-se nas falas dos participantes que a rede de apoio é fundamental para enfrentamento das dificuldades impostas pelo tratamento e doença.

Minha menina pediu, mainha faz de tudo para senhora sair dessa máquina. Eu ia desistir, mas a minha menina pediu para fazer de tudo para sair dessa máquina, aí eu resolvi continuar em frente. (U1)

Tenho apoio de minha família, do meu marido, dos meus filhos, meus netos, mas se eu parar, eu morro, mas graças a Deus todos me apoiam. (U4)

[.] meus filhos e minha neta, exclusivo para eles, minha maior motivação, para continuar viva, e principalmente minha neta, meu xodó. A gente tem que ter um motivo para viver. (U7)

[...] o apoio da minha família, me ajuda muito. Amigos, sempre ajudam, sempre conta comigo. (U11)

Meu marido. Ele não me deixa beber muita água, não me deixa fazer extravagância nenhuma, ele cuida bem, apoia muito, me orienta. Minha mãe também. Eu tenho que fazer, se não fazer, eu morro, até quando Deus levar. (U12)

Subcategoria 2.2 – Espiritualidade

Percebeu-se ainda nas falas dos participantes do estudo a importância da espiritualidade como forma de conforto e força, além de servir de estímulo para a continuidade do tratamento.

[.] venho por causa de Deus. Eu sou da igreja, sou da assembleia de Deus e eu me apego muito com Deus, tenho muita fé em Deus, se não fosse isso, eu vinha não, [..]. (U2)

[...] por que eu sei que muitas pessoas aqui vão morrer, não vive não, você sabe disso, é como se você tivesse fazendo isso para sobreviver, eu estou fazendo para sobreviver ... Eu fico cansada, dá câimbra, fraqueza, mas eu

olho pra jesus e ele me ajuda demais. Minha força vem dele. Minha força vem dele. Tem dias que eu digo, Jesus eu vou? Mas eu tenho que ir, jesus. (U5)

Vou pra igreja evangélica, me ajuda muito, eu e meu marido, tenho muita fé em Deus, pra Deus me curar e sair daqui. Sair daqui é o sonho de qualquer um, mais que ganhar na mega sena. (U10)

4 DISCUSSÃO

A partir dos dados sociodemográficos obtidos, vê-se que os participantes deste estudo, predominantemente, eram aposentados, por invalidez, fato este, decorrente das limitações impostas pela doença e seu tratamento. Dessa forma, assim como em outros estudos realizados, observa-se que o indivíduo não consegue realizar suas atividades de vida diária e suas atividades laborais/profissionais.^{16,17}

Com relação aos dados clínicos dos participantes do estudo, identificou-se que a maioria tinham como doença base da DRC a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o que é corroborado com os estudos que relatam que a hipertensão é a causa mais comum na DRC, tendo a prevalência variando de 60 a 90%, dependendo do estágio da doença em que o indivíduo se encontra.^{9, 18} Sendo considerado um marcador de deterioração da função renal, devido à elevação da pressão arterial, progredindo, assim, a DRC.²¹ Dentre os participantes, alguns afirmaram serem tabagistas e/ou apresentam dificuldade para cumprir a dieta adequada para DRC e a restrição hídrica necessária para o controle do quadro clínico. Sobre isso, o estudo de COELHO 21, aponta que o tabagismo figura como uma condição que acelera a progressão da DRC. Diante das falas de alguns participantes, mostra-se a dificuldade em manter a restrição hídrica, ocasionando uma má adesão por parte dos indivíduos. Destaca-se também que, assim como em

outros estudos de OLIVEIRA 20, a dificuldade na manutenção da restrição hídrica pode gerar complicações clínicas hidroeletrólíticas importantes como: dificuldade em manter o peso intradialítico, presença de edemas e alterações pressóricas. Salienta-se que tais complicações podem prejudicar a evolução da DRC e resultar em desequilíbrios hidroeletrólíticos consideráveis para o manejo clínico.

O ambiente da hemodiálise, no presente estudo, foi identificado como desconfortável devido à insatisfação dos usuários no que tange a acomodação disponível pelas poltronas, tendo em vista o tempo que os mesmos permanecem nas mesmas, além do ruído sonoro emitido pelas máquinas durante as sessões de HD. Os participantes relataram ainda dificuldades relacionadas à rotina e periodicidade da HD e aos efeitos da doença/tratamento. Verifica-se essa insatisfação dos indivíduos supracitados, nos estudos propostos ²²

Dentre as dificuldades associadas às manifestações clínicas decorrentes da doença, as câimbras e a hipotensão foram as mais relatadas pelos participantes deste estudo. A esse respeito, estudos revelam que a hipotensão arterial intradialítica configura-se como a complicação mais prevalente nas sessões de HD, e pode resultar em câimbras e fadiga pós-diálise ²³. No presente estudo, verificou-se a importância da rede de apoio social e da espiritualidade, como estratégias de enfrentamento utilizadas para uma melhor adaptação às dificuldades e limitações impostas pela doença e seu manejo. Dessa maneira, autores apontam para o fato de que pacientes renais crônicos valem-se da espiritualidade e da religião para enfrentar e conviver com a sua doença. ²⁴

Nesse ínterim, verifica-se que a atividade espiritual e a vivência religiosa são práticas utilizadas por pacientes renais, na busca por uma melhor qualidade de vida

²⁵ Estudo realizado com pacientes cubanos com DRC, mostrou associação entre

espiritualidade e o aumento dos níveis de imunidade, a diminuição das hospitalizações e dos distúrbios emocionais.²⁶ Assim, nota-se que o bem estar espiritual em pacientes com DRC pode efetivamente auxiliar no enfrentamento das adversidades decorrentes da necessidade de adaptação às novas rotinas impostas pela doença e seu tratamento.^{26,27}

A atuação da família no apoio ao indivíduo no enfrentamento do tratamento é recorrente nas falas dos participantes. Neste contexto de rede de apoio, os principais familiares relatados são filhos, netos, parceiros, resultados vistos também no estudo de GALVÃO²⁸ et al. A família contribui com as atividades práticas relacionadas à rotina cotidiana desses usuários, como a realização de atividades de vida diárias, o cuidado com a alimentação e com o uso correto das medicações.²⁹ Para além disso, a família assume também o papel de ser suporte emocional, incentivando o indivíduo a aderir ao tratamento, concedendo conselhos e incentivando-o.³⁰ Com isso, observa-se que o contexto familiar colabora com a segurança do indivíduo para que o indivíduo se sinta protegido, além de impactar na percepção do doente frente a sua doença.³⁰

Diante o exposto, entende-se que a enfermagem exerce um papel fundamental na terapêutica de pacientes renais, atuando tanto na assistência clínica, quanto na educação em saúde, desenvolvendo ações e estratégias educativas, visando um cuidado centralizado no indivíduo e suas necessidades e humanizado³¹ (SILVA, 2022). Além disso, a equipe de enfermagem atua no suporte emocional dos familiares e pacientes, estimula o autocuidado, incentiva a continuidade na adesão ao tratamento, e a importância de adotar um estilo de vida adequado³². À vista disso, faz-se necessário o desenvolvimento de vínculos entre profissional-usuário, para que assim, o tratamento seja atingido em sua totalidade e o tratamento

hemodialítico seja fortalecido, orientações sobre seu tratamento sejam seguidas pelo usuário, para assim, um cuidado de qualidade seja garantido ³³.

Frente ao exposto, observa-se que é fundamental compreender as dificuldades enfrentadas pelos usuários e as estratégias de enfrentamento que facilitam a adesão ao tratamento para que a assistência em saúde seja pensada e executada com vistas a minimizar as dificuldades e potencializar as estratégias de enfrentamento, a fim de que esses indivíduos apresentem uma maior adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde. Diante desse diagnóstico situacional, torna-se possível, instituir ações de saúde, no serviço em questão, que visem o bem-estar biopsicossocial desses indivíduos e a minimização do sofrimento advindo do diagnóstico e manejo da DRC.

Por fim, faz-se necessário pontuar que o estudo, por ter o desenho transversal, apresenta limitações que devem ser levadas em consideração na interpretação dos resultados, tendo em vista que as relações de causa e efeito não podem ser determinadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as diversas mudanças que a DRC ocasiona na vida do indivíduo, o estudo desenvolvido com pacientes renais possibilitou o conhecimento das dificuldades que o indivíduo enfrenta para a adesão ao tratamento de hemodiálise. Também se obteve dados relacionados às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos usuários para superação dos obstáculos e continuidade ao tratamento.

A partir da compreensão das limitações impostas pelo tratamento e/ou doença, relatadas pelos indivíduos, o estudo propõe uma maior apropriação do

conhecimento científico sobre a DRC pela equipe de enfermagem, tendo em vista a importância de um olhar mais abrangente para as necessidades e dificuldades dos pacientes renais.

REFERÊNCIAS

MEIRELES, Cecília. **Flor de poemas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

QUEREMOS saber. Intérprete: Cássia Eller. Compositor: Gilberto Gil. *In*: Acústico MTV: Cássia Eller. Intérprete: Cássia Eller. São Paulo: Universal Music, 2001. 1 CD, faixa 9.

UZANNE, O. **The end of books**. Adelaide: University of Adelaide, 2014. Disponível em: <https://ebooks.adelaide.edu.au/u/uzanne/octave/end/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

1. NANGAKU, M. Global perspective of kidney diseases: Challenges and changes. Division of Nephrology and Endocrinology, The University of Tokyo Graduate School of Medicine, Bunkyo-ku, Tokyo, Japan. Accepted: 14 June 2023, DOI: DOI: 10.1111/nep.14200.
2. QUELCA, W. Instabilidade hemodinâmica durante o processo intradialítico em usuários com insuficiência renal crônica. Rev. Saúde vol.4 no.10 La Paz. 2021. DOI: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i10.72>.
3. MUNIZ, MMQS. FURIOSO, ACT et al. Impacto das diferentes modalidades de diálise peritoneal automatizada sobre o perfil inflamatório de idosos portadores de doença renal crônica. Braz. J. Nephrol. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0005pt>.
4. AGUIAR, L. LADEIRA, R et al. Fatores associados à doença renal crônica segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. Rev. bras. epidemiol. 23 • 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200101>.
5. SANTOS, R. RODRIGUES, L et al. Repercussões da insuficiência renal crônica no contexto biopsicossocial de pessoas em tratamento hemodialítico. Enfermería Actual de Costa Rica n.43 San José Jul./Dec. 2022 DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v0i43.48036>.

6. FIGUEREDO, Maysa. TEXEIRA, Letícia. LOPES, Rafaela et al. Avaliação da Atenção Primária na prevenção da Doença Renal em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: Perspectiva dos usuários do sistema único de saúde. Revista Científica Multidisciplinar, v.4, n.5, 2023. ISSN 2675-6218. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i5.3155> Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/3155/2316>.
7. PEREIRA, C. GONÇALVES, I. Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise. Cad. saúde colet. 30 (3) Jul-Sep 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030012>.
8. RIBEIRO, W. JORGE, B. QUIROZ, R. Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. Revista Pró-UniverSUS. 2020 Jan./Jun.
9. SILVA, T. Diabetes mellitus e hipertensão arterial em pacientes com insuficiência renal crônica em diálise: Revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 10, n. 6, e53410616121, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16121>.
10. MIRZAEI-ALAVIJEH, Mehdi. Hamzeh, Behrooz et al. Determinants of medication adherence in hemodialysis patients: a cross-sectional study based on capability-opportunity-motivation and behavior model. BMC Nephrology. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03231-0>.
11. CONCEIÇÃO, M. COSTA, A et al. Análise de Conteúdo da Proposição Diagnóstica Risco de Volume de Líquidos Excessivo em Pacientes em Hemodiálise. REVISÃO Rev. esc. enferm. USP 55 • 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0158>.

12. PATIAS, N. HOHENDORFF, J. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicol. Estud.* 2019. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>.
13. SOUZA, M, SILVA, N. CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL. 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631.
14. FONTANELA, B. RICAS, J et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
15. BARDIN L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2016.
16. FERREIRA, C. Avaliação de Esperança e Resiliência em Pessoas em Tratamento Hemodialítico. *Rev Enferm UFSM.* 2018. DOI: 10.5902/2179769230592.
17. OLIVEIRA, E. FERREIRA, R et al. Fatores associados à percepção de incômodo com a restrição hídrica e alimentar entre pacientes com insuficiência renal crônica. *Enfermería Actual de Costa Rica* n.39. 2020.
18. KU E, LEE BJ, WEI J, Weir MR. Hypertension in CKD: Core Curriculum 2019. *Am J Kidney Dis.* 2019 Jul;74(1):120-131. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.12.044. Epub 2019 Mar 19. PMID: 30898362.
19. SOUSA, C. SILVA, C. Doença renal crônica: uma análise dos determinantes sociais em saúde. *Health Residencies Journal (HRJ).* 2023. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.733>.
20. COELHO, Fernanda Oliveira; ANDRADE, Lucia. Smoking and kidney disease: risk factors, challenges, and preventive strategies. *Nephrology and Public Health Worldwide*, v. 199, p. 179-187, 2021.

21. CASTRO, M. Tratamento conservador de paciente com doença renal crônica que renuncia à diálise. *J. Bras. Nefrol.* 41 (1) • Jan-Mar 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0028>.
22. FREIRE, S. MELO, Geórgia et al. contextos de experiência de estar (des)confortável de pacientes com doença renal crônica. *Esc. Anna. Nery.* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0326>.
23. GEORGIANOS, P. AGARWAL, R. Prevenção da hipotensão intradialítica: seria a sertralina uma abordagem farmacológica eficaz? *J. Bras. Nefrol.* 41 (4) • Oct-Dec 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0175>.
24. EVANGELOS, F. Spiritual Well-Being and Associated Factors in End-Stage Renal Disease. *ScientificWorldJournal.* 2021; 2021: 6636854. DOI: [10.1155/2021/6636854](https://doi.org/10.1155/2021/6636854).
25. ELOIA, S. XIMENEX, M et al. Enfrentamento do coping religioso e esperança na doença renal crônica: estudo controlado randomizado. *Rev. esc. enferm. USP* 55, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0368>.
26. RAMÍREZ, C. VALDÉS, Y et al. Sofrimento e necessidades espirituais em pacientes cubanos com doença renal crônica em hemodiálise. *Enferm Nefrol* vol.26 no.2 Madrid. 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842023017>.
27. CHIA-YU LI. Jung Hsieh, Chia et al. Spiritual well-being of patients with chronic renal failure: A cross-sectional study. *Nursing Open.* 2021. DOI: [10.1002/nop2.1004](https://doi.org/10.1002/nop2.1004).
28. GALVÃO, J. MATSUOKA, É et al. Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Contextos Clínica*

- vol.12 no.2 São Leopoldo maio/ago. 2019. DOI:
<http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.13>.
29. ALMEIDA, A. RABINOVICH, E et al. Vivências de familiares de pessoas em hemodiálise durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, e887986661, 2020. DOI: | DOI:
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6661>.
30. Galvão AAF, Silva EG, Santos WL. As dificuldades encontradas pelos pacientes com insuficiência renal crônica ao iniciar o tratamento. *Rev Inic Cient Ext*. 2019; 2(4):181-9.
31. Silva PCG, Bastos WDG. Assistência de enfermagem ao portador de doença renal crônica na unidade de terapia intensiva. São Paulo: *Rev Recien*. 2022; 12(38):257-267. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.257-267>
Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/633/64>
32. COELHO, Jmamilly. LIMA, Vitória et al. O papel da enfermagem no cuidado de deportadores de doença renal crônica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. São Paulo, v.9.n.10. out. 2023. ISSN -2675 -3375. DOI: doi.org/10.51891/rease.v9i10.11688. Disponível em:
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11688/5224>
33. Segundo JOSL, Medeiros RC, NóbregaMM. Assistência de enfermagem aos pacientes em tratamento hemodialítico. *Revista Enfermagem e saúde*. 2021;1:13-26. Segundo JOSL, Medeiros RC, NóbregaMM. Assistência de enfermagem aos pacientes em tratamento hemodialítico. *Revista Enfermagem e saúde*. 2021;1:13-26.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

FORMATO: “.doc”

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo e referências.

Simple para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial – Limite máximo de 1.600 palavras;
2. Artigos originais – Limite máximo 4.500 palavras;
3. Revisão (todos, incluindo Bibliometria) – Limite máximo de 5.000 palavras; ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2021, uma nova etapa foi inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio – será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;
- Mais de 50% de plágio – será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol). Tudo em caixa baixa, somente a primeira letra da primeira palavra deve estar em CAIXA ALTA.

2. Resumo (nos 3 idiomas do título). Após ":", usar letra minúscula.

3. Descritores (nos 3 idiomas do título). Somente a primeira letra de cada descritor deve estar em caixa ALTA. Ex: Cuidado fundamental, Terapia Intensiva; Enfermagem. Todos devem estar de acordo com o DECS. <http://decs.bvs.br/>

4. Introdução

5. Método

Resultados

6. Discussão

7. Considerações finais (pesquisa qualitativa) conclusão (pesquisa quantitativa)

8. Referências (estilo Vancouver, seguindo os exemplos abaixo). As abreviaturas devem seguir o [Index Medicus BVS](#) ou o [Catálogo NLM](#).

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;

Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na [página de identificação](#).

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do

Resumo; Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA (somente a primeira letra do título de cada idioma), as demais devem estar em caixa baixa, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo.

Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi

redigido; Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir de 3 a 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em CAIXA ALTA. Ex. Cuidado de enfermagem; Terapia intensiva; Enfermagem pediátrica.

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;
Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS)
→ <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH)
→ www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem;
Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

MÉTODO

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a obrigatoriedade da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser apresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver (exemplos abaixo).

Limite máximo de 30 referências para artigos originais;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação (80% dos artigos deve ter no máximo 5 anos de publicação);

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica, conforme exemplos abaixo disponibilizados;

Ex:

Artigos em periódicos eletrônicos

1. Magalhães MV, Melo SCA. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicol. Saúde Debate*. [Internet]. 2015 [acesso em 20 de agosto 2019];1(1). Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7/5>.

Artigos com mais de 6 autores

2. Goto S, Kimura M, Katsumata Y, Goto S, Kamatani T, Ichihara G, et al. Artificial intelligence to predict needs for urgent revascularization from 12-leads electrocardiography in emergency patients. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 [cited 2019 feb 05];14(1):e0210103. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210103>.

OBS.: O acesso e a disponibilidade devem estar no mesmo idioma do artigo. Ver exemplo em negrito das referências 2 e 3.

3. Bittencourt GKGD, Moreira MASP, Meira LCS, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2020 feb 18];68(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680402i>.

Artigos em revistas físicas

4. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002 Jul;347(4):284-7.

5. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002;288:2709-716.

6. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood- leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

7. Brandão AP, Nogueira AR, Oliveira JE, Guimarães JI, Suplicy H, Brandão AA, coordenadores. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol* 2005;84(Supl I):1-28.

Autores corporativos (revistas físicas)

8. The Cardiac Society of Australian and New Zealand. Clinical exercise stress

testing. Safety and performance guidelines. MJA 1996;164:282-284.

Autores corporativos (revistas na internet)

9. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Diretrizes para a abordagem das síndromes coronarianas agudas sem supradesnível de ST. Rev SOCERJ. [Internet]. 2000 [acesso em 20 de agosto 2019];1(1). Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7/5>.

Organizações

1. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. [Internet]. 2019 [cited 2019 jul 11]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 23 de agosto 2020]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids: 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 14 de fevereiro 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>.

Livros

1. Liberato R. O luto do profissional de saúde: a visão do psicólogo. In: Casellato G. O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial; 2015.

2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.

Livros eletrônicos

3. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 9 jul 002]. Disponível em: <http://www.nap.edubooks0309074029html>.

Conselhos

1. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: COREN/SP; 2017.

2. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Ed. Brasília: COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

Teses/Dissertações, Monografias

1. Silva WA. A experiência de conviver com HIV/aids na velhice. [Doutorado em Psicologia Social]. São Paulo (Brasil): Universidade de São Paulo; 2009. [acesso em 27 de outubro 2019]. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-16122009-102915/pt-br.php>.

Documentos Legais

1. BRASIL. Decreto n. 89.271, de 4 de janeiro de 1984. Dispõe sobre documentos e procedimentos para despacho de aeronave em serviço internacional. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência. 1984 jan/mar 4;48:3-4. Legislação Federal e marginália.
2. BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

Portarias

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 470, de 24 de novembro de 1999. Institui as características básicas dos rótulos das embalagens de águas minerais e potáveis de mesa. Diário Oficial da União 25 nov 1999;Seção 1.

Resoluções

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 22, de 15 de março de 2000. Procedimentos de Registro e Dispensa da Obrigatoriedade de Registro de Produtos Importados Pertinentes à Área de Alimentos. Diário Oficial da União 16 mar 2000;Seção 1.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 23, de 15 de março de 2000. Manual de Procedimentos Básicos para Registro e Dispensa da Obrigatoriedade de Registro de Produtos Pertinentes à Área de Alimentos. Diário Oficial da União 16 mar 2000;Seção 1.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 259, de 20 de setembro de 2002. Regulamento Técnico para Rotulagem de Alimentos Embalados. Diário Oficial da União 23 set 2002;Seção 1.

Códigos

1. Brasil. Código Civil. Organização dos textos, notas remissivas e índice por Juarez de Oliveira. 46. ed. São Paulo: Saraiva; 1995.

Patentes

1. Hoffmann K, Herbst H, Pfaendner, R, inventores; Ciba-Geigy, depositante. Processo para estabilização de pead. BR patente 9507145-8 A. 1997 Set 02.
2. Meier HR, Evans S, Dubs P, inventors; Ciba-Geigy Corporation, assignee. Substituted phenols as stabilizers. US patent 5,008,459. 1991 Apr 16.

Decretos

1. Brasil. Decreto n.º 3.304, de 27 de abril de 1999. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e funções gratificadas, do Fundo Nacional e Desenvolvimento, e dá outras providências. Diário Oficial da União 28 abr 1999; 123(8):4-5.

Relatório científico ou técnico

1. Quimby EH, Shafiro G, Stickley EE. Radiation protection for medical and allied health personnel: recommendations of the National Council on Radiation Protection and Measurements. Bethesda (MD): National Council on radiation Protection and Measurements (US), Council's Scientific Committee 49 on Radiation Protection Guidance for Paramedical Personnel; 1976. NCRP. Report , 48.

Material Didático ou Instrucional Fitas de Vídeo

1. Capovilla FC, Guidi MAA. Recursos de hardware para análise experimental do comportamento humano [videocassete]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1990.

DVD

1. Kindersley D. O corpo humano [DVD]. São Paulo: Globo, 1997. CD-ROM

1. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Filmes Cinematográficos Inclui também suporte em DVD e fitas de vídeo. Filme

1. Deus e o diabo na terra do sol [filme]. Direção: Glauber Rocha. Rio de Janeiro: Copacabana Filmes; 1964.

DVD

1. Blade Runner [DVD]. Direção: Ridley Scott. Los Angeles: Warner Brothers; c1999.

Mapas

1. Instituto Geográfico. Regiões do Brasil [mapa]. São Paulo: Instituto Geográfico; 1995. Documentos Jurídicos em formato eletrônico

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria n.º. 15, de 23 de ago de 1988. Determina que o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana seja procedido de acordo com as normas regulamentares [portaria na internet]. Diário Oficial da União 05 set 1988 [acesso

em 13 jul 2007]. Disponível em:
<http://legis.bvs.br/leisrefpublicshowAct.php?id=12546>.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 286, de 19 de abril de 2006. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial abaixo discriminados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria nº. 189, de 20 de Março de 2002 [portaria na internet]. Diário Oficial da União 20 abr 2006 [acesso em 10 jun 2007]; Seção1, (76). Disponível em:
<http://www.in.gov.br/materiasxml/dosecao12100827.xml>.

Homepage/Website

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Eventos

1. Ramos Junior HS. Considerações sobre a privacidade no espaço cibernético In: 2º Ciberética. Simpósio Internacional de Propriedade Intelectual, Informação e Ética [evento na internet]. 2003 nov 12-14; Florianópolis, Brasil [acesso em 12 jan 2007]. Disponível em: <http://www.ciberetica.org.br>.

Anuário Impresso

1. Anais do 4. Congresso Paulista de Saúde Pública; 1993 jul. 10-14; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1995.

2. Zioni F. Controle popular: discussões temáticas. In: Anais do 4. Congresso Paulista de Saúde Pública; 1993 jul 10-14; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1995. p. 25-6.

Para casos de mais de um evento realizado simultaneamente, deve-se seguir as mesmas regras aplicadas a autores corporativos.

3. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

Trabalhos apresentados em Eventos (pôsteres e similares) e não publicados.

1. Carvalho AB, Lima Filho JL, Dutra RAF, Silva NLLC. Biossensor para doenças de chagas [Apresentação na II Bienal de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz; 2000 dez 1- 11; Rio de Janeiro, Brasil].

Anuário Online

1. 25.Aosani TR, Lima ACC. A terapia comunitária como estratégia metodológica de trabalho das equipes de núcleo de apoio a saúde da família (nasf) no atendimento a saúde mental. APESmo [Internet]. 30 de outubro de 2018 [acesso em 30 de junho de 2020]; 30:e19658. Disponível em:

<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/19658>.

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra

maiúscula. Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela; Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela;

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis;

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas;

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, com negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 – Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 – Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado acima desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 – Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Poderão ser publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, sem parênteses, e após o sinal gráfico (pontuação).

Exemplo: O conceito de conforto está diretamente relacionado ao bem-estar.¹

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 – a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas. Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 – a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, sem parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 – a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, sem parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:345-6 o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o

ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)

Link das normas: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/about/submissions>